

Ich – und ein Baby?!

**Schwangerschaft und
Elternschaft von Minderjährigen**

**Möglichkeiten der Prävention
und Unterstützung**

Dokumentation

Herausgeberin:

Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG)

Repsoldstr. 4

20097 Hamburg

Tel: 040 – 632 22 20

Fax: 040 – 632 58 48

buero@hag-gesundheit.de

www.hag-gesundheit.de

Redaktion: Petra Hofrichter, Nicole Müller, HAG

Gestaltung und Satz: Christine Orlt, HAG

Druck: Drucktechnik

Auflage: 500 Exemplare

Hamburg, November 2004

Ich – und ein Baby

**Schwangerschaft und
Elternschaft von Minderjährigen**

**Möglichkeiten der Prävention
und Unterstützung**

Dokumentation

Inhalt	Seite
Einleitung Petra Hofrichter	4
Ungeplante Schwangerschaften im Jugendalter. Ursachen – Folgen – Prävention Dr. Ralf Osthoff	5
Prävention und Aufklärung bei Kindern	13
Sexualerziehung in der Grundschule Carmen Alexander	
Erfahrungen aus der Grundschule Turmweg Brigitte Emmer	
Hebammen in der Grundschule Nina Heyken	
Schwangerschaft – Elternschaft. Ein Thema für Jugendliche?	17
Die Arbeit der ÄGGF Dr. Beate Homann	
Babybedenkzeit – ein Elternpraktikum für Jugendliche Edith Stemmler-Schaich und Uta Schulz-Brunn	
Und jetzt Familie? Verhütung, Elternschaft und Familie – peer-education mit jungen Migrantinnen/innen	20
Interkulturelle Kompetenz im Rahmen der Sexualpädagogik Ayse Can	
Jugendliche beraten Jugendliche Monika Steininger	
Jungen werden doch nicht schwanger! Ralf Specht	24
„...jetzt bloß kein Kind!“ – Schwangerschaft bei minderjährigen Mädchen	26
Prävention und Versorgungslage in Hamburg Bärbel Ribbert	
Erfahrungen aus der Beratung Annette Rethemeier	
Medizinischer Eingriff Helga Seyler	
Wenn Freund und Familie nicht (mehr) ausreichen – Unterstützungs- und Versorgungsangebote für junge Mütter und Väter Martina Feistritz	33

Jugendliche Mütter und ihre Kinder – Hilfebedarfe und Hilfsangebote in Hamburg	37
Cordula Stucke	
Frühe Hilfe für Eltern und Kinder – welche Unterstützung können Beratungsstellen und Kinderärzte leisten?	40
Versorgungsangebote in Hamburg für minderjährige Mütter	
Verena Zühlsdorf	
Beratungsstelle für Frauen, Familien und Schwangere	
Andrea Cordes	
Was kann der Allgemeine Soziale Dienst leisten?	
Renate Jansen	
Lebensperspektiven von jungen Müttern –Anforderungen an die Bildungseinrichtungen	44
Schule für Gesundheitspflege	
Irmela Huber	
Chancengleichheit und umfassende gesellschaftliche Integration für junge Mütter	
Andrea Dechau	
Entlastung und Unterstützung von jungen Müttern (und Vätern) in stationären Einrichtungen	48
Martina Feistritzer, Ute Dorczok, Ines Hyda	
Welche Angebote passen für junge Mütter während der Schwangerschaft und rund um die Geburt?	54
Haben Teenagermütter Risikoschwangerschaften und -geburten?	
Dr. Monika Blöcher	
Familienhebammen im Familienprojekt Adebar	
Birgit Schulze	
Aus der Sicht eines Kinderarztes	
Dr. Henning Wulbrand	
Vater werden ist nicht schwer...	60
Junge Väter in der Beratung?	
Prof. Wolfgang Hantel-Quitmann	
Was wollen junge Väter?	
Norbert Rohde	
Autorinnen und Autoren	63

Einleitung

Petra Hofrichter

Wenn Kinder Kinder kriegen – dieses Thema beschäftigt viele Professionelle aus beratenden und versorgenden Einrichtungen des medizinisch-sozialen Sektors. Schnell tritt bei den Professionellen das Gefühl von Überforderung und der Wunsch nach Austausch oder Fortbildung auf. Dies hat die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG) zum Anlass genommen am 18. Februar 2004 in Kooperation mit der Behörde für Soziales und Familie, dem Landesverband der Pro Familia Hamburg e. V., dem Familienplanungszentrum, der Ärztlichen Gesellschaft zur Gesundheitsförderung der Frauen e. V. und der Alida Schmidt Stiftung die Fachtagung „Ich – und ein Baby?“ zu veranstalten.

Diese Dokumentation stellt einen Ausschnitt der Beiträge dar, neu aufgenommen wurden die Ergebnisse der Expertise zu Hilfebedarfen und Hilfsangeboten, die 2003 von der Behörde für Soziales und Familie in Auftrag gegeben wurde.

Was die Zahlen von ausgetragenen Schwangerschaften also „Lebendgeburten“ oder Schwangerschaftsabbrüchen bei Minderjährigen betrifft, signalisieren diese auf den ersten, oft flüchtigen Blick, in beiden Bereichen ein Ansteigen. Die Fachtagung sollte dazu dienen, einen kritischen Blick auf die aktuellen Statistiken zu werfen und deren Möglichkeiten und Grenzen aufzuzeigen.

Die Lebenssituation der Mädchen und Jungen ist häufig gekennzeichnet von sozialer Benachteiligung, geringen Bildungschancen, Perspektivlosigkeit oder schlechten Beziehungen zu ihren Eltern.

Es war nie leichter als heute für Jugendliche, die Sexualität der anderen zu konsumieren. Und nie schwerer, sie für sich selber zu entdecken. Die mediale Dauerkonfrontation mit dem Thema Sexualität erweckt sowohl bei den Jugendlichen als auch bei den sie begleitenden Erwachsenen den Eindruck, dass es sich um eine aufgeklärte Generation handelt, die eigentlich schon alles weiß. Doch anstelle von Aufklärung herrscht Verunsicherung und Orientierungslosigkeit.

Auf der Tagung standen daher die Prävention von jugendlichen Schwangerschaften als auch die Unterstützungsangebote für die jungen Familien im Mittelpunkt.

Den Veranstalterinnen war es wichtig, allen bereits Tätigen in den präventiven und versorgenden Bereichen eine Möglichkeit des gemeinsamen Austausches zu geben, um gemeinsam die noch fehlenden Schnittstellen zu entdecken und diese zu beheben oder gegebenenfalls Ideen zu entwickeln, wie diese Lücken langfristig geschlossen werden können. Dabei stand im Vordergrund, die Akteure der Regelversorgung in ihrem Umgang mit den betroffenen Jugendlichen in der Entwicklung einer besonderen Sensibilität für diese Zielgruppe zu unterstützen.

Die Veranstaltung und auch die Dokumentation war nur dank eines starken Engagements aller Beteiligten möglich, an dieser Stellen nochmals ein Dankeschön an alle!

Ungeplante Schwangerschaften im Jugendalter Ursachen – Folgen – Prävention

Dr. Ralf Osthoff

Unter Verweis auf amtliche Statistiken wurde in der Fachwelt und in den Medien in den beiden letzten Jahren immer wieder von einem „dramatischen Anstieg“ von Mutterschaften und Schwangerschaftsabbrüchen bei Minderjährigen, einem „alarmierenden Trend“ und von der „unaufgeklärten Nation“ gesprochen.

In der Tat ist seit mehreren Jahren eine Zunahme von Schwangerschaften und daraus resultierend ein Anstieg von Mutterschaften sowie amtlich registrierten Schwangerschaftsabbrüchen bei Jugendlichen unter 18 Jahren in Deutschland zu verzeichnen.

Wir werden uns nachfolgend sowohl mit den zugrunde gelegten Statistiken als auch mit möglichen Ursachen und Folgen sowie mit präventiven Maßnahmen im Hinblick auf ungeplante Schwangerschaften bei Jugendlichen beschäftigen.

Es sei vorausgeschickt, dass mir der denkerische Grundsatz wichtig erscheint, Schwangerschaften im Jugendalter nicht zwingend mit ungeplanten oder mit ungewollten Schwangerschaften gleichzusetzen, will man die Mädchen und Jungen in ihrem Denken, Empfinden und Handeln ernst nehmen. Dies gilt sowohl aus wissenschaftlicher Perspektive als auch in allgemein menschlicher Hinsicht.

Zu unterscheiden ist im Kontext von Schwangerschaften Minderjähriger deshalb analog zu Erwachsenen zwischen: (nicht) geplant; (nicht) gewollt; billigend in Kauf genommen; nicht geplant oder zunächst nicht gewollt, dann aber doch gewollt oder zunächst geplant bzw. gewollt, dann jedoch nicht mehr gewollt.

Die Möglichkeit, dass Minderjährige ein Kind haben wollen, wird in der wissenschaftlichen und praktischen Sexualpädagogik m. E. nicht hinreichend thematisiert; eher schon in der Psychologie – dort vornehmlich aus einem psychoanalytischen Blickwinkel – werden auch Teenagerschwangerschaften unter dem Aspekt eines latenten oder expliziten Kinderwunsches reflektiert.

Statistik und Häufigkeiten von Schwangerschaften Minderjähriger

Das Statistische Bundesamt in Wiesbaden legt für seine Berechnungen als Datenquellen die offizielle Geburtenzahl (Lebend- und Todgeburten) und die gemeldete Zahl von Schwangerschaftsabbrüchen zugrunde.

Über die tatsächliche Anzahl von in Deutschland lebenden Mädchen, die jährlich schwanger werden, kann indes lediglich anhand folgender zusätzlicher Schätzgrößen spekuliert werden: Schwangerschaftsabbrüche, die nicht gemeldet im In- und Ausland vorgenommen werden, Fehlgeburten sowie Spontanaborte.

Weder auf Bundes- noch auf Landesebene werden die Schwangerschaften minderjähriger Frauen also umfassend statistisch erfasst. Exakte Angaben sind nur möglich, was die Anzahl der von Minderjährigen zur Welt gebrachter Lebendgeburten anbetrifft.

Minderjährige Mütter in Deutschland

Seit dem Jahr 2000 wird die Anzahl der Lebendgeburten auf der Basis einer neuen Berechnungsgrundlage bestimmt: der Altersjahrmethode. Im jeweiligen Berichtsjahr erfasst man das exakte Alter der Mütter und ihrer geborenen Kinder in Jahren und Monaten. Bis 1999 wurde nach der Geburtsjahrmethode gerechnet: das Alter der Mutter war gleich der Differenz Berichtsjahr minus Geburtsjahr des Mädchens.

Das neue genauere Bestimmungsverfahren führt dazu, dass zwischen den Erhebungsjahren 1999 und 2000 eine größere Differenz von Geburten Minderjähriger zu verzeichnen ist, als dies ohne

Umstellung der Berechnung der Fall gewesen wäre, da vormalig der Gruppe volljähriger Mädchen zugerechnete Mütter nun teilweise zu den 17-Jährigen gehören.

Ein Beispiel soll dies verdeutlichen: Ein im Dezember 1982 geborenes Mädchen brachte im November 2000 ein Kind zur Welt. Nach der Geburtsjahrmethode wäre die junge Frau im Berichtsjahr 2000 als 18-Jährige registriert worden; nach der neuen Altersjahrmethode wird sie korrekterweise als minderjährig Gebärende den minderjährigen Müttern zugerechnet, da sie mit 17 Jahren (und 11 Monaten) ein Kind bekam.

Ab dem Jahr 2000 ist aus diesem Grund in manchen Statistiken ein deutlicher Anstieg minderjähriger Mütter zu verzeichnen.

Für die gesamte Bundesrepublik liegen die Zahlen dann über 7.000. In den Jahren zuvor lag die Anzahl von Geburten minderjähriger Frauen konstant unter 4.800 pro Jahr. Es gilt allerdings festzustellen, dass unabhängig von der Berechnungsgrundlage von einer Zunahme minderjähriger Mütter in Deutschland auszugehen ist, denn im Vergleich zum Jahr 2000 stieg die Geburtenziffer in 2001 von 4.796 auf 5.240 (Zahlen nach der alten Berechnungsgrundlage lt. Stat. Jahrb. 2002 und 2003).

Bei den 15-jährigen und jüngeren Mädchen bewegten sich die Zahlen bis zum Jahr 2000 stets im Vierhunderterbereich, im Jahr 2001 waren es 549 Mädchen.

Nach der neuen Zählmethode sind auch in Hamburg seit 2000 mehr Lebendgeburten ausgewiesen. In den Neunzigerjahren brachten jährlich etwa 110 bis 130 Minderjährige in Hamburg ein Kind zur Welt. Für das Jahr 2000 wurden 157 Geburten und für 2001 wurden 175 Geburten registriert.

Es muss in diesem Zusammenhang allerdings betont werden: Im Vergleich zu den frühen Achtzigerjahren haben wir in der Gegenwart immer noch deutlich weniger minderjährige Mütter in Deutschland.

Interessant ist nun ein Zeitvergleich im Hinblick auf eine Differenzierung der Geburten nach Familienstand und nach Staatsangehörigkeit der jugendlichen Mütter.

Minderjährige Mütter nach Familienstand in Deutschland

Anteil von Mädchen, die mit dem Vater des Kindes verheiratet sind

(Angaben in %, gerundet)

Alter der Mutter	1993	1997	2001
14 Jahre u. jünger	10 %	4 %	-----
15 Jahre	15 %	6 %	1 %
16 Jahre	26 %	16 %	6 %
17 Jahre	33 %	23 %	12 %

Quelle: Statistische Jahrbücher für die Bundesrepublik Deutschland 1995, 1999 und 2003. (Berechnungen R. O.)

Im vergangenen Jahrzehnt ist eine deutliche Abnahme minderjähriger Mütter zu verzeichnen, die mit dem Vater des Kindes verheiratet sind. Anfang der Neunzigerjahre waren ein Viertel der 16-jährigen und ein Drittel der 17-jährigen Mütter verheiratet. Zu Beginn des neuen Jahrhunderts ist es von den 17-Jährigen gerade noch jede Zehnte.

In realen Gesamtzahlen ausgedrückt: 1992 gab es mehr als 1.500 verheiratete minderjährige Mütter in Deutschland; im Jahre 2001 waren es weniger als 500.

Minderjährige nicht deutsche Mütter in der Bundesrepublik

Mütter mit ausländischer Staatsangehörigkeit (Angaben in % gerundet)

Alter der Mutter	1993	1997	2001
14 Jahre u. jünger	40 %	40 %	19 %
15 Jahre	40 %	24 %	12 %
16 Jahre	42 %	29 %	13 %
17 Jahre	38 %	27 %	11 %

Quelle: Statistische Jahrbücher für die Bundesrepublik Deutschland 1995, 1999 und 2003. (Berechnungen R. O.)

Im vergangenen Jahrzehnt ist ein deutlicher Rückgang des Anteils ausländischer minderjähriger Mütter in Deutschland zu verzeichnen. Die gilt für alle Altersgruppen.

Der Anteil der nicht deutschen minderjährigen Frauen an Eheschließungen generell beträgt hingegen in den vergangenen zehn Jahren ziemlich konstant ein Drittel. Ein möglicher Grund für die Abnahme des Anteils ausländischer Mütter könnte in der enormen Zunahme von Einbürgerungen insbesondere türkischer Jugendlicher sein. So wurden im Jahr 2001 mehr als 21.000 türkische Kinder und Jugendliche von 6 bis 15 Jahre eingebürgert. Im Vergleich: 1992 waren es lediglich 2.000 Heranwachsende bis 17 Jahre.

Welches sind nun die Beweggründe von minderjährigen Frauen für ein Austragen des Kindes? Ich möchte die von Mädchen in empirischen Studien artikulierten Motive überblicksartig klassifizieren.

Gründe für ein Austragen des Kindes:

- Anthropologisch-ethische Argumente
- biologisch-medizinische Begründungen
- Mangel an realistischer Einschätzung der Konsequenzen von Mutterschaft
- Resignation, Selbstbestrafung
- das Kind als Hoffnungsträger für eine bessere Zukunft
- Lösungsversuch von der Herkunftsfamilie
- Erwartungen von Dritten

Gesetzliche Schwangerschaftsabbrüche bei Minderjährigen

In absoluten Zahlen betrachtet ist seit den Neunzigerjahren eine jährliche Zunahme von legalen Schwangerschaftsabbrüchen bei Minderjährigen in Deutschland zu verzeichnen. Diese Aussage muss allerdings insofern relativiert werden, als von 2001 auf 2002 bei den 15- bis 17-jährigen Mädchen wieder ein Rückgang zu verzeichnen ist.

Gesetzliche Schwangerschaftsabbrüche von Minderjährigen in Deutschland (absolute Fallzahlen)

Alter der Mädchen	1998	1999	2000	2001	2002
unter 15 Jahren	453	467	574	696	761
15 bis 17 Jahre	5.104	5.266	5.763	6.909	6.682
gesamt	5.557	5.733	6.337	7.605	7.443

Quelle: Statistisches Bundesamt Deutschland; www.destatis.de (Stand: 31.03.2003)

Wenn man die gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche und die Geburten zusammenzählt, dann kann man allgemein sagen: mehr als 10.000 minderjährige Mädchen werden jährlich in Deutschland schwanger, wobei die Tendenz seit einigen Jahren steigend ist.

Um den statistischen Stellenwert von Einzelereignissen wie den Abbrüchen von Schwangerschaften genauer zu bestimmen, bedarf es allerdings eines Abgleichs realer Fallzahlen mit der Grundgesamtheit. So kann die Bestimmung der Quote von Abbrüchen je 10.000 Mädchen der gleichen Altersgruppe genauere Aufschlüsse über Relationen geben. Im Vergleich der Bundesländer zeigen sich über mehrere Jahre betrachtet folgende Unterschiede:

Schwangerschaftsabbrüche von 15- bis 17-jährigen Mädchen in ausgewählten Bundesländern

(Quoten je 10.000 Mädchen der gleichen Altersgruppe)

Land	2000	2001	2002
Berlin	84	102	100
Bremen	86	95	91
Hamburg	61	83	90
BRD gesamt	43	52	50
Bayern	35	40	40
Saarland	45	45	36
Baden-Württemberg	33	37	36
Rheinland-Pfalz	29	40	35

Quelle: Statistische Jahrbücher für die Bundesrepublik Deutschland, 2001-2003.

Die Stadtstaaten haben die höchsten Abbruchquoten bei Minderjährigen und – das sei ergänzend hinzugefügt – auch bei den erwachsenen Frauen.

Die gängige These vom Gefälle Nord-Süd, Ost-West sowie städtisch-ländliche Wohnregionen ist bei genauer Betrachtung aller Bundesländer jedoch nicht haltbar. So liegen beispielsweise Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen beide unter dem Bundesdurchschnitt. Es sei an dieser Stelle hinzugefügt, dass über mögliche „Wanderbewegungen“ zwischen den einzelnen Bundesländern, was Schwangerschaftsabbrüche angeht, anhand des vorliegenden Datenmaterials keine Aussage gemacht werden kann.

Die Ergebnisse des Ländervergleichs mögen vielleicht irritierend sein, weil in der jüngeren Vergangenheit eine ganz andere „Rangordnung“ in Fachartikeln und in den Medien publiziert worden ist. Die gravierenden Unterschiede hängen damit zusammen, dass dort eine andere Vergleichsgrundlage für die Betrachtung von Schwangerschaftsabbrüchen Jugendlicher gewählt worden war. Berechnet man beispielsweise den prozentualen Anteil der Minderjährigen an der Gesamtzahl der Abbrüche im jeweiligen Bundesland, dann ergeben sich folgende Relationen:

Schwangerschaftsabbrüche von 15- bis 17- Jährigen

(prozentuale Anteile der Altersgruppe an der Gesamtzahl der Abbrüche im jeweiligen Bundesland bzw. in Deutschland / Auswahl)

Land	2000	2001
Mecklenburg-Vorpommern	7,0 %	7,1 %
Brandenburg	5,6 %	6,4 %
Sachsen	5,1 %	6,4 %
BRD gesamt	4,3 %	5,1 %
Hamburg	3,0 %	3,9 %

Quelle: Kluge, N.: (<http://fss.uni-landau.de>), Mai 2002.

Bei dieser Berechnungsgrundlage liegt Hamburg bis 2001 von allen Ländern am weitesten unter dem Bundesdurchschnitt. Doch können wir daraus keinesfalls folgern, dass in Hamburg weniger Minderjährige einen Abbruch vornehmen lassen als in anderen Bundesländern, weder in absoluten Zahlen noch in Quoten auf die Gesamtzahl der Altersgruppe bezogen.

Aus diesem Ländervergleich wurden jedoch in den Medien vielerorts falsche Schlussfolgerungen gezogen, was die Rangfolge der Länder bezüglich der Schwangerschaftsabbruchraten angeht. Zum statistischen Teil der Schwangerschaftsabbrüche sei abschließend noch erwähnt, dass etwa 2% der Abbrüche bei Minderjährigen nicht nach der Beratungsregelung vorgenommen wurden, d. h. infolge einer medizinischen Indikation und in einigen wenigen Fällen nach der kriminologischen. Von den 15- bis 17-jährigen Mädchen, die in 2002 einen Abbruch vornehmen ließen, hatten rund 5% bereits vorher ein Kind zur Welt gebracht.

Wenden wir uns nun den Einstellungen von Minderjährigen zum Schwangerschaftsabbruch zu. Beobachtungen von Praktikern in Beratungsstellen und die wenigen empirisch-wissenschaftlichen Belege weisen auf ein geringes Wissen von Mädchen über die gesetzlichen Regelungen zum Abbruch, über den medizinischen Eingriff und über zugelassene Beratungseinrichtungen, hin.

Auf die antizipierende Frage „Wie würden Sie sich verhalten, wenn Sie jetzt schwanger würden?“ antworteten in einer größeren Studie zur Jugendsexualität vor zehn Jahren (1994) ein Drittel der 14- bis 17-jährigen Mädchen aus momentaner Perspektive einen Abbruch vornehmen lassen zu wollen. Mit Zunahme des Alters der Mädchen nahm jedoch die Bereitschaft zu, das Kind auszutragen. Unabhängig von Alter, Wohnregion oder Konfessionszugehörigkeit waren 40 % der befragten Mädchen ambivalent bzw. unentschlossen. Die Bereitschaft, im gedanklichen Vorgriff eine eintretende Schwangerschaft abbrechen zu wollen, variierte neben dem Alter der Teenager allerdings nach Wohnregion – wesentlich weniger Mädchen aus ländlichen Gebieten – und nach konfessioneller Bindung – nicht jedoch nach der Konfessionszugehörigkeit an sich. Mädchen, die angaben, ein positives Familienklima zu haben, und Mädchen, die nach Selbsteinschätzung eine gute seelische Konstitution aufwiesen, gaben seltener explizit an, im Falle einer Schwangerschaft abtreiben zu wollen.

Fasst man die von Mädchen genannten Gründe für einen antizipierten oder tatsächlich durchgeführten Schwangerschaftsabbruch zusammen, so könnte man diese folgendermaßen kategorisieren:

Begründungen für einen Schwangerschaftsabbruch:

- Ichbezogene Argumente
- kindbezogene Argumente
- partnerschaftsbezogene Argumente
- umweltbezogene Argumente

Folgen ungeplanter Schwangerschaften

Exemplarisch seien einige kritische Faktoren genannt, die entweder von betroffenen Mädchen artikuliert, oder die von Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen sowie von Psychologen und Psychologinnen häufig festgestellt werden. Zu den unmittelbaren Folgen gehört vor allem bei sehr jungen Mädchen, dass diese mitunter erst nach mehreren Wochen oder gar nach Monaten von ihrer Schwangerschaft wissen. Die Mädchen haben mitunter noch eine unregelmäßige Monatsblutung, weshalb deren Ausbleiben nicht unbedingt sofort auffällt. Überhaupt müssen sich die Mädchen zunächst erst einmal bewusst machen, was geschehen ist und was dies bedeutet. Die völlig unbekannte, extrem emotionale und ambivalente Selbsterfahrung, in der sich Schock, Hoffnung, Angst, Freude auf etwas Neues gedanklich und gefühlsmäßig miteinander verweben, diese Selbsterfahrung kann sowohl zu äußeren Fluchtreaktionen als auch zu totalem inneren Rückzug führen. Verheimlichung der Schwangerschaft vor den Eltern, dem Vater des Kindes, die Furcht davor zum Arzt zu gehen. Soll und will ich das Kind behalten? Bin ich zu jung? Wo werde ich wohnen? Von welchem Geld? Ausbildung passé? Wie geht es überhaupt weiter? Die Gedanken drehen sich um die eigene Zukunft, das Kind, den Freund, um Angehörige.

Zu den anschließenden Bewältigungsaufgaben gehört der Entschluss, Hilfen in Anspruch zu neh-

men, um dann eine Entscheidung für das Austragen des Kindes oder für einen Schwangerschaftsabbruch zu treffen. Diese Entscheidung muss psychisch bearbeitet werden, was – wie wir wissen – Jahre andauern kann, egal ob sich die Mädchen für oder gegen ein Austragen des Kindes entschieden haben.

Ein Faktum ist, dass sich die jugendlichen Väter in vielen Fällen schon während der Schwangerschaft von den Mädchen abwenden oder nach der Geburt des Kindes fast keine Unterstützung bieten. Besonders schmerzlich ist es für die junge Frau, wenn der Erzeuger seine Vaterschaft abstreitet.

Der Umgang mit dem Kind stellt ein Tabuthema dar. Auf das Neugeborene projizieren sehr junge Mütter nicht selten ihre eigenen emotionalen und sozialen Entbehrungen und kindlichen Bedürfnisse. Ihrer Suche nach Zuwendung, Sinnerfüllung und Selbstverwirklichung stehen permanent hohe Alltagsanforderungen gegenüber, die nicht eingelöst werden können. Die Säuglinge können deshalb zum Auslöser von Aggressionen werden. Darüber hinaus fehlt den Mädchen in vielen Fällen (noch) die Fähigkeit, Bedürfnisse des Kindes überhaupt zu erkennen.

Den jungen Müttern sind Anlaufstellen und Beratungsangebote häufig nicht bekannt, nicht zuletzt auch deshalb, weil sie eine Hemmschwelle haben, nach Hilfe zu suchen.

Für die positive Bewältigung der Anforderungen an Schwangerschaft, Mutterschaft oder nach einem Schwangerschaftsabbruch sind folgende Faktoren wesentlich:

- die persönliche Reife des Mädchens
- die Verfügbarkeit von individuellen kognitiven Verarbeitungsstrategien
- das Vorhandensein sozialer und wirtschaftlicher Unterstützung

Ursachen von Schwangerschaften bei Jugendlichen

Mädchen, die sehr früh schwanger werden, haben häufig selbst sehr junge Mütter. Einige Mädchen wollen sich von ihrer Herkunftsfamilie loslösen, andere sehen für sich keine schulische und berufliche Perspektive – wohlgerne bereits vor der Schwangerschaft.

Die Jugendlichen haben entweder überhaupt keine Verhütungsmaßnahmen getroffen oder unregelmäßig bzw. nicht richtig verhütet. Darüber hinaus gibt es auch Fälle, in denen die Antibabypille nicht gewirkt hat (z. B. bei Erbrechen des Mädchens), ein Kondom zu groß war oder gerissen ist. Die Gründe für eine Nichtverhütung oder eine unzureichende Verhütungspraxis von Jugendlichen sind vielfältig:

- Wissensdefizite („Kann beim ersten Mal schon etwas passieren?“, Unwissenheit über den weiblichen Zyklus, über die richtige Anwendung von Verhütungsmethoden bzw. -mitteln)
- eine große Unsicherheit im konkreten Verhütungsverhalten
- situative Aspekte wie Spontaneität, Alkohol
- Delegieren von Verhütungsverantwortung
- Schwierigkeiten über Verhütung miteinander zu reden

Manche Mädchen – und Jungen – verzichten bewusst auf Verhütung, eine Abwehr von Planung und Bevormundung. Nichtverhütung soll vielleicht Vertrauen und Treue signalisieren. Mitunter zeigt sich eine gesteigerte Risikobereitschaft in so genannten Schwellensituationen, insbesondere in kritischen Lebenslagen wie elterliche Trennung und Scheidung, bei Tod nahestehender Personen durch Krankheit und Unfall, bei Schulwechsel oder Umzug in eine ganz andere Wohnregion.

Nichtverhütung kann eine bewusste oder unterschwellige Entscheidung sein: für Veränderung, für einen neuen Weg in psychischen und sozialen Übergangssituationen; akademisch in der Sprache des Soziologen Luhmann ausgedrückt: ein Mechanismus zur Reduktion von Komplexität. Vereinfachung und Richtungsgebung – also durchaus ein Lösungs- und Bewältigungsversuch. „Richtige“ Verhütung ist nun einmal eine Verkomplizierung von Beziehungen.

Wir sehen: (Ungeplante) Schwangerschaften von Jugendlichen dürfen in der Zuschreibung von Ursachen nicht verkürzt werden auf die Ebenen Wissen und technisches Handeln und auch nicht auf Defizite und Probleme diesbezüglich.

Die Ergebnisse der empirisch-sexualwissenschaftlichen Jugendforschung sind in Fachkreisen bekannt: eine zeitliche Vorverlagerung der biologisch-sexuellen Reife, die Vorverlagerung genital-sexueller Erfahrungen sowohl von Mädchen als auch von Jungen – Stichwort: Angleichung der Geschlechter. Gleichsam sind diese Untersuchungsbefunde jedoch aus methodischen Gründen nicht unproblematisch, wenn bei den Erhebungen keine stringente Erfassung der Befragten nach Geburtsjahr und -monat erfolgt, oder wenn nur wenige Altersjahrgänge berücksichtigt werden. In solchen Fällen kann es zu nennenswerten Verzerrungen bei der zeitlichen Bestimmung ereignisbezogener Merkmalsverteilungen wie dem Alter bei der ersten Menstruation oder beim ersten Geschlechtsverkehr kommen.

Darüber hinaus stellt sich die Frage, welche Schlüsse aus den Daten gezogen werden können. Häufig keine Verhütung beim „ersten Mal“, insbesondere wenn die Jugendlichen sehr jung sind: Darf uns das verwundern? Die Forschungen zeigen über die Neunzigerjahre hinweg, dass bei der Kohabitarche etwa 10 bis 15 % der Mädchen und Jungen keine Verhütung betreiben. Lassen sich solche Zahlen überhaupt noch minimieren? Und um welchen Preis? Noch mehr Technisierung? Würde dies in der Konsequenz die Preisgabe von „Jugend“ bedeuten, die Aufopferung von Identitätsentwicklung durch den Verzicht auf Lernen im Sinne von Suchen, Erproben und Fehler machen dürfen? Auch hierzu sei ein Zeitvergleich herangezogen: In den frühen Achtzigerjahren waren die Zahlen (Nichtverhütung beim ersten Geschlechtsverkehr) in empirischen Untersuchungen mehr als doppelt so hoch wie in neueren Studien.

Jugendsexualität – und nicht nur diese – findet empfindend, denkend und handelnd in einem spannungsreichen Geflecht von sinnlicher Orientierung, Strategie und Kalkül, Beziehung, Spiel und Verantwortlichkeit statt. Die logisch-affektive Doppelbesetzung von Sexualität verschärft insbesondere bei Jugendlichen das Problem der praktischen Umsetzung von Verhütungswissen. So erfordert eine verantwortungsbewusste Verhütungspraxis bereits eine manifeste Wahrnehmung der eigenen Bedürfnisse, der eigenen Fruchtbarkeit, aber auch der eigenen Handlungen sowie ein Einkalkulieren deren Folgen für einen selbst und für den Partner. Genau das aber können Teenager, die gerade erst Neuland betreten haben, nicht leisten. Eine adäquate Verhütungspraxis impliziert eine dauerhafte Entscheidungsnotwendigkeit und darauf aufbauend eine psychosoziale und technische Handlungsfähigkeit beider Partner.

Prävention ungeplanter Schwangerschaften im Jugendalter

Einige Randbedingungen schwangerschaftspräventiver Maßnahmen seien genannt. Wenn man einbezieht, dass die biologische Geschlechtsreife um das 13. Lebensjahr herum einsetzt und etwa ein Drittel der 16-jährigen Jugendlichen bereits Geschlechtsverkehr hatte, so sollte man bezogen auf die Themen Schwangerschaft und Elternschaft und somit auch auf den Themenbereich Freundschaft und Partnerschaft bzw. Lebensformen bereits ab der vierten Grundschulklasse zu sprechen kommen. Mädchen und Jungen sollten in diesem Zusammenhang auch frühzeitig etwas über die Bedürfnisse von Eltern und Kindern und über elterliche Aufgaben erfahren.

Eine Verkürzung auf wissens- und problembezogene Aspekte von Sexualität im Kontext von Fertilität und Schwangerschaftsverhütung wäre unbedingt zu vermeiden, weil insbesondere die Einstellungen und Handlungsorientierungen der Jugendlichen selbst zu berücksichtigen sind. Dies bedeutet Widersprüche und Ambivalenzen im Denken, Empfinden und Tun anzuerkennen und zu thematisieren.

Eine präventive Arbeit, die ausdrücklich die Jungen mit einbezieht, darf sich nicht auf die Behandlung von Reifungs- und Verhütungsfragen beschränken. Es geht darüber hinaus um Geschlechtsidentität, Körperlichkeit, Begehren und Begehrtwerden. Die männlichen Jugendlichen sind in Jungengruppen nicht nur für Fragen zur Verhütung zu sensibilisieren, vielmehr sind mit ihnen auch eltern- bzw. vaterschaftsbezogene Themen auf der Wissens- und Einstellungsebene zu behandeln. Hierzu wäre allerdings eine entscheidende Voraussetzung, dass die Jungen überhaupt erst erkennen und lernen müssen, dass sie es sind, die für den „Umgang“ mit ihrem Ejakulat Verantwortung zu tragen haben.

Eine wichtige Frage an die Sexualpädagogik müsste lauten: Mit welchen Konzepten und konkreten Hilfen können Mädchen und Jungen lernen, die relevanten Aspekte Rationalität, Gefühl, Technik, Verantwortung für sich und gegenüber dem Anderen zu erkennen und miteinander in Beziehung zu setzen?

Wir sollten ferner davon ausgehen, dass ein gewisser Prozentanteil von Mädchen und Jungen schwangerschaftsverhütende Maßnahmen nicht nur als Störfaktor des Beisammenseins empfindet, sondern pointiert ausgedrückt als Entwürdigung, zumindest jedoch als Entwertung der intimen Beziehung. Daneben scheint mir der Aspekt Wunsch nach Schwangerschaft und Mutterschaft bei Mädchen und auch nach Vaterschaft bei Jungen eine mystifizierte, ja geradezu tabuisierte Frage der Sexualpädagogik zu sein. Ist ein Kinderwunsch von 15-, 16- oder 17-Jährigen automatisch ein Problem?

Die Grundlage präventiver Arbeit ist letztendlich stets eine Wertentscheidung, auch wenn wir uns an empirischen Daten orientieren. Eine Prävention ungeplanter Schwangerschaften muss – will sie nicht instrumentell-verkürzend agieren – die wechselseitige Überlagerung von Sexualität, Individuation, Verhütung, HIV-Prophylaxe, Fruchtbarkeit, Partnerschaft und Elternschaft anerkennen.

Literatur und Quellen

Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg: (Antwort des Senats auf eine schriftliche Kleine Anfrage zur Statistik von Teenagerschwangerschaften). Drucksache 17/3723 vom 02.12.2003.

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

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Jugendliche Schwangere und Mütter. (Forum Sexualaufklärung und Familienplanung 1/2001). BZgA Köln 2001.

Kluge, N.: Schwangerschaftsabbrüche bei Minderjährigen in der Bundesrepublik Deutschland: gesteigerte Zunahme statt des erwarteten Rückgangs. (<http://fss.uni-landau.de>) / Mai 2002.

Landesinstitut Schleswig-Holstein für Praxis und Theorie der Schule u. a. (Hrsg.): Elternschaft lernen. Eine Arbeitshilfe für den Unterricht und für Projekte mit Jugendlichen. Kiel 1999.

Osthoff, R.: „Schwanger werd´ ich nicht alleine...“. Ursachen und Folgen ungeplanter Teenagerschwangerschaften. Landau (2. Aufl.) 1999.

Osthoff, R.: Partnerwahl und intime Freundschaften im Jugendalter. (...) Frankfurt a. M. u. a. 2004.

Remberg, A.: Beratungsarbeit mit jungen nicht deutschen Frauen und Migrantinnen in Schwangerschaftsberatungsstellen. In: BZgA. Forum 2/1999, S. 3-6.

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

Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Statistische Jahrbücher für die Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden 1990-2003.

Vogelgesang, P.: Beziehungsdynamik in der Arbeit mit jugendlichen Schwangeren und Müttern. In: Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, H. 94, 2/1997, S. 211-221.

Weller, K.: Deutschland – eine „unaufgeklärte Nation“? In: BZgA Forum 4/2003, S. 39-44.

Prävention und Aufklärung bei Kindern im Grundschulalter

Carmen Alexander, Brigitte Emmer, Nina Heyken

Sexualerziehung in der Grundschule, Carmen Alexander

Die Grundschule ist heute immer mehr gefordert, soziales Lernen zu fördern und Beziehungsarbeit zu leisten als notwendige Voraussetzung für kognitives Lernen.

Es gilt den Grundschulkindern Lernangebote zum Thema Beziehungen und zur Reflexion des eigenen Handelns zu machen.

In diesem Zusammenhang spielt Sexualpädagogik eine große Rolle.

Sexualerziehung ist mehr als „Aufklärung“.

Sexualität verstehen wir als Lebensenergie, die sich im Körper entwickelt und ein Leben lang wirksam ist, die sich ganz vielfältig ausdrückt und in ihrer Verschiedenheit sinnvoll ist. „...von Geburt bis ins Alter körperlich, seelisch und sozial wirksam“ (pro familia Bundesrahmenkonzept Sexualpädagogik, S. 8) ist Sexualität somit ein Bestandteil der Identität des Menschen.

Kinder entdecken in der Grundschulzeit die Welt neu, sie lernen neue Sachverhalte, beziehen diese auf ihr eigenes Leben und beginnen kritisch nachzufragen. Zunehmend reflektieren sie eigenes und fremdes Verhalten. Dies gilt auch für den Bereich der Sexualität.

Umfassende Aufklärung, einschließlich der Befähigung Körperteile und Körperfunktionen zu benennen, ist wichtig, damit Mädchen und Jungen einen positiven und differenzierten Zugang zu ihrem eigenen Körper entwickeln können. Sexualität im Zusammenhang mit Lebensfreude und Lebenslust zu vermitteln ermöglicht den Mädchen und Jungen sich selbst zu entdecken, eigene Wünsche, Bedürfnisse und Grenzen kennen und ausdrücken zu lernen.

Jugendliche werden immer früher geschlechtsreif – teilweise mit großer Diskrepanz zwischen körperlicher und seelischer Reife – und sie brauchen Möglichkeiten, sich schon früh orientieren zu können.

Durch Medien prasselt eine Unmenge an sexuellen Themen und Reizen auf die Kinder ein, die in Art und Inhalt oft fragwürdig sind. Kinder sind auf Unterstützung angewiesen, um diese verarbeiten zu können. Sexualerziehung unter Einbeziehung des Körpers, der Sprache und aller Sinne beinhaltet zum einen die Erweiterung des Wissenstandes der Kinder.

Zugleich ist sie in diesem erweiterten Verständnis auch Förderung von Lebenskompetenz.

Bewusste Sexualerziehung stärkt Selbstbestimmung, Selbstbewusstsein und Selbstverantwortung, achtet den Eigensinn anderer und versucht Wertsetzungen und Orientierungen einzelner vor dem Druck der Umgebung zu schützen.

So verstandene Sexualerziehung beinhaltet auch die Entwicklung von Ich-Stärke, Einfühlungs- und Abgrenzungsvermögen, Respekt und Wertschätzung anderen gegenüber und die Möglichkeit der Auseinandersetzung mit auftretenden Spannungen.

Es geht also um:

- Vermittlung von Sachwissen
- Ermutigung über Gefühle und Sexualität zu reden
- Angstfreien Körperumgang
- Kompetenz im Umgang mit sich selbst
- Kommunikationskompetenz

Was können wir verändern? Wo können neue Schnittstellen entstehen? Wie kann man die Zusammenarbeit fördern?

- pro familia Grundschul-Set bietet sofort konkretes Arbeitsmaterial für Grundschulalter
- Ausbildungseinheiten zur Sexualerziehung (verstanden als Teil der Sozialerziehung) für Lehrer/innen, Erzieher/innen
- Zusammenarbeit mit (weitergebildeten) Hebammen in Grundschulen

Die Haltung und Erfahrung der unterrichtenden Person fließen immer mit in das sexualpädagogische Geschehen ein. Es ist wichtig sich dessen bewusst zu sein und im Vorhinein die eigene Einstellung zu Sexualität, Geschlechterorientierung und sexualpädagogischer Zielsetzung zu reflektieren. (Anregung dazu siehe Fragebogen zur Selbstreflexion, im Grundschul-Set enthalten).

Erfahrungen aus der Grundschule Turmweg, Brigitte Emmer

Auf die erste „heikle“ Frage eines Vorschulkindes an seinen Vater: „Papi, wo komme ich eigentlich her?“ antwortet der Vater freundlich und klärt den Sohn kindgemäß und so knapp wie möglich ca. drei Minuten auf. Darauf der Junge: „Ich wusste gar nicht, dass das bei mir so schwierig war! – Der Peter aus meiner Klasse, der kommt aus Schweden.“

Diese Geschichte kennen wir alle und ich habe im Laufe meiner Grundschultätigkeit noch viele solcher simplen Aussprüche gehört, die mir immer wieder deutlich machten, welche Variationsbreite es beim kindlichen Verständnis im Bereich der Sexualerziehung gibt.

Bekannterweise sollen wir ja sowohl als Eltern als auch als Lehrer/innen konsequent nach folgenden Regeln beim „Sexualkunde-Unterricht“ handeln:

Gib bei individuellen Fragen der Kinder nach Sexualität und Aufklärung nur kurze, der Altersstufe angemessene Antworten und zwar direkt auf die gestellte Frage!

Verdirb nicht die Fragehaltung und das lockere, freundliche Klima des Gespräches!

Sind dir bestimmte Themen unangenehm, tritt die „Flucht in die Ehrlichkeit“ an und lass durch Ich-Botschaften deutlich werden, wie es dir selber als Kind oder Betroffener ergangen ist, als du selbst diese Fragen hattest!

Immer muss man dies im Hinterkopf behalten und nicht vor lauter Begeisterung zu weit ausholen, doch jeder von uns hat natürlich auch seine eigene Befindlichkeit und seinen eigenen kulturellen Hintergrund bei diesen Themen.

Ich versuche natürlich als Klassenlehrerin während der vier Grundschuljahre, die im Rahmenplan geforderten verbindlichen Unterrichtsinhalte fächerübergreifend und verantwortungsbewusst zu vermitteln. Dazu ist auch ein themenbezogener Elternabend nötig, der zu einem Zeitpunkt stattfinden sollte, an dem die Kinder oder auch einzelne Eltern einem deutlich machen, dass jetzt dieses Thema unbedingt behandelt werden muss.

In meiner Klasse gehen gerade wieder Zettelchen herum, wer wohl in wen verliebt ist. Das kommt, denke ich, pausenlos in allen Klassen und Altersstufen jederzeit vor. Aber beim Elternsprechtag vor einer Woche erzählte mir eine Mutter, dass ein Mitschüler ihrem Sohn beim Ausflug auf den Michel gesagt habe, dass es „dahinten auf St. Pauli einen Puff gäbe und dass sie in Dänemark Edelpuffs hätten“. Ich werde nun gleich nach den Frühjahrsferien einen Elternabend einberufen, auf dem ich die Rahmenplan-Richtlinien zum Aufgabengebiet der Sexualerziehung darstellen und meine Methoden und Materialien zu diesen Themen offen legen werde.

Es wird gehen um:

- Freundschaft, Verliebtsein, Zärtlichkeit und Liebe
- Wovon hängt es ab, ob man glücklich ist?
- Welche Gefühle sind schön für mich, welche sind komisch, welche schlecht?
- Wiederholung der körperlichen Unterschiede von Mädchen und Junge

- Körperpflege
- Vorbereitung auf Beginn der Pubertät, Entwicklung zum Mann, zur Frau
- Entstehung und Entwicklung des menschlichen Lebens
- Familienformen, Familien in verschiedenen Kulturen
- Geschwister, Baby in der Familie
- Mein Körper gehört mir! Prävention von Missbrauch und sexueller Gewalt

In unserer Schule am Turmweg haben wir das Buch „Peter, Ida und Minimum“ von 1979 aus Schweden in Klassenstärke. Es kann auch von Kindern, die noch nicht gut lesen können, allein in die Hand genommen werden. Es verzichtet auf solche schrecklichen Schnittzeichnungen, wie sie früher z.B. in dem Unterrichtsmaterial von Klaus Verch und im Sexualkunde-Atlas für die Grundschule bei den Kindern zu völlig falschen Vorstellungen geführt hatten.

Eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Elternhaus und Schule ist anzustreben, jedoch ist die an den Werten des Grundgesetzes orientierte schulische Sexualerziehung nicht von der Zustimmung der Eltern abhängig. Kinder müssen lernen, im sexuellen Bereich selbstbestimmt und verantwortlich handeln zu können. Und wir Lehrer müssen versuchen, den Kindern einen selbstverständlichen Umgang mit ihrer eigenen Körperlichkeit zu ermöglichen und ihnen eine positive Grundeinstellung zur Sexualität vermitteln.

Über diese oben genannten Grundinformationen hinaus sollen bis zum Ende der 4. Klasse auch die Themen mit Behutsamkeit aufgegriffen werden, die die Kinder selber erfragen, wie zum Beispiel Verhütung, Selbstbefriedigung, Schwangerschaftsabbruch, verschiedene sexuelle Orientierungen oder AIDS. Die Kinder dürfen mit ihren Fragen, Phantasien und eventuell auch Ängsten nicht allein gelassen werden. Dazu ist es gut, dass die Klassenleitung bis zum 4. Schuljahr in einer Hand bleibt, dass es einen Kummerkasten gibt, in den man jede schriftlich gestellte Frage anonym einwerfen kann und dass diese Themen fächer-übergreifend behandelt werden können – also auch stundenplantechnisch möglich sind. Es wird in unserer Schule auch in einigen Klassen Fachunterricht in Sachkunde erteilt, in dem dann alle biologischen Vorgänge sachlich vermittelt werden, während die Klassenlehrerin parallel die „heiklen Fragen“ behandelt.

Wenn es nun eine Zeiterscheinung ist, dass immer mehr und immer jüngere Mädchen ungewollt Mütter werden, müssen wir in der Grundschule dem Thema „Verhütung“ noch größere Bedeutung beimessen und auch die Eltern darauf aufmerksam machen. Die Eltern sollten mit den Kindern über diese in der Schule behandelten Themen immer im Gespräch bleiben und Missverständenes zu-rechtrücken. Mir erzählte mal eine Mutter, dass ihre Tochter nach der schulischen Information über die Menstruation folgendes verkündete: „Ich will aber nicht, dass es bei mir blutet, ich lass mich einfach immer befruchten.“

Hebammen in Grundschulen, Nina Heyken

Ich bin als Hebamme in einer Klinik tätig und arbeite freiberuflich in einer gynäkologischen Gemeinschaftspraxis, in der ich die Schwangerenbetreuung im Wechsel mit den Gynäkologen übernehme. Der Unterricht in der Grundschule ist durch persönliche Kontakte entstanden. Bisher habe ich in fünf 4. Klassen und einer 5. Klasse unterrichtet. Als Voraussetzung für den Unterricht sehe ich den abgeschlossenen Sexualkundeunterricht der Grundschule.

Unterrichtsgestaltung

Zu Beginn der Stunde frage ich nach eigenen Erfahrungen mit Hebammen und erläutere meinen Tätigkeitsbereich, wobei ich stets betone, dass Hebammen auch Kontaktpersonen für Fragen in der Familienplanung sind. Ich erkläre, dass ich in meiner Sprechstunde gerne auch zu einem späteren Zeitpunkt bereit bin, Fragen zum Thema Menarche, Verhütung, etc. zu beantworten.

Anhand folgender Materialien schildere ich nun Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett:

- Bildbände von Lennart Nilsson
- Demonstrations-Puppe und -Becken
- Luftballon, gefüllt mit einem Playmobil-Männchen und Wasser.

Während der Stunde bemühe ich mich, keinen „Frontalunterricht“ zu halten, sondern versuche die Thematik durch viele Fragen und ein Fünkchen Humor zu untermalen. Ich demonstriere Gebärpositionen, binde mir das Becken um und rekonstruiere stöhnend eine schöne Geburt. Ein Schüler darf meine provisorische Nabelschnur durchtrennen, was immer wieder mit viel Freude beklatscht wird. Nachdem nun auch vieles über das Stillen erzählt worden ist, hat jeder die Möglichkeit, die bereits im Vorfeld überlegten Fragen zu stellen, wobei sich vieles meist schon erledigt hat. Abschließend greife ich das Thema Verhütung und deren Bedeutung auf sowie die Veränderungen, die das Elternwerden mit sich bringt. Meistens sind dann die 60 Minuten um, so dass ich zum Abschluss komme.

Meine Erfahrungen mit dieser Arbeit

Ich bin bisher durchweg auf großes Interesse gestoßen. Die Kinder haben teilweise durch die Geburt von Geschwistern die Arbeit von Hebammen miterlebt und sind stolz auf ihre Erfahrungen. Erstaunt bin ich über das vorhandene Wissen und die Offenheit der Kinder. Eine der schönsten Anekdoten war, als mir auf die Frage, wozu wohl das Fruchtwasser da sei, geantwortet wurde: „Ist doch klar, damit das Baby schön sauber ist, wenn es auf die Welt kommt!“ oder auch, als mir jemand beim Thema Verhütung zurief: „Stimmt, mein Papa hatte auch mal eine, die sagte, sie nähme die Pille, und heute muss er immer zahlen!“ (Zuvor ging es darum, dass sich Frau und Mann um die Verhütung kümmern müssen.)

Die 5. Klasse, in der ich war, kam mir im Vergleich zu den 4. Klassen weniger enthusiastisch und alberner vor, jedoch nicht weniger interessiert.

Bisher sind im Anschluss der Stunde immer einzelne Kinder zu mir gekommen mit weiteren Fragen, die sie nicht in der großen Runde stellen wollten. Hier zeigt sich der Bedarf der Kinder in diesem Alter an Ansprechpartnern zu diesem Thema.

Wünschenswerte weitere Prävention an Schulen

Ich finde es wichtig, erneut in den 6. Klassen auf die Kinder zuzugehen. Zu diesem Zeitpunkt, wo bei vielen Mädchen bereits die 1. Regelblutung auftritt, würde ich mir einen nach Geschlecht getrennten Unterricht wünschen:

Hier sollte den Mädchen aus gegebenem Anlass erneut und genauer das Zyklusgeschehen sowie die erste OB-Benutzung usw. erläutert werden und erneut auf mögliche Ansprechpartner und Kontaktpersonen, auch im Falle einer ungewollten Schwangerschaft, hingewiesen werden.

Den Jungen sollte die Bedeutung des Vaterwerdens mit allen Konsequenzen vor Augen geführt werden, um den Respekt vor einer zu frühen Schwangerschaft und das Verantwortungsgefühl zu stärken.

Kürzlich hatte ich ein 13-jähriges Mädchen in meiner Sprechstunde, die mir eine Menge Fragen stellte. In entspannter Atmosphäre habe ich sie mit unserer Praxis vertraut gemacht und gehofft, so eine Brücke zum Gynäkologen schlagen zu können. Ich denke, dass der Weg zu einer Hebamme, um Informationen zu bekommen, für viele Mädchen zunächst einfacher ist, als der Weg zum Frauenarzt. Ich weise immer darauf hin, dass man zu mir auch ohne Mutter kommen kann und ich der Schweigepflicht unterliege.

Ich bin der festen Überzeugung, dass einer Vielzahl von Schwangerschaften bei Mädchen vorgebeugt werden könnte, wenn den Mädchen der Zugang zur Pille dadurch erleichtert werden würde, dass sie ihre Mütter nicht aufgrund der benötigten Versicherungskarte über ihr Vorhaben einweihen müssten.

Abschließend möchte ich sagen, dass die Arbeit mit Kindern für mich sehr erfüllend ist und die meiner Meinung nach in einem Alter zwischen 10 und 13 Jahren liegende Phase der Bereitschaft des Zuhörens zum Thema Sexualität hinsichtlich Prävention dringend mehr genutzt werden sollte.

Schwangerschaft – Elternschaft Ein Thema für Jugendliche?

Dr. Beate Homann, Edith Stemmler-Schaich und Uta Schulz-Brunn

Die Arbeit der Ärztlichen Gesellschaft zur Gesundheitsförderung der Frau e. V. (ÄGGF), Dr. med. Beate Homann

Die ÄGGF praktiziert seit mehr als 50 Jahren erfolgreich ihr Konzept der ärztlichen Gesundheitsförderung und Sexualberatung in Schulen. Adressaten sind hauptsächlich Mädchen und junge Frauen im 2. Lebensjahrzehnt. Ärztinnen suchen die Mädchen in der Schule in ihrem Klassenverband, d. h. in ihrer vertrauten Umgebung auf und bieten ihnen im Rahmen einer 90 min. Arztstunde die Möglichkeit zum Gespräch über Fragestellungen, die altersentsprechend subjektiv wichtig und gesundheitlich relevant sind. Die Veranstaltungen werden entwicklungsbegleitend, meist im Rahmen der schulischen Sexualerziehung abgehalten. Sie werden ergänzt durch spezielle Fortbildungen für Lehrer/innen, Eltern und Ärzte.

Ziel der Arbeit der ÄGGF ist es, spezifische ärztliche Primärprävention mit dem Verständnis für gesundheitsrelevante Fragen zu verbinden und dabei die Orientierung der Jugendlichen auf eine gesundheitsbewusste Lebensweise zu lenken. Dies geschieht durch Information, Motivation und Kompetenzstärkung.

Wir halten keinen frontalen Vortrag zu einem vorgegebenen Thema, sondern orientieren uns an den Fragen der Jugendlichen. Dabei erreichen wir auch die Schülerinnen, die nicht von sich aus eine Beratungsstelle oder eine Arztpraxis aufsuchen würden. Altersabhängig ergeben sich gerade die Fragenkomplexe, die für die präventivmedizinische Beratung von Belang sind, wie: Menstruation und Menstruationsbeschwerden, sexuell übertragbare Krankheiten, Impfprävention von Röteln, Hepatitis u. a., Schwangerschaftsabbrüche und ungewollte Schwangerschaften.

Letztere zu verhindern ist uns ein besonderes Anliegen und deshalb ist das Thema Verhütung ein Schwerpunkt in allen Altersgruppen vom 11. Lebensjahr an.

Als Risikofaktoren für die Entstehung von Schwangerschaften bei Minderjährigen gelten: Vorverlegte körperliche Reife, Neigung zu risikobereitem Verhalten, schwierige soziale Situation, ambivalenter Kinderwunsch sowie Überschätzung des eigenen Wissens bei realen Informationsdefiziten. Einflussnahme (Ursachenbeseitigung) auf den letztgenannten Risikofaktor gelingt am besten im Bereich „Schule“ und zwar mittels einer adäquaten, den kognitiven und emotionalen Bedürfnissen angepassten Aufklärung.

Einschätzung der schulischen Präventionsangebote

Sexualerziehung ist inzwischen in Lehrplänen installiert, hat sich etabliert und entfernt sich immer mehr von der alten Biostunde „Aufbau und Funktion der Geschlechtsorgane“ hin zu einer altersgemäßen, ganzheitlichen Aufklärung als Begleitung der Persönlichkeitsentwicklung. Sie setzt beim Bewusstsein der Jugendlichen für ihren Körper ein. Aber vielerorts besteht immer noch ein breites Spektrum von der alten Biostunde bis zum modernen Konzept. Schulen mit gutem Personalschlüssel haben bessere Voraussetzungen z. B. durch zusätzliche Fachkräfte. Es gibt keinen einheitlichen Umgang mit Projekttagen, Öffnung für externe Akteure (Pro Familia, ÄGGF), oder bei der Nutzung außerschulischer Angebote. Viele Schulen sind auf das Engagement einzelner Lehrer oder Schulleiter angewiesen, die sich der Wichtigkeit des Themas bewusst sind und sich intensiv darum kümmern. Es bedarf eines zusätzlichen, speziellen z. B. ärztlichen Angebots wie dem der ÄGGF.

Die ÄGGF berücksichtigt in ihrem Präventionskonzept die Besonderheiten im Bereich der Gesundheitsförderung bei Jugendlichen: In der Pubertät befinden sich Jugendliche in einer Phase der generellen Verunsicherung und Identitätssuche. Sie haben eine andere Vorstellung von Gesundheit, die sich u. a. auch durch eine ausgesprochene Neigung zu risikobreitem Verhalten zeigt. Sie benötigen bekömmliche Nähe und notwendige Distanz. Sie nehmen nicht von sich aus die Angebote unseres Gesundheitswesens in Anspruch. In diese Versorgungslücke tritt die ÄGGF mit ihrer aufsuchenden Tätigkeit und mit ihrem Konzept der nicht am Einzelrisiko orientierten, sondern ganzheitlichen Prävention.

Was wollen die Jugendlichen?

Sie wollen, dass man sich ihrer individuellen Bedürfnislage annimmt und sich dabei an realistischen Zielen orientiert. Hier setzt die Arbeit der ÄGGF an:

- wir stärken die Eigen- und Fremdverantwortung und führen damit zur Formulierung eigener Fragen
- wir steigern Wissen und Motivation
- wir korrigieren Fehlinformation und Halbwissen
- wir bestärken den Respekt vor dem werdenden Leben
- wir fördern die Selbstakzeptanz, die als Basis für Handlungskompetenz dient.

Wie erfolgreich unsere Arbeit aus Sicht der Schülerinnen ist, zeigt dieser schriftliche Kommentar: „Ja ich fand's gut, ich habe einiges dazu gelernt obwohl ich dachte, dass ich so ziemlich alles weiß“. Ein weiterer Indikator für die Effizienz der Veranstaltungen ist die stetig steigende Nachfrage.

Seit 1997 ist die ÄGGF in Hamburg vertreten. Mit 80 Unterrichtsstunden im Jahr 1997 begannen wir, 2003 wurden 600 Unterrichtsstunden in ca. 150 Hamburger Schulen durchgeführt. Bundesweit wurden 2003 in mehr als 4800 Unterrichtsstunden über 52 000 Teilnehmer/innen erreicht. Das Robert-Koch-Institut hat die Arbeit der ÄGGF 2002 mit signifikantem Erfolg evaluiert. So konnte in einer prospektiv-kontrollierten Untersuchung ein deutlicher Wissenszuwachs, begleitet von einer signifikanten Änderung der Einstellung gegenüber gesundheitlichen Fragen nachgewiesen werden.

Was können wir verändern?

Um das Präventionsangebot weiterhin zu optimieren, ist eine stärkere Vernetzung der additiv wirkenden Angebote zu fördern. Dazu dient eine Tagung wie diese. Es muss allen Akteuren klar sein, dass es hier nicht um Konkurrenzen geht, sondern um sich gegenseitig verstärkende Maßnahmen. Deshalb sollte „interne“ Bekanntmachung und Verweisen auf die Kollegen selbstverständlich stattfinden und durch offizielle, d. h. Öffentlichkeitsarbeit der zuständigen Behörden und Gremien verstärkt werden. Was die schulische Sexualerziehung angeht, so sollten Lehrer unterstützt und auf die innovativen Konzepte bezogen fortgebildet werden. Es sollte eine Qualitätssicherung und Kontrolle aller Angebote stattfinden, sowohl der schulischen als auch der externen.

Babybedenkzeit – ein Elternpraktikum für Jugendliche, Edith Stemmler-Schaich und Uta Schulz-Brunn



Erziehung und Elternschaft sind *basic needs*, gehören zu den grundlegenden und verantwortungsvollsten gesellschaftlichen Aufgaben. Maßstäbe für Kinderpflege und Erziehung werden nicht mehr selbstverständlich von Generation zu Generation vermittelt. Allerdings darf nicht übersehen werden, dass vorkommende unzureichende Versorgung keineswegs ein Phänomen unserer Zeit ist, schon immer gab es Mütter und Väter, die nicht in der Lage waren, ihren Aufgaben nachzukommen.

Die steigenden Raten von Teenagerschwangerschaften und die hohen Zahlen von Kindesvernachlässigung und -misshandlung lassen erkennen, dass ein eigenes Kind Sehnsüchte und Erwartungen erfüllen soll, die Bedürfnisse des Kindes aber unterschätzt werden. Minderjährige erhoffen sich durch ein eigenes Kind der emotionalen Leere der eigenen Familie und der mit fehlendem Schulabschluss verbundenen Perspektivlosigkeit zu entfliehen. Es ist ein Teufelskreis aus sozialer Vernachlässigung, Flucht in frühe Familiengründung, Überforderung, Hilflosigkeit und Gewaltbereitschaft der jungen Eltern – wiederum emotionale und physische Mangelversorgung.

Elterliche Kompetenzen werden in unserer Gesellschaft als selbstverständlich und natürlich gegeben vorausgesetzt. Bedürfnisse von Kleinkindern erfordern bestimmte Notwendigkeiten der Alltagsgestaltung und Lebensplanung. Manche Eltern sind dazu nicht fähig oder nicht bereit. Ihnen muss Wissen an die Hand gegeben werden, das ihnen ermöglicht, ihrem Erziehungsalltag Strukturen zu geben.

Wenn wir – als Fachleute und auch als Elterngeneration – den Auftrag annehmen, Wege der Pädagogik zu finden, die Jugendliche erreichen, müssen wir sie vor allem ernst nehmen mit ihren Wünschen und Sehnsüchten, auch mit ihren Ängsten und Unsicherheiten.

babybedenkzeit – ein Elternpraktikum für Jugendliche

babybedenkzeit möchte als Projekt der Primärprävention Jugendlichen die Chance geben, naive, unreflektierte Lebensträume mit Realitäten zu vergleichen.

Das Projekt nutzt als pädagogisches Instrument die Babysimulatoren RealCare® Baby.

Während eines „Elternpraktikums“ machen Jugendliche ganz persönliche Erfahrungen und eignen sich grundlegendes Wissen über elterliche Aufgaben an. babybedenkzeit basiert auf dem amerikanischen Baby Think It Over Programm, allerdings haben wir sämtliche Unterrichtsmaterialien für deutsche Bedürfnisse erarbeitet.

Jugendliche machen ein „Praktikum als Eltern“ und erleben über mehrere Tage und Nächte wie sich ihr Alltag mit einem eigenen Kind ändern würde. Das Programmhandbuch bietet Arbeitsmaterialien zu verschiedenen Themen des Bereiches Elternschaft und kann je nach Schwerpunkt des Projektes eingesetzt werden.

Die drei grundlegenden Elemente des Programms sind:

RealCare® Baby und unlösbares Armband, realistisches Zubehör und pädagogisches Material für Unterricht und Themenarbeit.

Jugendliche erleben den Alltag mit einem „eigenen Baby“

Die Simulatoren eignen sich in vielerlei Hinsicht gut, richtiges Verhalten zu üben und zu besprechen: Das Baby erfordert Aufmerksamkeit und Pflege, eine grundlegende Veränderung des Alltags und die Tragweite der Aufgabe „Elternschaft“ wird hautnah erfahrbar. Eigenverantwortlich versorgen sie die für eine definierte Praktikumsphase von mehreren Tagen und Nächten programmierten Babys. Sehr wichtig ist eine angemessene Dauer des Praktikums. Je nach Alter der Teilnehmer/innen sollen es mindestens drei Tage und Nächte sein, um die Veränderungen der Alltagsgestaltung, die ein eigenes Kind hervorrufen würde, deutlich zu machen. Auch eine partnerschaftliche Betreuung zu zweit ist möglich. Tagebücher von Eltern Neugeborener lieferten die Basis 15 unterschiedlicher Simulationspläne. Das Baby fordert mit unterschiedlichem Schreien: Füttern, Aufstoßen, Windelwechsel, beruhigendes Wiegen in realistischer Weise und realistischem Zeitaufwand. Es kann zufrieden jauchzen, husten, ist manchmal einfach „nörgelig“ und reagiert auf grobe Behandlung und Gewalt, falsche Lage und fehlende Kopfunterstützung. Die Jugendlichen müssen das Baby rund um die Uhr bei sich haben, um seine Bedürfnisse zu erfüllen.

Schwerpunkte des Projektes

- Was bedeutet Erziehung und Elternverantwortung
- Bedürfnisse von Eltern und Kindern, Partnerschaft, Familie, Lebensformen
- Ernährung und Versorgung von Kleinkindern
- Gesundheit und Risiken in Schwangerschaft und Kleinkindalter

Information, Arbeitsmaterialien und eigenes Erleben vermitteln Grundlagen der Prävention von

- Kindesmisshandlung
- psychischer und physischer Kindesvernachlässigung
- unreflektierten Lebensentscheidungen
- Schwangerschaften Jugendlicher
- Gewalt gegen Kinder

Erfahrungen

Das Interesse der Jugendlichen und ihrer Bereitschaft, sich mit Elternschaft und daraus resultierender Verantwortung auseinander zu setzen, ist überwältigend. Offensichtlich werden sie mit einem Bedürfnis ernst genommen, welches sie sehr bewegt, mit dem sie sich in ihren Lebensplänen und Zukunftsträumen beschäftigen möchten. Deutlich wurde eine große Unwissenheit Heranwachsender in Bezug auf frühkindliche Gesundheit und Bedürfnisse, auf Ursachen und Auswirkungen inadäquater Versorgung und Gewaltausübung gegen Kinder und eine unrealistische Beurteilung der langfristigen Verantwortung als Eltern.

Und jetzt Familie? Verhütung, Elternschaft und Familie – peer-education mit jungen Migranten/innen

Ayse Can, Monika Steininger

Interkulturelle Kompetenz im Rahmen der Sexualpädagogik, Ayse Can

Laut dem Statistischen Landesamt (Dezember 2002) lebten in Hamburg 14.245 Migrantinnen zwischen 10 und 20 Jahren, die aus 42 Ländern stammen. Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch von Minderjährigen war im Jahr 2003 ein wichtiges Thema:

- 2002 wurden in der Bundesrepublik 7.443 und in Hamburg 206 Schwangerschaftsabbrüche von Minderjährigen registriert.
- 2001 wurden in der Bundesrepublik 7.447 und in Hamburg 175 Lebendgeborene von minderjährigen Müttern registriert.
- Im 2. Quartal 2003 hatten in Hamburg 52 Mädchen im Alter von 15-18 Jahren einen Abbruch; wie groß dabei der Anteil von Migrantinnen ist, kann nicht differenziert werden.
- Pro Familia verfügt über eine eigene Statistik, jedoch sind die Zahlen schwer zu ermitteln, weil einige Migrantinnen die deutsche Staatsbürgerschaft haben und damit nicht als Migrantinnen erfasst werden.
- Im Jahre 2003 haben sich 27 minderjährige nicht deutsche Mädchen unter 18 Jahre beraten lassen (18-24 Jahre: 125 Frauen).
- Laut Berichten vom Familienplanungszentrum und Pro Familia kann man aber sagen, dass die Zahl von nichtdeutschen Mädchen, die minderjährig schwanger werden, im Vergleich zu deutschen schwangeren Minderjährigen, sehr gering ist.

Schwerpunkte interkultureller sexualpädagogischer Arbeit:

- Bei unserer Arbeit beobachten wir oft, dass nicht-deutsche Mädchen sich von der Aufklärungsarbeit nicht angesprochen fühlen. Das liegt vor allem daran, dass sie vorrangig andere Fragestellungen als deutsche Mädchen haben, wie z.B. (ich darf sowieso kein Freund haben, usw.).
- Laut einer UNICEF-Studie sind minderjährige schwangere Mädchen meistens arm und vernachlässigt aufgewachsen, aus Familien mit wenig Bildungsperspektiven, später stark von Benachteiligung und Armut bedroht.
- Im Falle einer Schwangerschaft (oder Verlust der Jungfräulichkeit) haben Jugendliche mit Migrationshintergrund ein großes Problem.
- Deshalb ist präventive Arbeit für Migrantinnen sehr wichtig. Sie brauchen offene, neugierige Ansprechpartnerinnen, bei denen sie sich nicht verstellen oder rechtfertigen müssen.

Ich möchte jetzt kurz über islamische und postmoderne Erziehungsstrukturen sprechen.

Danach werde ich auf die Lebensbedingungen von Jugendlichen in der Migration kurz eingehen. Abschließend werde ich die Leitlinien der interkulturellen Arbeit vorstellen. In den islamischen und postmodernen Lebensformen gibt es unterschiedliche Erziehungsvorstellungen. Dabei möchte ich betonen, dass es hierbei nicht um die gesamte islamische bzw. postmoderne Gesellschaft geht. Die strukturellen Lebensverhältnisse sind u. a. abhängig von der Gesellschaftsschicht, dem Bildungsgrad und der finanziellen Situation. Die nachfolgenden Erziehungsvorstellungen sollen vielmehr die Tendenzen verdeutlichen.

Postmoderne Erziehungsziele:

- Mädchen/Jugendlichen wird sehr viel Selbstverantwortung zugestanden
- Freie Entfaltung des Individuums
- Unabhängigkeit
- Konkurrenzfähigkeit
- Mut zum Konflikt
- Größere Möglichkeit für Abweichungen von Normen

- Selbstentfaltung ohne Ausschluss aus der Bezugsgruppe
- Freizügiges Sexualeben
- Abbau von Autoritätsstrukturen zugunsten demokratischer Strukturen

Negative Ausprägung aus islamischer Sicht:

- Orientierungslosigkeit
- Eigene Bedürfnisse ohne Rücksicht auf andere in den Vordergrund stellen
- Niedriges Zusammengehörigkeitsgefühl
- Einsamkeit, Vereinzelung
- Rücksichtslosigkeit gegenüber anderen
- Machtkampf zwischen Frau und Mann
- Haltlosigkeit
- Suchen nach Grenzen
- Frühzeitige sexuelle Erfahrung
- Häufige Partnerwechsel
- Ehe und Familie haben einen nicht so wichtigen Stellenwert

Die Erziehungsziele der islamischen Lebensform:

- Mann (Sohn): selbstbewusste Interessenvertretung nach außen, Stärke und Verteidigungsbereitschaft seiner Familie/seines Umfelds
- Frau (Mädchen): Zurückhaltung, Orientierung nach innen (d. h. in der Familie)
- Mann und Frau: Gehorsamkeit gegenüber Autoritäten, wie älteren Familienmitgliedern
- klare Rollenverteilung und Hierarchie
- Sexualität soll nur in der Ehe gelebt werden
- Ehe und Familie haben einen wichtigen Stellenwert

Negativ aus deutscher Sicht:

- Aggressives „Macho“-verhalten von Männern durch ihre Rollenwahrnehmung
- Fremdbestimmung, „Unterdrückung“
- Autoritätshörigkeit
- wenig Kontakt zwischen den Geschlechtern
- Innerfamiliäre Tabuisierung der Sexualität, keine Aufklärung, wenig Wissen über Sexualität; Homosexualität wird abgelehnt
- Überanpassung, damit ist Gehorsamkeit ohne Hinterfragen gemeint
- Geringe Möglichkeit für Abweichungen von den gesellschaftlichen Normen

Wenn wir exemplarisch die beiden Erziehungsziele vergleichen, wird ganz deutlich, dass beide Seiten die jeweils andere kritisieren und dass beide Lebensformen ihre Vor- und Nachteile haben. Der jetzige Zustand, wie die Deutschen und viele Nichtdeutschen zusammenleben, spiegelt diese Art der Begegnung wieder. Im interkulturellen Ansatz geht es darum, zu dem Verständnis zu kommen, dass es keine „richtige und falsche“ Erziehungsvorstellung gibt, sondern vieles parallel möglich ist. Das bedeutet auch, vieles, was mir vielleicht nicht passt, auszuhalten oder stehen lassen zu können. Was manchmal nicht so leicht ist.

Interkulturelle Haltung

Der interkulturelle Ansatz stellt besondere Anforderungen an die Frauen und Männer, die in einem Team arbeiten sowie an die Einrichtungen, die sich mit dem Thema auseinandersetzen:

Es bedeutet, die Überwindung von rassistischen Denkmustern und persönlichen Begrenzungen im Umgang mit dem Fremden und die Neugier auf Neues, Anderes und Ähnliches. Diese Begrenzungen sind gerade im Bereich der Sexualität, dem Geschlechterverhältnis deutlich zu spüren. Das Fremde erst einmal als etwas Fremdes zu akzeptieren und nicht in eigene Wertesysteme hineinzupressen, bedeutet für die Einzelne bzw. die einzelne Pädagogin ein hohes Maß an Selbstreflexion. Das heißt aber nicht, dass es den Pädagogen nicht erlaubt ist, eventuell auch eine kritische Hal-

tung gegenüber kulturspezifischen Phänomenen einzunehmen. Neugier auf das Fremde, Neue, Andere ist eine wichtige Voraussetzung für die interkulturelle Arbeit.

Und es erfordert von Pädagoginnen:

- Fähigkeit und Bereitschaft zur Selbstreflexion
- Auseinandersetzung mit rassistischen Strukturen
- die persönliche Auseinandersetzung mit dem Eigenen und dem Fremden
- die bewusste Positionierung im Normen- und Wertesystem in Hinblick auf Sexualität und Partnerschaft
- Konfliktfähigkeit
- Aneignung von kulturspezifischem Wissen, um gesellschaftliche Zusammenhänge, Verhaltensmuster und die Heterogenität von kulturellen Gruppen besser zu verstehen
- Institutionelle Öffnung bedeutet, dass dieses Thema von der Institution und dem gesamten Team getragen wird und Mitarbeiter durch Fortbildungen und Projekte unterstützt werden
- Die multikulturelle Teamzusammensetzung birgt in sich die Auseinandersetzung mit dem Thema „Interkultureller Kompetenz“. Eine Migrantin im Team kann Vorbildfunktion für Jugendliche einnehmen
- Kenntnisse über mögliche Kommunikationsprobleme für Sprecherinnen, die auf eine Zweit- bzw. Fremdsprache angewiesen sind. Und Wissen über die möglichen Auswirkungen sprachlicher Hierarchien
- Elternarbeit
- Geduld und langer Atem

Interkultureller Ansatz bzw. Lernen ist im Grunde eine lebenslange Aufgabe, die nicht mit dem Erreichen eines bestimmten Lernziels als abgeschlossen betrachtet werden kann. Sie erfordert die ständige Auseinandersetzung mit den eigenen und von außen herangetragenen Positionen.

Abschließend möchte ich betonen, dass dieser Arbeitsansatz neben der vielen Auseinandersetzungsprozessen Lebendigkeit und Freude in sich trägt und auch Pädagoginnen die Chance bietet, mehr von sich zu erfahren.

Jugendliche beraten Jugendliche am Kinder- und Jugendtelefon Hamburg, *Monika Steininger*

Das Kinder- und Jugendtelefon gibt es in Hamburg seit 29 Jahren. Erwachsene, professionelle Berater/innen sind montags bis freitags in der Zeit von 15.00 bis 19.00 Uhr unter der gebührenfreien **Rufnummer 0800 111 0 333** zu erreichen. Außerdem hat das Kinder- und Jugendtelefon seit Sommer 2000 auch am Samstagnachmittag von 14.00 bis 19.00 Uhr Sprechzeit. In dieser Zeit beraten ehrenamtlich die jugendlichen Berater/innen des Projektes „Jugendliche beraten Jugendliche am Telefon“.

Beim Kinder- und Jugendtelefon können Kinder und Jugendliche zu jedem Thema, mit jedem Problem anrufen. Wir hören zu, klären den konkreten Bedarf und begeben uns auf die gemeinsame Suche nach Lösungswegen. Durch Informationen über spezialisierte Beratungseinrichtungen und die Arbeit der Behörden bauen wir Hemmschwellen ab und motivieren Anrufer/innen, wenn ihre Probleme es erfordern, eine weiterführende Beratung oder Betreuung in Anspruch zu nehmen.

Ziel der Beratung ist es, die Anrufer/innen zu stärken und ihnen Mut zu machen. Die Beratung ist anonym und findet ausschließlich am Telefon statt. Gerade diese geschützte Situation ermöglicht es den Anrufern/innen Schwierigkeiten mit Liebe und Sexualität zu thematisieren:

Im Jahr 2003 wurden 3080 Beratungsgespräche geführt. Davon gingen zum Thema Partnerschaft und Liebe 925 Anrufe ein, zum Themenbereich Sexualität waren es 768 Anrufe. (Einzelthemen zur Sexualität in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit: Schwangerschaft, das erste Mal, sexuelle Praktiken, sexuelle Neigung, Verhütungsmethoden, körperliche Entwicklung, Aufklärung, Arztbesuch, AIDS).

Die Grundidee des Projekts „Jugendliche beraten Jugendliche am Telefon“ ist die Beteiligung von Jugendlichen an gesellschaftlichen Aufgaben, die sie mit ihrer speziellen Kompetenz als Jugendliche besonders gut erfüllen können. Sie sind den Fragen und Problemen der Anruferinnen und Anrufer in vielen Fällen näher, können sich gut in diese einfühlen und dadurch mit den Anrufern/innen gemeinsam Lösungsmöglichkeiten entwickeln. Außerdem sprechen sie die Sprache der Jugend, wissen was in und was out ist.

Bei unserem Projekt handelt es sich um die Form des Peer-Counseling, d. h. ein/e jugendliche/r Berater/in ist die Ansprechperson für eine/n Anrufer/in.

Dem Aufruf, sich als ehrenamtliche/r Berater/in ausbilden zu lassen, um samstags am Hamburger Kinder- und Jugendtelefon für Gleichaltrige da zu sein, sind im Frühjahr 2000 über 30 Jugendliche zwischen 15 und 18 Jahren gefolgt. Nach einem Informationsnachmittag wurde die Ausbildungsgruppe zusammengesetzt. 16 Jugendliche begannen die Ausbildung im April 2000. Inzwischen haben wir drei Gruppen ausgebildet und beginnen im Frühjahr 2004 mit einer vierten Ausbildungsrunde.

Die 60-stündige Ausbildung erstreckt sich über ein halbes Jahr. In 11 Ausbildungseinheiten, die jeweils an einem Samstag und/oder Sonntag stattfinden, arbeiten drei Ausbilder/innen mit den Jugendlichen an verschiedenen Themen.

Alle drei Ausbilder/innen sind ehemalige Kinder- und Jugendtelefon-Berater/innen, sie haben eine pädagogisch/psychologische Ausbildung und eine therapeutische Zusatzqualifikation.

Im ersten Ausbildungsblock geht es um Kommunikation, Sensibilisierung und Beratungsstile um themenzentrierte Interaktion und Gesprächsführung. Im zweiten Ausbildungsblock wird an den Problemfeldern gearbeitet, die am häufigsten in der Telefonberatung auftauchen: Sexualität, Partnerschaft und Liebe, Probleme in der Familie, Probleme mit sich selbst, Gewalt, Sucht und Suizid. Fester Bestandteil ist die sexualpädagogische Ausbildungseinheit, die von einer Sexualpädagogin des Familienplanungszentrums durchgeführt wird. Gegen Ende der Ausbildung hospitieren die zukünftigen Telefonberater/innen bei den Kollegen/innen, die von Montag bis Freitag am Kinder- und Jugendtelefon beraten.

Die Jugendlichen verpflichten sich, nach der Ausbildung ein Jahr lang mindestens einmal im Monat an einem Samstag Telefondienst zu machen und regelmäßig an der Supervision teilzunehmen. Nach einem Jahr erhalten sie ein Zertifikat, das ihnen ihre Tätigkeit am Kinder- und Jugendtelefon bescheinigt.

Interessant sind die Motive der Jugendlichen, sich in diesem Projekt zu engagieren. Ein großer Teil formuliert den Wunsch, anderen jungen Menschen helfen zu wollen. Sie begründen das damit, dass es ihnen selbst gut geht, sie ein intaktes Zuhause haben und etwas davon abgeben wollen. Einige streben auch einen sozialen Beruf an und empfinden die ehrenamtliche Tätigkeit am Kinder- und Jugendtelefon als Vorbereitung darauf. Andere sind einfach neugierig oder sie wurden durch soziale Projekte in der Schule motiviert sich zu engagieren. Nur wenige sind selbst in einer problematischen krisenhaften Lebenssituation und erhoffen sich Hilfe durch die Teilnahme an dem Projekt. Unsere Erfahrung ist, dass diese Jugendlichen schon während der Ausbildung merken, dass sie sich überfordern und die Ausbildung in den meisten Fällen abbrechen.

Der Kontakt zwischen dem professionellen Beraterteam und dem Projekt "Jugendliche beraten Jugendliche" findet statt zum einen durch die Hospitation, zum anderen durch punktuell stattfindende gemeinsame Teamsitzungen oder Fortbildungen. Außerdem stellen die Kinder- und Jugendtelefon-Berater/innen den Hintergrunddienst während der Beratungszeit der Jugendlichen. Dieser Hintergrunddienst soll bei besonders schwierigen Beratungsgesprächen den Jugendlichen zur Seite stehen und das Gespräch eventuell auch übernehmen. Belastende Telefonate können gleich im Anschluss besprochen und supervidiert werden.

Das Engagement, die Begeisterung und die Zuverlässigkeit der an dem Projekt teilnehmenden Jugendlichen zeigt, dass die Partizipation von Jugendlichen in diesem Bereich sinnvoll und erfolgreich ist. Die Jugendlichen lernen viel für ihre eigene persönliche Entwicklung und ziehen so Nutzen aus ihrem Engagement für andere.

Jungen werden doch nicht schwanger!

Ralf Specht

Angebote für Jungen zum Thema „Schwangerschaft“ sind in der Veranstaltungslandschaft der Jugendhilfe und Schulsozialarbeit kaum zu finden und zum Thema „Teenagerschwangerschaft“ sind sie auch die Ausnahme. „Schwangerschaft“ ist bisher in der inzwischen wohl etablierten Jungenarbeitsszenarie ein vernachlässigtes Thema, und auch Jungen selbst stellen in sexualpädagogischen Veranstaltungen zumeist andere Fragen.

Entsprechend ging es im Workshop nicht um die Vorstellung bewährter Programme und Seminarformen und auch nicht um die Vorstellung von Untersuchungsergebnissen.

Vielmehr wurde das Interesse der über 20 anwesenden Männer und Frauen zum Thema als Ausgangspunkt genutzt, um Ideen zu diskutieren und Meinungen und Erfahrungen auszutauschen. Ziel war es dabei, den Stellenwert des Themas „Schwangerschaft“ für Jungen in der Praxis unterschiedlicher pädagogischer Handlungsfelder auszuloten und geeignete Unterstützungsformen zu diskutieren.

Als Einstieg präsentierten die Referenten vier kontroverse Thesen bzw. Aussagen und luden die Teilnehmer/innen ein, in Kleingruppen Meinungen und Standpunkte dazu auszutauschen. Im gemeinsamen Plenum wurden anschließend die Inhalte der Kleingruppendiskussionen und die Standpunkte erfragt und durch Beiträge der anderen Teilnehmer/innen und der Referenten ergänzt.

Es ergab sich dadurch ein sehr lebendiger Erfahrungsaustausch, der hier nur in der gebotenen Kürze zusammengefasst werden kann:

These 1: Jungen verstummen schnell, wenn es um Beziehungsthemen geht; erst recht beim Thema Schwangerschaft!

Diese These fand überwiegend Zustimmung. Es wurde festgestellt, dass es für Erwachsene eher, leichter und unvermittelter möglich ist, mit Mädchen über Beziehungsthemen ins Gespräch zu kommen. Für Jungen sind Gruppengespräche über Gefühlsthemen tendenziell ungewohnt und häufig angstbesetzt, da sie befürchten, sich zu blamieren oder gar ausgelacht zu werden. Jedoch konnten die Teilnehmer/innen von einigen gelungenen Gesprächen mit Jungen auch über das Thema Schwangerschaft berichten.

Im Sinne einer „good practice“ wurde festgestellt, dass das Reden in der Gruppe geübt werden kann, wobei klare Gesprächsregeln und eine methodisch lebendige Durchführung helfen. Heikle Beziehungsthemen lassen sich meist erst in „geübten Gruppen“ durchführen und verlangen ein Vertrauensverhältnis untereinander und zur Leitung.

These 2: Jungen fühlen sich für Verhütung weniger verantwortlich als Mädchen.

Diese These wurde uneinheitlich diskutiert. Einer anfänglichen Zustimmung folgten im Gesprächsverlauf immer mehr Stimmen, die von einer hohen Verhütungsverantwortung von Mädchen und Jungen berichteten.

Es wurde festgehalten, dass die Verhütungsverantwortung mehr von Kontextfaktoren, wie z.B. von Gruppenzugehörigkeit, Milieu, Kultur etc. abhängig ist, als vom Geschlecht.

These 3: Jungen haben niemanden, mit dem sie über Ängste und Probleme hinsichtlich ungewollter Schwangerschaften reden können.

Dieser These wurde mehrheitlich zugestimmt. Die Teilnehmer/innen bestätigten Untersuchungsergebnisse, die belegen, dass Jungen sich im Verhältnis zu Mädchen immer noch seltener mit Problemen an Erwachsene wenden und davon ausgehen, Probleme alleine lösen zu müssen. Dies trifft um so eher zu, je heikler das Problem erscheint und je ungewohnter Gespräche z. B. über Gefühle sind. Auch können kulturelle Normen und das Herkunftsbzw. Umgebungsmilieu ein Einge-

ständnis von Angst und Unsicherheit erschweren. Aber auch zu dieser These gab es positive Erfahrungen in der Form, dass sich Jungen mit ihren Ängsten und Problemen zu Fragen der Verhütung und Schwangerschaft an Lehrerinnen und Pädagogen gewendet haben. Hierbei war es nicht unbedingt ausschlaggebend, dass ein langjähriges Vertrauensverhältnis vorlag.

These 4: Kommt es zu einer Schwangerschaft, hauen Jungen ab.

Diese These wurde kontrovers diskutiert. Einerseits wurde festgestellt, dass Jungen sich beim Eintritt einer Schwangerschaft der Verantwortung entziehen. Einige Teilnehmer/innen hingegen berichteten von Jungen, die ihre schwangere Partnerin verlässlich unterstützten und begleiteten. Zudem waren auch einige wenige Fälle bekannt, in denen eine „Abwesenheit“ der Jungen darin begründet lag, dass sie in den Entscheidungs- und Beratungsprozess einer eingetretenen Schwangerschaft nicht einbezogen worden sind.

Fazit

„Schwangerschaft“ ist für Jungen ein verunsicherndes, ungewohntes und häufig angstbesetztes Thema. Sie werden in der Regel durch keine Sozialisationsinstanz auf eine Auseinandersetzung mit einem Schwangerschaftskonflikt vorbereitet. Versuche, über das Thema Schwangerschaft „unvermittelt“ ins Gespräch zu kommen, scheitern meistens.

Eine frühzeitige Thematisierung von Gefühlsthemen, das Zugeständnis von Ängsten und Unsicherheiten und das Einüben einer „angstfreien“ Kommunikation über sexuelle Themen, etwa im Unterricht oder durch Beratungsstellen, können dazu beitragen, auch „Schwangerschaft“ als Jungenthema zu etablieren. Ein entsprechendes Problembewusstsein unter Pädagogen ist mittlerweile z. T. vorhanden und konnte bei den Teilnehmer/innen durch den Austausch gestärkt werden.

In der pädagogischen Praxis steht dieser Prozess aber erst am Anfang.

„...jetzt bloß kein Kind!“ – Schwangerschaftsabbrüche bei minderjährigen Mädchen Prävention, Beratung, medizinischer Eingriff

Bärbel Ribbert, Annette Rethemeier und Helga Seyler

Prävention und Versorgungslage in Hamburg, Bärbel Ribbert

Strukturell gute Versorgungslage mit Beratungsstellen und Praxen bzw. Ärzten bzw. Ärztinnen, die einen Schwangerschaftsabbruch (im Folgenden: SSA) kompetent durchführen. Diese positive Bewertung treffen wir aus Sicht der Erreichbarkeit für Jugendliche, allerdings muss man in Bezug auf Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen anmerken, dass Hamburg den gesetzlich vorgeschriebenen Beraterinnenschlüssel von 1:40.000 Einwohnern nicht erfüllt.

Qualitativ: Unterschiedliche Erfahrungswerte mit Ärzten/Ärztinnen im Umgang mit jungen Patientinnen (z. B. Umgang mit Verslossenheit/mit unterschiedlichen Gefühlslagen; kulturelle Vielfalt; moralisierendes oder Rat gebendes Verhalten; Umgang mit Einwilligungsfähigkeit)

Informationsdefizite bezogen auf rechtliche Situation, medizinischen Eingriff und psychische Folgen (nicht nur bei Jugendlichen selbst, sondern häufig auch bei zu Rate gezogenen Erwachsenen, im Übrigen berufsgruppenübergreifend: Ärzte/Ärztinnen, Beraterinnen u. a.

Häufig herrscht auf Seiten von Erwachsenen Unsicherheit bezogen auf eine altersgerechte Kommunikation über Sexuelles im Allgemeinen und zu SSA im Besonderen (Sprache, anschauliche Vermittlung, kulturelle Aspekte u. a.)

Im Präventionsbereich: häufig wird über Schwangerschaftsabbruch gar nicht gesprochen oder diese Möglichkeit nur am Rande benannt (selten sachlich, meist warnend-moralisierend, abschreckend).

Unzureichende finanzielle Förderung außerschulischer Sexualpädagogik (Hamburg bildet das Schlusslicht im Ländervergleich bei der öffentlichen Finanzierung von Sexualpädagogik in Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen. Völlig unverständlich vor dem Hintergrund steigender Teenagerschwangerschaften ist, dass Hamburg Sparmaßnahmen in vielen außerschulischen Mädcheneinrichtungen vorgenommen hat, die lange Zeit wichtige präventive Arbeit geleistet und eine wertvolle Vernetzung gesichert haben (z. B. Dolle Deerns).

Gesamtgesellschaftlich: Tabuisierung des Schwangerschaftsabbruchs; Vorurteile z. B. gegenüber dem Eingriff und den Mädchen und Frauen, die einen SSA vornehmen (lassen).

Die Erfahrungen aus unserer beruflichen Praxis zeigen uns, dass Jugendliche über ein diffuses Halbwissen verfügen. Vorurteile, Mythen, Falschinformationen werden häufig via Internet, TV gespeist. Aber auch Personen ihres persönlichen Umfeldes nehmen Einfluss auf eine leider oft einseitige Meinungsbildung.

Ein kleiner Ausflug ins Reich der Mythen und Märchen, die sich um den Schwangerschaftsabbruch ranken, spiegeln verschiedene Facetten einer verbreiteten Haltung gegenüber dem Schwangerschaftsabbruch wider.

- Wer verhütet, wird nicht schwanger. (Kein Verhütungsmittel bietet 100%ig sicheren Schutz vor einer ungewollten Empfängnis. Egal, wie erfolgreich Prävention betrieben wird: ungewollte SS hat es in der Menschheitsgeschichte und kulturenübergreifend immer gegeben und wird es wahrscheinlich immer geben und damit auch für viele Frauen die Entscheidung zum SSA.)
- Wer einen SSA vornehmen lässt, riskiert nie mehr schwanger werden zu können. (Wer in Hamburg unter medizinisch guten Bedingungen einen SSA durchführen lässt, bleibt fruchtbar, könnte – was relevant im Rahmen der Prävention ist – bereits im nächsten Zyklus wieder schwanger werden.)
- Wer einen SSA vornehmen lässt, muss ins Krankenhaus und bekommt eine Vollnarkose. (Nicht

nur in Hamburg werden SSA meist ambulant durchgeführt, Mädchen und Frauen können zwischen verschiedenen Methoden wählen).

- Wer einen SSA macht, ist jung und hat nicht anständig verhütet oder ist Karrierefrau, die sich grundsätzlich für ihren Beruf und gegen Kinder entscheidet. (Laut Datenlage des Statistischen Bundesamtes hat jede zweite Frau, die sich in Deutschland zum SSA entscheidet, ein oder mehrere Kinder; das Durchschnittsalter liegt bei 29 Jahren. Hochgerechnet entschließt sich etwa jede dritte Frau einmal in ihrem Leben zu einem SSA.)
- Wer einen SSA durchführen lässt, erlebt den SSA als traumatisch, oft mit lebenslangen Folgen. (Wie Mädchen und Frauen einen SSA psychisch verarbeiten ist sehr unterschiedlich, verschiedene Gefühlslagen vor, während und nach einem SSA sind möglich. Nur selten sind sie so dramatisch, wie der Mythos suggeriert. Hierzu in den Ausführungen meiner Kollegin später mehr).
- Jungen machen sich aus dem Staub, wenn ihre Freundin ungeplant schwanger wird. (Jungen tauchen in der Diskussion um eine ungeplante SS meist nicht auf oder werden als schuldige Erzeuger behandelt. Ihre Gefühle, Ängste und Meinungen wurden in Beratung und Präventionsangeboten bislang zu wenig berücksichtigt.)

Hauptpräventionsbotschaft ist für Jugendliche zumeist: „Eine ungeplante Schwangerschaft darf nicht passieren! Um dies zu verhindern nimm die Pille oder das Kondom.“ Und wenn ein Mädchen dann doch ungeplant schwanger wird, sei es, weil die Verhütung versagt hat oder sie aus lauter Lust spontanen Sex hatte, herrscht Ratlosigkeit, da die Präventionsbotschaften zumeist sowohl das Austragen von Teenagerschwangerschaften als auch die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen ablehnen, ausklammern oder verurteilen.

Was wollen die Jugendlichen?

Die Frage danach, was Jugendliche wollen, ist gar nicht so leicht zu beantworten. Hierzu zwei Annäherungsversuche:

Fragt man Jugendliche vor einer sexualpädagogischen Veranstaltung nach ihren Wünschen, wird das Thema SSA oder ungeplante SS zumeist nicht gewählt. Die meisten interessiert diese Fragestellung nicht sehr, da dieser mögliche Teil der Familienplanung von der Lebensrealität der meisten Jugendlichen weit entfernt zu sein scheint. Jungen interessieren diese Fragen dabei noch weniger als Mädchen. Die meisten Jugendlichen wollen irgendwann Kinder haben, aber erst die Schule beenden, eine Ausbildung machen, um dann „einem Kind etwas bieten zu können“. Die meisten Jugendlichen hoffen, wie übrigens Erwachsene auch, das ihnen „das“ mit einer ungeplanten Schwangerschaft selbst nicht passiert.

Geht man von den Mädchen und Jungen aus, die in die Situation geraten, ungeplant schwanger zu werden, ergibt sich ein anderes Bild. Sind Jugendliche in einem Beratungsgespräch zum SSA entschieden, wünschen sie sich vor allem sachliche Informationen und einen Ort, an dem sie, ohne zusätzliche moralisierende Vorhaltungen zu bekommen, ihre Fragen rund um einen möglichen SSA besprechen können. Viele sind auch erleichtert, wenn sie über ihre unterschiedlichen – zum Teil ambivalenten – Gefühle reden können. Jungen werden bisher im Schwangerschaftskonflikt zumeist nicht in den Blick genommen, sind aber in Beratungsgesprächen froh, wenn sie auch nach ihrem Befinden und ihrer Meinung gefragt werden oder Hinweise erhalten, wie sie ihre Freundin praktisch unterstützen können.

Was fehlt Jugendlichen im Kontext von Beratung – Prävention – medizinischem Eingriff des Schwangerschaftsabbruchs?

Sachliche und differenzierte, jugendgerechte Informationen zum Entstehen einer Schwangerschaft sowie zum Thema „Elternschaft lernen“, zu Gesetz, Praxis und dem medizinischen Eingriff des SSA sowie zur psychischen Situation vor, während und nach einem Eingriff. (Differenzierte) Berichte über Mädchen und Frauen, die sich zu einem SSA entschließen (z. B. in Schriftform, Videos). Niedrigschwellige Zugänge zu Beratungs- und medizinischen Angeboten.

Im Rahmen von Präventionsangeboten: ein Raum zur Diskussion verschiedener Haltungen und die Möglichkeit über verschiedene Gefühle zu reden, auf dem Weg zu einer eigenen Orientierung und (prozesshaften) Meinungsbildung.

In Beratungssituationen: Berücksichtigung kulturenspezifischer sowie geschlechtsspezifischer Blickwinkel (z. B. Angebote auch für Jungen).

Was können wir verändern?

Konkrete Zielvorstellungen zur Verbesserung der Situation von Jugendlichen im Kontext des Themas Schwangerschaftsabbruch

SSA und Schwangerschaft als explizite Fragestellung mehr, sachlicher und jugendgerechter thematisieren, d. h. konkret:

- Einbindung in allg. sexualpädagogische Maßnahmen mit Zielrichtung einer selbstbestimmten, verantwortungsbewussten Sexualität
- in den Schulunterricht integrieren (fächer- und altersübergreifende Möglichkeiten nutzen). Das Thema sollte in einem angemessenen Umfang behandelt werden
- Ergänzung durch außerschulische Angebote, z. B. in Beratungsstellen, Arztpraxen; Abbau von Hemmschwellen
- Fortbildung von Beratern/Beraterinnen, Ärztinnen und Ärzten, Lehrern, Lehrerinnen, Eltern(teile) u. a. zur Information, Entdramatisierung, Praxis- und Selbstreflexion
- Gesellschaftliche Diskussion fördern (u. a. Vorurteilen begegnen durch Aufklärung)
- Bessere Vernetzung und Kooperation der beteiligten Stellen im Interesse von Jugendlichen (schulisch/außerschulische Angebote, Ärzte-Beratungsstellen, Eltern-Beratungsstellen...)
- Absicherung der öffentlichen Förderung von außerschulischer Sexualpädagogik

Geplante bzw. in Arbeit befindliche Maßnahmen von pro familia und FPZ Hamburg:

Erstellen von zwei Broschüren für Teenager zu Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch
Fortbildungsangebote für ErzieherInnen, Berater/Beraterinnen, Ärztinnen und Ärzten, Lehrer, Lehrerinnen, Eltern(teile)

Erfahrungen aus der Beratung, Annette Rethemeier

Ein Beispiel:

Laura ist 17 und weiß seit zwei Wochen, dass sie schwanger ist. Mit ihrem gleichaltrigen Freund Niklas kommt sie in die Sprechstunde zur gesetzlich vorgeschriebenen §219-Beratung. Beide haben sich entschieden, die Schwangerschaft abbrechen zu lassen. Sie geht in die 11. Klasse und will so schnell wie möglich ihr Abitur machen. Dafür braucht sie alle verfügbare Energie. Darüber hinaus hat sie vage Pläne, was sie nach Abschluss der Schule machen will. Wie die Alternative, also ein Leben mit Kind aussehen könnte, ist nichts, was sie sich zur Zeit in irgendeiner Weise konkret vorstellen kann und will. „Ich will ein Kind, aber erst in ein paar Jahren. Ich habe doch noch gar keine Basis dafür. Erst mal muss ich selber wissen, was ich will und reif genug sein, um einem Kind das bieten zu können, was es braucht – materiell und überhaupt. Wenn ich jetzt ein Kind kriege und mein eigenes Leben nicht auf die Reihe kriege, das würde ich womöglich dann dem Kind übel nehmen. Aber so ein Wurm kann doch nichts dafür, das kann ich dem doch nicht antun.“ Die Eltern ihres Freundes leben getrennt. Ihm sei es wichtig, dass eine Partnerschaft einigermaßen gefestigt ist, bevor ein Kind kommt. „Wir haben doch noch gar nichts zusammen durchgemacht! Ich weiß, dass es keine Garantie gibt. Aber ich möchte schon gern ziemlich sicher sein, dass die Beziehung hält und mein Kind mit beiden Eltern aufwächst.“ Am meisten ist Laura damit im Hader, dass sie überhaupt schwanger geworden ist. Sie hatte vor einigen Wochen einen heftigen Infekt und bekam ein Antibiotikum verschrieben. Sie nimmt sich übel, dass sie den Warnhinweis auf dem Beipackzettel ihrer Pille nicht mehr im Kopf hatte. Ihr Internist hatte sie nicht nach ihrer Art zu verhüten gefragt. Für Laura ist die Entscheidung gegen ein Kind in ihrer gegenwärtigen Situation völlig klar. Vor dem Abbruch hat sie dennoch Angst: ein bisschen vor den Schmerzen, auch davor, dass ihr jemand vorhalten könnte, dass sie ungeplant schwanger geworden ist, vor allem aber davor, eventuell später nicht mehr schwanger werden zu können – quasi als verspätete Bestrafung für die jetzige Entscheidung.

Was ist „typisch“ an dem Beispiel?

So wie Laura kommen viele Mädchen und junge Frauen zu uns: Von der Erkenntnis, ungewollt schwanger geworden zu sein, fühlen sie sich einerseits zunächst überrumpelt, andererseits treffen

sie oft ziemlich schnell eine Entscheidung. Fast alle haben jemanden, mit der oder dem sie darüber reden können, suchen Verständnis, Unterstützung, manchmal Trost. In die Beratung kommen sie seltener allein als erwachsene Frauen. Sie bringen den Partner, ihre beste Freundin und/oder Eltern bzw. andere erwachsene Vertrauenspersonen mit, teilweise auch aus der Befürchtung heraus, dass die Beraterin einseitig oder womöglich manipulativ, vorwurfsvoll oder auf andere Weise unfreundlich sein könnte. Erst wenn sie das Gespräch offen, respektvoll und zugewandt erleben, trauen sie sich Fragen zu stellen und Befürchtungen zu äußern.

Für uns Beraterinnen ist oft erstaunlich, wie präzise viele dieser Mädchen und jungen Frauen Bilanz ziehen, wenn sie ihre Entscheidung begründen: hinsichtlich der Einschätzung ihrer eigenen Kräfte und Fähigkeiten, der ihrer Freunde, falls die Beziehung noch intakt ist, auch hinsichtlich der Haltungen und Angebote, die sie im familiären Kontext zu erwarten haben.

Uns fällt auch auf, wie unklar oder gar falsch die Vorstellungen von einem Schwangerschaftsabbruch sind. Falls die Mädchen mit einer Ärztin oder einem Arzt über ihre Entscheidung gesprochen haben, bekommen sie dort im Regelfall die Adresse einer Praxis oder Tagesklinik genannt, wo der Abbruch in Vollnarkose durchgeführt wird. Begründet wird diese Empfehlung oft damit, das sei das Beste, da sie dann „nichts davon mitkriegen“ müssten. Das verstärkt bei den Mädchen die Vorstellung, der Abbruch müsse schlimm und schwer zu verkraften sein.

Gerade deswegen ist es für uns besonders wichtig, präzise, ausführlich und gut verständlich über den Schwangerschaftsabbruch zu informieren und uns viel Zeit zu nehmen für die Fragen, Vorstellungen und Befürchtungen der Mädchen. Unsere Informationen über die verschiedenen zur Verfügung stehenden Methoden können verwirren, da sie mit vage bestehenden inneren Bildern über den Abbruch nicht übereinstimmen. Manchmal fühlen sich die Mädchen auch mit der Wahl überfordert, besonders wenn ihnen die Entscheidung über die Fortsetzung oder den Abbruch der Schwangerschaft viel abverlangt hat. Meistens fördert das Gespräch über die Methodenwahl allerdings die Haltung, dass der Schwangerschaftsabbruch ein Geschehen ist, dass die betroffenen Frauen aktiv mit gestalten können, was wiederum die psychische Verarbeitung erleichtert.

Das gilt – wie viele andere Aspekte, über die wir heute sprechen – für erwachsene Schwangere in gleicher Weise.

Vorbereitung auf den Abbruch

Unser Ziel ist es, dass alle Mädchen, die sich für den Abbruch entschieden haben, gut informiert und vorbereitet unsere Beratungsstellen verlassen.

Es soll erstens klar sein, welche Gespräche sie evtl. in den nächsten Tagen noch führen wollen oder müssen: Wollen sie noch jemanden „einweihen“ oder bitten, sie zum Abbruch zu begleiten? Ist zu rechtlichen Fragen (z. B. zur Einwilligungserklärung) noch etwas zu bedenken oder zu tun? Muss für die Tage nach dem Eingriff etwas organisiert werden, damit sie sich körperlich ausreichend erholen können?

Zweitens soll die medizinische Seite des Abbruchs geklärt sein: Müssen noch Vorgespräche oder -untersuchungen stattfinden (beispielsweise vor einem medikamentösen Abbruch)? Wie und durch wen soll der Abbruch vorgenommen werden? Was ist in den ersten Tagen danach zu beachten, um mögliche Komplikationen zu vermeiden oder schnell behandeln lassen zu können? Wer wird die Kontroll-Untersuchung durchführen? Manchmal spielt auch schon die Frage der anschließenden Verhütung eine Rolle. Drittens muss die Kostenübernahme besprochen werden. Da die Minderjährigen über kein ausreichendes eigenes Einkommen verfügen, haben sie einen Rechtsanspruch auf die Übernahme der Abbruchkosten. Die meisten wissen aber weder, dass ihre Eltern dafür nicht herangezogen werden, noch dass sie der Krankenkasse gegenüber den Eingriff nicht zu rechtfertigen brauchen.

Und nicht zuletzt sollen die Mädchen wissen, dass sie sich vor oder nach dem Abbruch jederzeit wieder an uns wenden können, falls Fragen, Schwierigkeiten oder Befürchtungen auftreten.

Etwas mehr als die Hälfte der unter 18-jährigen Schwangeren entscheidet sich für einen Schwangerschaftsabbruch; je jünger sie sind, desto höher ist diese Quote. Aber nicht immer ist die Entscheidung leicht zu fällen oder eindeutig.

Zweites Beispiel:

Janine ist 16 und in der 8. Woche schwanger. Ihre Eltern haben sie zu uns begleitet und möchten auch beim Beratungsgespräch mit dabei sein. Janine erhebt keine Einwände. Das Gespräch wird hauptsächlich von ihrem Vater geführt, der auch auf Fragen antwortet, die an Janine gerichtet sind. Er erklärt kategorisch, dass er keinesfalls noch ein weiteres Kind finanzieren wolle, dass es aber auch nicht in Frage käme, dass die Tochter auszöge und womöglich Jugend- und Sozialamt eingeschaltet würden. Wenn Janine Schule und Ausbildung abgeschlossen und einen festen Partner habe, könne sie machen, was sie wolle, aber jetzt sei sie noch nicht reif genug die Verantwortung für ein Kind zu tragen. Der Erläuterung, dass Janine selber das Recht und die Aufgabe habe, eine Entscheidung zu treffen, findet er unangemessen und kommt nur aus Höflichkeit der Bitte nach, mit seiner Frau im Wartezimmer zu warten, während die Beratung mit Janine allein weitergeführt wird. Janine bleibt auch im Zweiergespräch einsilbig. Es wird deutlich, dass sie sich kaum traut, ihre Entscheidungsspielräume auszuloten. Einem möglichen Dauerkonflikt mit dem Vater fühlt sie sich nicht gewachsen, von der Mutter erwartet sie sich keine eigenständige Position. Letztlich kann sie sich weder die innere Erlaubnis geben über ihr eigenes Für und Wider bezüglich des Austragens der Schwangerschaft nachzudenken, noch kann sie sich mögliche Bedenken gegenüber einem Schwangerschaftsabbruch zugestehen. Der Druck der Eltern bleibt übermächtig und sie arrangiert sich, indem sie den Abbruch für „wahrscheinlich das Beste“ hält.

Differenzierung

Ich habe Beispiele gewählt, die zwei Pole skizzieren: die klare Entscheidung am einen Ende, das Verhindern einer eigenen Entscheidung auf der anderen Seite. Die meisten Beratungen mit minderjährigen Schwangeren liegen auf vielen Punkten zwischen diesen Polen. Die Lebenssituationen, deren Interpretation durch die Schwangeren und deren soziales Umfeld und die damit verbundenen Gefühle, Bedürfnisse und Entscheidungen sind ebenso vielfältig, typisch und untypisch wie bei erwachsenen Frauen. Daher hat auch die Beratung für die Mädchen einen unterschiedlichen Stellenwert.

Die Gruppe der schwangeren Minderjährigen ist zahlenmäßig nach wie vor eher klein. Unabhängig von den statistischen Schwankungen ist es uns wichtig, nicht von „den“ minderjährigen Schwangeren zu sprechen, sondern in jedem Einzelfall zu versuchen, gewünschte und angemessene Unterstützung in Form von Informationen, Beratung, Vermittlung oder Begleitung anzubieten.

Selbstreflexion

Das stellt fachliche Anforderungen an uns. Einige davon – wie z. B. den medizinischen und rechtlichen Wissensstand auf dem Laufenden zu halten und altersgemäß mit den Jugendlichen kommunizieren zu können – hat Bärbel Ribbert vorhin schon genannt. Ich greife hier nur einen weiteren Aspekt heraus: die Notwendigkeit zu kontinuierlicher Selbstreflexion.

Wir müssen uns als professionelle Ansprechpartnerinnen vor allem selbst fragen, welche Bilder wir von den Mädchen und ihren Zukunftsperspektiven haben, ob wir innerlich wirklich offen sind, mit den Mädchen alle Entscheidungsoptionen als grundsätzlich gleichwertig zu besprechen. Haben wir im Einzelfall nicht manchmal doch die Tendenz, eine bestimmte Entscheidung für sinnvoller, verantwortbar, besser zu halten – wohlmeinend, im Interesse des schwangeren Mädchens? Es wird so sein, weil Beratung zwar wertneutral, aber Beraterinnen nicht wertfrei sind. Den Mädchen uns gegenüber können wir dann wohl am ehesten gerecht werden, wenn wir es schaffen, sie in einem Entscheidungsprozess zu unterstützen, der mit *ihrem* Wertesystem vereinbar ist.

Gespräche im Kolleginnenkreis zeigen, dass uns die Beratungen mit sehr jungen Schwangeren oft besonders bewegen. Das ist vielleicht verständlich, da wir uns schon altersmäßig in einer Art Mutter-Tochter-Konstellation wiederfinden. Damit werden potenziell auch bei uns Themen angeührt, die in unseren eigenen Biografien bedeutsam sind: die Arbeit mit jahrelanger Verhütung, eigene Erfahrungen mit ausgetragenen oder abgebrochenen Schwangerschaften, gelungenen und gescheiterten Beziehungen, mit dem Leben mit Kindern oder einem bestehenden Kinderwunsch oder die Erfahrungen mit einer bewussten Entscheidung gegen eigene Kinder. Diesen ganzen Fächer von Gefühlen und Erfahrungen zu reflektieren – und sich gleichzeitig in der Beratung so weit davon zu distanzieren, dass wir den Mädchen offen begegnen können, macht diese Gespräche spannend, manchmal heikel und erfordert ein hohes Maß an Professionalität.

Grundsätze der Beratung

Wir überprüfen sie in unserer Arbeit unter anderem daran, ob wir uns an vereinbarte Grundsätze halten. Hier sind die drei wichtigsten:

Den Schwangeren sollen fachlich fundierte, korrekte, umfassende und verständliche Informationen zur Verfügung gestellt werden.

In der Beratung sollen die Fragen, Ängste, Bedürfnisse, Interessen und Sorgen der Schwangeren im Mittelpunkt stehen. Die sind zu trennen von der Perspektive, zum Beispiel, von Eltern oder anderen involvierten Erwachsenen, auch von unserer eigenen. Das bedeutet u. a., dass wir in dem Gespräch oft eine Menge hochambivalenter Gefühle aushalten können müssen.

Ganz obenan steht aber das Recht jeder Schwangeren – auch einer minderjährigen – auf eine eigene Entscheidung und auf grundsätzliche Akzeptanz dieser Entscheidung durch uns – egal, ob sie sich zum Austragen oder zum Abbruch der Schwangerschaft entscheidet.

Medizinischer Eingriff, Helga Seyler

Angst und Hilflosigkeit

Schwerwiegender als bei den meisten erwachsenen Frauen sind die Ängste, die durch die Feststellung einer ungewollten Schwangerschaft entstehen, und die Unsicherheit darüber, wem sie sich anvertrauen können und wo sie sich Hilfe holen können. Dies kann dazu führen, dass sie das Feststellen der Schwangerschaft herauszögern, oder sich nach der Feststellung verzögert Rat und Hilfe zum Schwangerschaftsabbruch holen, so dass dieser zum Teil später erfolgt.

Wichtig ist deswegen, dass schon in der ersten Anlaufstelle, der die Mädchen sich anvertrauen, Vorwürfe und Bevormundungen vermieden werden, sondern dass sie dort die Informationen und Unterstützung finden, die sie brauchen. Die Erleichterung darüber ist meist immens, und die Entscheidung für oder gegen Abbruch oft leichter als bei Erwachsenen.

Wichtig ist die für sie verständliche und angemessene Aufklärung über die verschiedenen Abbruchmethoden und die Unterstützung darin, sich für die für sie geeignete Methode zu entscheiden.

Abbruchmethoden

Die am häufigsten durchgeführte Methode ist die Absaugmethode. Sie ist bis zur 12. Woche nach Empfängnis (14. Woche nach der letzten Regel) möglich und kann in örtlicher Betäubung des Gebärmutterhals oder in Vollnarkose durchgeführt werden. Dabei wird der Gebärmutterhals durch Einführen von Metallstiften etwas geweitet, und anschließend das Schwangerschaftsgewebe mit einem in die Gebärmutter eingeführten Plastikröhrchen abgesaugt. Der Eingriff dauert 10 Minuten. Bei örtlicher Betäubung entstehen während des Absaugens für ca. 5 Minuten Schmerzen, die mit starken Regelschmerzen vergleichbar sind. Bei einer Kurznarkose ist der Eingriff schmerzfrei.

Der medikamentöse Abbruch mit Mifegyne ist bis zur 5. Woche nach Empfängnis (7. Woche nach der letzten Regel) möglich. Es werden zweimal im Abstand von zwei Tagen Tabletten in der Arztpraxis eingenommen. Nach der Einnahme der zweiten Tabletten ist eine ca. 3-stündige Überwachung in der Praxis notwendig. Es kommt dann zu starken Blutungen und Unterbauchschmerzen. Diese können einige Stunden, aber auch bis zu zwei Tagen andauern, bis die Schwangerschaft ausgestoßen wird. Bei 5% der Frauen wird die Schwangerschaft nicht vollständig ausgestoßen und es muss eine Absaugung durchgeführt werden. Eine Nachuntersuchung nach 8-10 Tagen ist deswegen zwingend erforderlich. Da die Komplikationsraten bei beiden Methoden vergleichbar gering sind, sollten die Mädchen entscheiden können, welchen Ablauf sie bevorzugen.

Wenn der Abbruch gegenüber den Eltern verheimlicht werden soll, ist die schnellere Methode der Absaugung mit der größeren Erfolgsrate oft besser zu organisieren.

Bei fehlender Einwilligung der Eltern muss bei Abbrüchen in Vollnarkose außer der Frauenärztin auch die Narkoseärztin von der Einwilligungsfähigkeit des Mädchens überzeugt sein.

Im Familienplanungszentrum Hamburg führen wir medikamentöse Abbrüchen mit Mifegyne und Absaugungen in örtlicher Betäubung durch. Gerade damit haben wir auch bei jungen Mädchen sehr gute Erfahrungen gemacht.

Komplikationen

Große Studien über Komplikationen belegen, dass die ohnehin schon geringe Komplikationsrate von Schwangerschaftsabbrüchen bei Teenagern eher noch geringer ist, als in höheren Altersgruppen. Das in älteren Studien leicht erhöhte Risiko von Verletzungen des Gebärmutterhals kann durch die neuen nebenwirkungsarmen Methoden zur Erweichung des Muttermundes vermieden werden. Insbesondere negative Folgen für die spätere Fruchtbarkeit oder den Verlauf von späteren Schwangerschaften lassen sich bei Teenagern nicht belegen. Wichtig für einen komplikationsfreien Abbruch ist die Qualität der medizinischen Versorgung und ausreichende Erfahrung der Ärztin, die den Abbruch durchführt.

Psychische Folgen

Sehr schwerwiegend werden oft die psychischen Folgen von Abbrüchen gerade für Teenager bewertet, obwohl sich negative Folgen auch für diese Altersgruppe (wie auch für erwachsene Frauen) in Studien nicht belegen lassen. Für die meisten Frauen ist die psychische Belastung in der Zeit vor dem Abbruch am größten, durch den Entscheidungsdruck und die Angst vor dem Eingriff. Die Belastung lässt nach dem Abbruch deutlich nach, die Frauen sind meist sehr erleichtert, dass sie den Abbruch hinter sich haben. Eine Phase der Trauer ist normal und mit der Reaktion auf andere belastende Lebensereignisse vergleichbar. Nur ein kleiner Teil von Frauen fühlt sich dauerhaft stark belastet, dieser entspricht der Zahl von Frauen mit depressiven Erkrankungen auch ohne Abbruch.

Im Familienplanungszentrum Hamburg berichten Frauen, die einen Abbruch im Teenageralter und einen im späteren Alter hatten, dass sie den ersten Abbruch psychisch leichter verarbeitet hätten. Sie sagen zum Beispiel, dass es damals einfach keine Alternative gab, sie deshalb keinen Entscheidungskonflikt hatten. Oder, dass für sie die Schwangerschaft keine so große Bedeutung hatte wie später und sie hinterher nicht mehr viel darüber nachgedacht hätten.

In einer US-amerikanischen Studie wurden Teenager untersucht, die sich zum Abbruch oder Austragen einer Schwangerschaft entschieden. Die Mädchen mit Schwangerschaftsabbruch hatten schon zu Beginn der Studie einen besseren Bildungsstand als die Mädchen, die die Schwangerschaft austrugen, und der Unterschied vergrößerte sich während der Beobachtungszeit noch deutlich. Im psychischen Zustand unterschieden sich die beiden Gruppen kaum, in beiden wurde im Verlauf der zwei Jahre ein Anwachsen von Selbstachtung und eine Abnahme der Ängstlichkeit beobachtet. Eine spätere Schwangerschaft im Beobachtungszeitraum trat in der Abbruchgruppe seltener auf als in der Gruppe mit ausgetragener Schwangerschaft. Die Autorinnen der Studie folgern, dass ein Schwangerschaftsabbruch im Teenageralter nicht mit negativen psychischen Folgen assoziiert war, wohl aber mit positiven Folgen für Bildung und ökonomischen Status. Die Studie bestätigt andere Beobachtungen, dass Frauen mit der Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch die Erfahrung machen können, eigene Entscheidungen zu treffen und das eigene Leben selbst zu planen und zu gestalten.

Einbeziehen der Eltern

Ein Teil der Mädchen hat Angst vor den Reaktionen der Eltern auf die Schwangerschaft und verschweigt sie ihnen. Bei unter 18jährigen Mädchen ist dann die Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten zum medizinischen Eingriff ein Problem. Es sollte immer mit ihnen darüber gesprochen werden, was sie befürchten, welche Belastung die Heimlichkeit bedeutet, und welche Unterstützung sie möglicherweise von den Eltern bekommen können. Oft erzählen die Mädchen danach doch – meistens der Mutter – von der Schwangerschaft.

Wenn jedoch die Eltern auf keinen Fall informiert werden sollen, ist juristisch bedeutsam, ob die Mädchen reif genug sind, die Tragweite der Entscheidung zu übersehen. Zwischen 16 und 18 Jahren kann in der Regel davon ausgegangen werden und die Mädchen werden als voll einwilligungsfähig betrachtet. Das heißt, hier muss eine Einwilligung der Eltern nicht eingeholt werden. Zwischen 14 und 16 Jahren ist der Eindruck der Ärztin darüber entscheidend, ob die nötige Reife vorhanden ist.

Die Mädchen, die die Eltern auf keinen Fall informieren möchten, legen meist gute Gründe dafür dar und sind in der Regel reif genug, selbst zu entscheiden. Im Zweifelsfall kann das Vormundschaftsgericht eingeschaltet werden und statt der Erziehungsberechtigten die Einwilligung für den Eingriff geben. Dieser Weg steht zum Beispiel Jugendlichen offen, deren Eltern von der Schwangerschaft wissen und ihre Tochter zum Austragen der Schwangerschaft zwingen wollen.

Wenn Freund und Familie nicht (mehr) ausreichen – Unterstützungs- und Versorgungsangebote für junge Mütter und Väter

Martina Feistritzer

Zwei Fallbeispiele zu Beginn.

Jasmin ist 16, als sie in unsere Einrichtung zieht, ihre kleine Tochter ist gerade 2 Monate alt. Sie ist mit dem Kindesvater noch zusammen.

Jasmin lebt vor dem Einzug bei ihrer Mutter, sie hat jedoch eine lange Jugendhilfeeerfahrung hinter sich. Da Mutter und Vater sich trennten, pendelte sie seit ihrem 2. Lebensjahr zwischen Jugendhilfeeinrichtungen und Mutter. Zu dem Vater hat sie wenig Kontakt. Als die Mutter eine neue Beziehung eingeht, holt sie Jasmin zurück in die Familie. Mit Beginn der Pubertät kommt es zu vermehrten Konflikten mit der Mutter. Jasmin bricht die Schule ab und zieht erneut in eine Jugendwohnung. Als sie 14 ist, lernt sie auf einer Partie Bob kennen. Beide gehören zu einer Clique, die Drogen konsumiert. Bald darauf ist Jasmin schwanger. Sie muss aus der Jugendwohnung ausziehen. Da Bob obdachlos ist und es noch Kontakt zur Mutter gibt, zieht sie zurück zur Mutter. Es kommt weiterhin zu massiven Konflikten mit der Mutter. Diese konsumiert häufig Alkohol und ist fast im gleichen Monat schwanger wie ihre Tochter.

Nach dem Einzug in unsere Einrichtung geben sowohl Jasmin als auch Bob den Drogenkonsum auf – es kommt aber immer wieder zu Rückfällen. Beide haben große Schwierigkeiten den Tag zu strukturieren, die Wohnung sauber und in Ordnung zu halten. Entsprechend unregelmäßig und unzureichend wird das Baby versorgt. Zeitweilig ist Jasmin völlig überfordert und es kommt immer wieder zu massiven Paarkonflikten, die im Extremfall in Gewaltausbrüchen enden.

Mit dem Kind gibt sie sich große Mühe. Aber es kommt immer wieder vor, dass es nicht regelmäßig gefüttert und gewickelt wird. Auf jeden Hinweis reagiert sie aggressiv. Bob hat ein liebevolles Verhältnis zu dem Kind, er ist jedoch häufig auch mit der Versorgung überfordert.

Ein zweites Beispiel.

Es klingelt an unserer Tür. Ein junges hochschwangeres Mädchen steht davor. Sie ist mit ihrem Freund in eins der Nachbarhäuser gezogen und hat beobachtet, dass bei uns viele Frauen mit kleinen Kindern aus- und eingehen und wollte sich nur einmal erkundigen, was für eine Einrichtung wir sind. Sie und ihr Freund kommen direkt aus dem Elternhaus. Sie geht zum Gymnasium, will jetzt ein Jahr aussetzen, um für das Kind da zu sein. Der Freund arbeitet. Sie hat eine Hebamme, den Krankenhausaufenthalt vorbereitet, Geburtsvorbereitung gemacht und erwartet Unterstützung von ihrer Mutter und der Mutter des Freundes. Was sie jetzt sucht, ist eine Krabbelgruppe, um sich mit anderen Mütter auszutauschen und bei Unsicherheiten Fragen beantwortet zu bekommen und in dieser Hinsicht nicht nur auf die Mütter angewiesen zu sein.

Jugendliche Mütter sind belastet, aber nicht von vorn herein überfordert. Ihr weiterer Lebensweg ist abhängig vom Vorhandensein und der Nutzung von Ressourcen. Sie haben nicht mehr, sondern nur andere Probleme als andere erstgebärende – insbesondere alleinerziehende – Mütter.

Häufig bekommen jedoch die Mädchen und junge Frauen Kinder, die sich in äußerst schwierigen Lebenslagen befinden. Sie kommen aus instabilen Elternhäusern, haben frühe Trennungserlebnisse und „Jugendhilfekarrieren“ hinter sich, sie haben Schule bzw. Ausbildung abgebrochen und wenig Lebensperspektive. Ihre Partnerbeziehungen sind konfliktuell und wenig tragfähig. Sie hoffen durch die Geburt des Kindes, ihrem Leben einen Sinn und Perspektive zu geben und ihre Beziehung zu stabilisieren. Sie hoffen Geborgenheit in einer eigenen Familie zu schaffen, die sie in der Herkunftsfamilie nie hatten.

Diese Gruppe von jungen Müttern ist allerdings eine Hochrisikogruppe, da sie in der Regel keinerlei Unterstützung von Partner und/oder Familie zu erwarten hat, sondern auch dort Konflikten ausgesetzt ist.

In nicht wenigen Fällen übernehmen die jungen Frauen zusätzlich Verantwortung für ihre Mütter oder kleineren Geschwister wie bei dem o. g. Beispiel.

Die jungen Mütter selbst sehen nicht ihr Jungsein als Problem, sondern den gesellschaftliche Umgang mit diesem Phänomen. Ihre Mitmenschen bzw. das soziale Umfeld traut jungen Frauen nicht zu, Kinder großzuziehen. Sie sehen sich mit massiven Vorurteilen konfrontiert. Ganz besonders gilt dies natürlich für alleinerziehende junge Mütter.

Familie und Partner als tragfähigstes Netzwerk

Private Netzwerke – wie Familie und Partner – sind die wichtigsten Unterstützungsleistungen für jugendliche Mütter/Väter und Kinder. Jedoch müssen Beziehungen und Rollen geklärt werden. Ist ein tragfähiges privates Netzwerk vorhanden, wird ein Kind eher als Herausforderung und nicht als Überforderung empfunden. Es gibt darüber hinaus eine hohe Korrelation zwischen dem Vorhandensein von unterstützenden privaten Netzwerken und geringer Inanspruchnahme von institutionellen, öffentlichen Hilfesystemen.

Gleichzeitig reichen – anders als der Titel vielleicht suggeriert – Familie und Partner nie. Immer sind vor, während und nach der Geburt andere Personen und Institutionen involviert. Dies sind z. B. Ärzte, Hebammen, Beratungsstellen und ganz wichtig KITA's, Krippen und Schulen.

Aber nach unserer Erfahrung (aus der Arbeit in einem Mutter und Kind Heim) haben fast alle jugendliche Mütter einen sehr intensiven, wenn auch häufig hoch konflikträchtigen Kontakt zu ihrer eigenen Mutter, zu den Vätern ist der Kontakt häufiger abgebrochen. Selbst in diesen Fällen, in denen aktuell das Verhältnis zwischen jugendlichen Müttern und ihren Eltern bzw. Stiefeltern schlecht ist, spielen diese eine große Rolle im Leben ihrer Töchter.

Durch die Hilfen, in denen es gelingt die Herkunftseltern und die Partner in die Hilfe mit einzubeziehen, besteht die größte Möglichkeit einer nachhaltigen Hilfestellung. Allerdings bedarf es hier oft massiver Unterstützung.

Kindesväter/Partner

Ein Großteil der Kindesväter trennt sich kurz vor oder nach der Geburt, viele tauchen jedoch nach kurzer Zeit wieder auf. Da die Mütter sich nicht als alleinerziehend verstehen, suchen sie auch neue Partner. Die Partnerschaft – auch wenn sie oft konflikträchtig ist – nimmt einen hohen Stellenwert ein.

Die Mütter wünschen Entlastung und die Partner wollen in die Kindererziehung mit einbezogen werden. Sie sind aber, so unsere Erfahrung, nicht unbedingt bereit ihr bisheriges Leben (Treffen mit Freunden, Hobbies) aufzugeben und in dem Maße Verantwortung zu übernehmen wie die Mütter. Das führt zu Konflikten. Doch die Partner können entlasten, sowohl praktisch als auch emotional. Daher hat die Einbeziehung der Partner und die Beziehungsklä rung einen hohen Stellenwert in Beratung und Betreuung.

Freunde/innen und Cliques

Andere Freundschaften brechen auf Grund der ganz anderen Interessen und eingeschränkten Möglichkeiten häufig weg. Erhalten bleibt, wenn überhaupt, die beste Freundin.

Schulbesuch und Ausbildung könnten ein Weg aus der aussichtslosen Situation sein, insbesondere die jungen Mütter haben in der Regel vor, einen Schulabschluss und eine Ausbildung zu machen – sie wollen ihrem Kind eine Lebensperspektive unabhängig von staatlicher Unterstützung bieten. Gleichzeitig erweisen sich die bisherigen, oft negativen Schulerfahrungen und Lebenserfahrungen als hinderlich.

Verständnis für die besondere Lebenssituation

Junge Mütter haben, neben ihrer Aufgabe das Kind zu versorgen und zu erziehen, ganz besondere

Entwicklungsaufgaben. Sie befinden sich in der Phase der Identitätsbildung, die eigentlich auch eine Abgrenzung zur Erwachsenenwelt bedeutet. Es ist eine Lebensphase der frei flotierenden inneren und äußeren Strukturlosigkeit und Unsicherheit.

Sie haben ein Recht zu experimentieren und „Teenager“ zu sein. Gleichzeitig müssen sie als Eltern erwachsen sein, sie müssen Verantwortung für sich und das Kind übernehmen.

Junge Mütter erbringen also eine enorme Integrationsleistung; sie sehen ihre Situation jedoch nicht unbedingt als belastet. Ute Feddersen spricht in diesem Zusammenhang von einer Neutralisierungstendenz und Bünnemann/de Falcon von der „Kultur des Notwendigen“ d. h., reflexiv reagieren ohne ausreichende Ressourcen. Viele der jungen Mütter sind aus ihrer eigenen Familie derartige Situationen und Belastungen gewohnt, sie kennen es nicht anders.

Berechtigt ist daher die Frage, ob die jungen Frauen sich auch überschätzen und mögliche Angebote, z. B. Informationen über den Umgang mit dem Kind, ungenutzt lassen und damit sich und ihre Kinder eventuell gefährden.

Einige Mütter sehen ihre Situation als junge Mutter insofern als Chance, als sie gelassener und weniger ängstlich als ältere Mütter mit den Kindern umgehen. Viele der jugendlichen Mütter sind selbst Töchter von Teenagermüttern und finden das im nachhinein positiv.

Verstehen und Zuhören fördern

Jede Geburt, insbesondere die erste, ist verbunden mit einem hohen Maß an Unsicherheit und offenen Fragen: „Warum schreit mein Kind, warum schläft es nicht? Wie viel und welche Nahrung braucht es?“

Die jungen Mütter stehen unter starkem Druck zu beweisen, dass sie gute Mütter sind. Dies gilt insbesondere für diejenigen, bei denen die eigene Mutter „versagt“ hat und das ist genau die große Gruppe von jungen Mütter, die besonders risikobehaftet ist. Eine gute Mutter, so glauben sie, weiß intuitiv was ihr Kind braucht. Daher kann jede Unsicherheit, jede Frage um Unterstützung als Versagen gedeutet werden. Einige von ihnen haben auch ganz konkret Angst, dass ihnen ihr Kind weggenommen werden könnte. Es fällt jungen Mütter u. a. daher schwer Hilfe anzunehmen.

Viele der jungen Mütter wissen jedoch wenig über die Bedürfnisse von Säuglingen. Sie verhalten sich in der Schwangerschaft nicht adäquat, sie rauchen, nehmen Drogen, machen keine Geburtsvorbereitungen. Arztbesuche finden wenn, dann nur unregelmäßig statt. Die Kinder haben daher häufig einen besonderen Förderbedarf.

Die Mütter, überfordert, pendeln zwischen liebevollem und aggressivem Umgang (kiss and kill). Gleichzeitig merken die jungen Frauen, dass das Kind ihre emotionalen Bedürfnisse nicht erfüllt. Viele junge Mütter wollen jedoch die Verantwortung für das Kind übernehmen. Sie haben ein Recht auf unsere Unterstützung und nicht unsere Bevormundung. Wir müssen lernen sie nach ihren Bedarfen zu befragen, ihnen zuzuhören und sie ernst zu nehmen. Wobei ernst nehmen auch bedeutet Grenzen zu setzen, Bedingungen auszuhandeln, insbesondere dann wenn es Interessenkollisionen zwischen den Bedürfnissen der Mutter und des Kindes gibt.

Mutter-Kind-Dyade, Zwei-Generationen-Arbeit

Mutter und Kind-Betreuung ist ein hochkomplexes Hilfesystem, dass sich immer auf mindestens zwei Personen und deren Interaktion bezieht. Jüngere Untersuchungen der Bindungsforschung haben aufgezeigt, wie wichtig für die emotionale Entwicklung eines Kindes eine sichere Gebundenheit gerade in den ersten Lebensjahren ist. Unsichere Gebundenheit hat nicht selten massive psychische Probleme spätestens im Jugendalter zur Folge. Mütter, bei denen Maßnahmen der Jugendhilfe angezeigt sind, befinden sich auf Grund eigener Problemlagen in besonders belastenden Lebenssituationen und haben massive eigene Probleme. Damit ergibt sich ein hohes Risiko für die psychosoziale Entwicklung des Kindes. In der Betreuung wird daher ein besonderes Augenmerk auf eine gelungene Mutter und Kind-Interaktion und Mutter-Kind-Beziehung zu legen sein.

Bedarfe

Wir haben in unserer Einrichtung die Mütter befragt was sie glauben, was junge Mütter brauchen. Es gibt sehr unterschiedliche Unterstützungsbedarfe: Diejenigen jungen Mütter, die gut in private und strukturelle Netze eingebunden sind, brauchen eventuell nur Austausch mit Müttern in einer ähnlichen Situation oder Unterstützung in der Rollenabgrenzung zu den eigenen Müttern. Sie können sich jedoch i. d. R. Hilfe organisieren und sind mobil, brauchen lediglich Informationen, wo sie welches Angebot finden.

Junge Mütter mit besonderem Unterstützungsbedarf haben Probleme, Hilfen anzunehmen. Niedrigschwellige, regionale Angebote sind für diese Zielgruppe wichtig, die ihnen alltägliche Zugänge zu Informationen ermöglichen.

Schul- und Ausbildungsabbruch sind bei vielen jungen Müttern eher Ursache und nicht Folge des Schwangerwerdens, es kann jedoch auch umgekehrt sein. Es werden Schulen und Ausbildungsmöglichkeiten gebraucht, die auf beides Rücksicht nehmen.

Benötigt werden Ergänzungs- und manchmal auch Ersatznetzwerke (z. B. Omas). Alle jungen Mütter brauchen inhaltliche und praktische Entlastung. Sie benötigen Informationen über die Bedürfnisse eines Kindes und manchmal Anleitung im Umgang mit dem Kind.

Bedarfe bestehen bei Beratung und Unterstützung von Beziehungsproblemen, bei materiellen Problemen im Umgang mit Behörden, bei der Entwicklung einer Tagesstruktur und einer Lebensperspektive für sich und das Kind.

Es gibt eine große Bandbreite unterschiedlicher Unterstützungsangebote für Mütter – nicht unbedingt für junge Mütter.

Gerade im Bereich der Jugendhilfe sind im Rahmen der Weiterentwicklung – in den vergangenen Jahren in unterschiedlichsten Formen regionale, niedrigschwellige Unterstützungsangebote geschaffen worden, die sich entweder auf die Zielgruppe der Mütter/Eltern spezialisiert haben oder zumindest ein Angebot für diese im Programm haben, wie z. B. Kinder- und Familienhilfezentren, Familienhebammen, Netzwerke Rund ums Baby, Familiäre Kriseninterventionen, Müttercafés, Spielcafés etc.

Auch im Rahmen der Gesundheitsversorgung schließen sich Arztpraxen mit Hebammen und Psychologen zu regionalen und spezialisierten Zentren zusammen. Darüber hinaus gibt es eine Reihe von überregionalen Spezialeinrichtungen sowie ein spezielles Schul- und Ausbildungsangebot. Das Alles scheint dennoch nicht ausreichend und zumindest nicht passend und es erscheint notwendig, dass eine bereichsübergreifende Zusammenarbeit, Planung und Vernetzung entwickelt wird.

Handlungsbedarfe

- Erhebung welche Unterstützungsangebote gibt es – Planung wo ist was nötig?
- Wie kommen die Informationen an die entsprechenden Zielgruppen?
- Niedrigschwellige Zugänge schaffen
- Stationäre Angebote für kranke und drogenabhängige Mütter/Väter und für Migrantinnen (insbesondere ohne Status)
- Angebote für Väter
- Austausch und gemeinsame inhaltliche und strukturelle Reflektion und Planung für die Zielgruppe der Mütter und Väter
- Teenager sein dürfen
- Was brauchen die Kinder?

Jugendliche Mütter und ihre Kinder – Hilfebedarfe und Hilfsangebote in Hamburg

Ergebnisse einer Recherche des Kinderschutzzentrums Hamburg in Stichworten

Cordula Stucke

Das Kinderschutzzentrum Hamburg hat im Auftrag der Behörde für Soziales und Familie (BSF) eine Recherche zum Thema „Anforderungen an bedarfsgerechte Hilfsangebote für minderjährige Mütter und ihre Kinder in Hamburg“ erstellt.

Der Bericht wird demnächst von der BSF veröffentlicht. Im folgenden sind die wichtigsten Ergebnisse stichwortartig zusammengefasst.

Statistische Analyse

Keine erhebliche zahlenmäßige Erhöhung/kein allgemeiner Trend

Schwerpunkt 16-18jährige

Ethnischer Hintergrund

höhere Geburtenziffern bei 14/15jährigen seit 2000

Insgesamt kleine Zielgruppe

Qualitative Analyse Fachdiskussion

Unterschiedliche Gruppen (positive, ambivalente, prekäre Bewältigung)

Familiärer Hintergrund (familiäre Beziehungen/unterstützendes soziales Netz)

Frühe Mutter-/Elternschaft nicht per se problematisch (abgesehen von Entwicklungsaufgabe) sondern in Verbindung mit anderen Risikofaktoren (soziale Belastung, prekäre familiäre Beziehungen, frühe Traumatisierungen/Verlusterfahrungen)

Hilfebedarfe

allgemeine soziale und persönliche Unterstützung und Entlastung (Schule/Beruf, Wohnung, Kinderbetreuung, Alltagsorganisation, Umgang mit Behörden, Beziehungen zur Herkunftsfamilie, Vater des Kindes...)

persönliche Betreuung bei biographischem Belastungshintergrund (Gewalt-, Vernachlässigungserfahrungen...)

Befragungsergebnisse Hamburg

Schriftlich: Vormundschaftsabteilungen, ASD, Kinderärzte, Mütterberatung, Elternschule, Jugend- und Familienhilfezentren, Erziehungsberatungsstellen

Mündlich: Jugendberatung/Jugendarbeit, Mädchentreff, Ausbildungsbegleitung, Schwangerschaftskonfliktberatung, Schnittstellenprojekt/sozialer Brennpunkt, Wohngruppe

keine große Zunahme der Zahl minderjähriger Mütter (weitgehend gleich bis geringer Anstieg)

Unterschiedliche Gruppen (Alter, sozialer Hintergrund, stützende familiäre Netze, persönlicher Belastungshintergrund)

Individuell sehr unterschiedlicher Hilfebedarf im „Einzelfall“

Geringe „Fallzahlen“ in den Einrichtungen bedeutet häufig größere Unsicherheit im Einzelfall

Hilfebedarfe/Ansatzpunkte für zielgerichtete Unterstützungsangebote

Prävention

Schule/Sexualpädagogik/Jugend-/Mädchenarbeit

Thema: Verhütung

Familienplanung/Elternschaft

Ansatzpunkt: Lebensperspektiven/-entwürfe von Mädchen

Schwangerschaftskonfliktberatung

Entlastung durch Verbesserung allgemeiner Bedingungen der Vereinbarkeit von Mutter-/Elternschaft und Adoleszentenstatus

soziale Unterstützung durch verbesserte Zugänge zu Wohnung, Schule/Ausbildung, finanzielle Absicherung, Unterhalt, Begegnung und Austausch, Kinderbetreuung, etc.

Ressourcenorientierte Grundhaltung und Berücksichtigung spezifischer Anforderungen in der Arbeit mit jugendlichen Müttern und Vätern

Jugendorientierung

Eher jugendorientiertes Angebot/weniger Mutteridentität-bezogene Angebote

weniger förmliche, offene („jugendgerechte“) Orte

Möglichkeit des Kontakts zu Gleichaltrigen

Reflektierte Haltung in der Rolle als Helfer/in (Konfliktfeld „Autonomiestreben vs. Bevormundung“)

Jugendliche nicht als „Problemgruppe“ ansprechen/Hilfebedarf als „normal“ verständlich machen

Familien-/Umfeldorientierung

Blick auf Ressourcen sozialer Netze im Alltag, (Familie, Freunde, Nachbarn, Soziales Umfeld...)

Beziehungshintergrund Herkunftsfamilie: Welche Ressourcen, welche Konflikte?

Einbeziehung der Herkunftsfamilie; Unterstützung bei Beziehungsklärung

Einbeziehung der Väter (Ressourcen, Konflikte, Unterstützung bei Beziehungsklärung)

Praktische Orientierung

Hilfestellung bei praktischen Fragen (Umgang mit Behörden, Gelder beantragen, Umzug organisieren, Sachen lagern, Schule/Ausbildungsplatz...)

Infos und Anmeldung Geburtsvorbereitung ...

Umgang mit dem Baby, Gesundheits-, Ernährungsfragen, Säuglingspflege

Kindorientierung

Information über kindliche Bedürfnisse z. B. „Was braucht das Baby an Zuwendung?“

Eltern-Kindkonflikte – Das Kind verstehen lernen

Erziehungshaltungen und kindliche Entwicklung

Sozialraumorientierte Unterstützung bei der Alltags- und Konfliktbewältigung durch (vorhandene) Angebote im ambulanten Hilfenetz

Verbesserung des Umfangs an Angeboten insbesondere in einzelnen Regionen

Verstärkte Zusammenarbeit von Einrichtungen

Verbesserung der Inanspruchnahme von Angeboten durch Jugendorientierung, praktische Orientierung und Umfeldorientierung der Angebote

Ambulante Einzelbegleitung

(bei prekären sozialen und familialen Ressourcen bzw. persönlichem Belastungshintergrund)

persönliche Begleitung im Einzelfall (von Schwangerschaft im Übergang/bis zur Eingewöhnung/Stabilisierung mit Kind)

verlässliche Unterstützung/intensive Betreuung mit parentaler Präsenz und Raum zum Entwickeln von Eigenständigkeit

stationäre Versorgung

(bei fehlenden sozialen und familialen Ressourcen bzw. persönlichem Belastungshintergrund)

Unterstützung bei persönlicher Entwicklung und Beziehung zum Kind (Verselbständigung; fördern und fordern...)

Hilfe bei Beziehungsklärung mit Herkunftsfamilie und Einbeziehung von Partner/ Vater des Kindes
Mutter-Kind-Interaktionsförderung

Minderjährige Mütter und ihre Kinder Hilfebedarfe und Hilfsangebote in Hamburg

Altersspezifische Geburtenziffern in Hamburg 1990 – 1999

Alter	Lebendgeborene auf 1000 Frauen der Altersgruppe	
	Niedrigster Wert	Höchster Wert
15	0,77 (1993)	2,84 (1990)
16	4,27 (1988)	6,48 (1991)
17	8,88 (1988)	10,99 (1995)
18	14,77 (1999)	21,86 (1998)

Altersspezifische Geburtenziffern in Hamburg 2000 – 2002

Alter	Lebendgeborene auf 1000 Frauen in Hamburg insgesamt		
	2000	2001	2002
15	2,62	3,97	4,29
16	7,25	6,96	6,77
17	12,24	13,66	10,81
18	20,64	23,79	19,72
19	33,65	31,59	32,30

Altersspezifische Geburtenziffern in Hamburg 1990 – 2002

Alter	Lebendgeborene auf 1000 Frauen (1990 – 2002)	
	Deutsch	nicht-deutsch
	Niedrigster Wert/höchster Wert	Niedrigster Wert/höchster Wert
15	0,19 / 1,15	2,32 / 8,97
16	1,88 / 5,06	5,31 / 16,55
17	5,11 / 8,02	14,92 / 30,26
18	10,1 / 19,25	23,43 / 54,18
19	15,89 / 25,01	45,00 / 94,62

Kinder und Jugendliche unter gesetzlicher Amtsvormundschaft in Hamburg¹

Jahr	Zahl insgesamt	Davon: deutsch	Davon: nichtdeutsch
1992	250	203	47
1993	244	184	79
1994	234	181	83
1995	223	170	88
1996	258	188	84
1997	302	211	80
1998	239	159	91
1999	207	123	70
2000	224	136	53
2001	254	171	60
2002	253	174	47

¹ nach Auskunft des Statistischen Amtes; die Statistik wird in dieser Form seit 1991 geführt

Frühe Hilfen für Eltern und Kinder – welche Unterstützung können Beratungsstellen und Kinderärzte leisten?

Verena Zühlsdorf, Andrea Cordes, Renate Jansen

Versorgungsangebote in Hamburg für minderjährige Mütter, Verena Zühlsdorf

Aus unserer Sicht sind in der Begleitung und Unterstützung minderjähriger Mütter und ihrer Kinder mit dem Blick auf das Kindeswohl Angebote mit folgenden Schwerpunkten sinnvoll:

- Förderung der Beziehungsqualität zwischen Mutter und Kind
- Stabilisierung des Selbstwertes der Mutter
- Partnerschaft und Elternschaft – Arbeit am Familienkonzept
- Persönlichkeitsentwicklung der Mutter und des Vaters
- Biografische Arbeit (Herkunftsfamilie)

Die Beziehungsqualität zwischen Mutter und Kind ist u. a. gekennzeichnet durch die inneren Arbeitsmodelle, die die jungen Mütter aufgrund eigener Beziehungserfahrungen in sich integriert haben. Davon beeinflusst ist ihre Feinfühligkeit und das positive elterliche Handeln dem Kind gegenüber. Die Fähigkeit, sich auf das Kind einzustellen, seine Signale zu erkennen, richtig zu interpretieren, angemessen und prompt zu befriedigen ist aufgrund eigener Entwicklungsprozesse und eigener Erlebnisse bei jugendlichen Müttern mit einer prekären Bewältigung der Mutterschaft wenig entwickelt.

Die jungen Mütter benötigen Wissensvermittlung, Training und Raum zur Selbsterkenntnis, um den oben geschilderten Anforderungen gerecht zu werden und um eigene Bedürfnisse und die des Kindes unterscheiden zu lernen.

Mädchen haben unterschiedliche Gründe, sich ein Kind zu wünschen und sich für ein Kind zu entscheiden: das Elternhaus, in dem sie sich unverstanden und ungeliebt fühlen oder misshandelt wurden, verlassen zu können, möglichst mit Kind und Kindsvater, nicht mehr zur Schule gehen zu müssen, endlich selber eine Beziehung eingehen und bestimmen zu können; ein Liebesobjekt zu bekommen, welches von ihr abhängig ist und sie liebt; einen gesellschaftlich anerkannten Status zu bekommen; weil sie sich nicht für eine Abtreibung entscheiden können, nachdem sie erste Ultraschallbilder gesehen haben und daraufhin einen Schwangerschaftsabbruch moralisch nicht vertreten können.

Häufig gibt es eine Mehrgenerationskette von Frauen, die über das Kinderkriegen ihren Selbstwert stärken, ihrem Leben einen Sinn geben und über die Liebe zu dem Kind ihr eigenes Inneres vernachlässigtes und ungeliebtes Kind erreichen möchten. Dies gelingt häufig nicht und kann deshalb oft zu großen Frustrationen und Enttäuschungen sowie zu Ausstoßungsversuchen führen.

Wenn jugendliche Eltern ihre Eltern als nicht richtungweisende Vorbilder erlebten, distanzieren sich von ihnen und lehnen in ihrer Distanz auch die evtl. vorhandenen Stärken ihrer Eltern ab. Dies erschwert Ihre Identitätsfindung zusätzlich, bei einem häufig geringen eigenen Selbstwertgefühl.

Die Stärkung des Selbstwertes und die Entwicklung einer positiven Identität sind ein notwendiger Bestandteil in der Arbeit mit jungen Müttern und ein großer Schutzfaktor für die Kinder.

Die jugendlichen Mütter und Väter möchten wie alle Mütter und Väter ihre Erziehung gut machen und dies möglichst aus eigener Kraft. Sie wünschen sich einen neuen Anfang mit dem (imaginären) Kind, vielleicht eine neue Chance oder einfach ein schönes Familienleben. Wenn allerdings schon von vornherein Probleme vorhanden sind, so potenzieren sich diese in den meisten Fällen durch ein Kind. Bezogen auf das Kind ist es notwendig, ein reales Bild von Elternschaft herzustellen, mit allen Freuden und Leiden. Vor allem gilt es ein Gefühl der Verantwortung für sich und das Kind herzustellen und das kann sich auch darin zeigen, dass Hilfe und Unterstützung durch Dritte angenommen wird.

Beratungsstelle für Frauen, Familien und Schwangere: Sozialdienst katholischer Frauen Hamburg-Altona e. V., *Andrea Cordes*

Die Arbeit der Beratungsstelle erfolgt nach § 2 SchKG, Abs. 1-3. Innerkirchliche Arbeitsgrundlage sind die Bischöflichen Richtlinien für katholische Schwangerschaftsberatungsstellen.

Laut Gesetz hat jede Frau und jeder Mann einen Anspruch auf Beratung und Information in allen eine Schwangerschaft unmittelbar und mittelbar berührenden Fragen (z. B. Verhütung, finanzielle Leistungen, Suche nach Wohnung, Arbeits- oder Ausbildungsplatz, Rechte im Arbeitsleben). Spezifisch für den SkF ist, dass die Beratung kostenlos und unabhängig von Nationalität und Konfession ist. Grundlage der Arbeit ist ein ganzheitliches Konzept, d. h. wir bieten sowohl Beratung und Informationen als auch konkrete Hilfeleistungen während einer Schwangerschaft und nach der Geburt des Kindes an. Dieses Angebot gilt für alle Frauen und ihre Partner. Es schließt auch Minderjährige ein.

1. Mit welchen Fragen kommen jugendliche Mädchen in die Beratung und welche Unterschiede zeigen sich zu üblichen Schwangerenberatungen?

In vielen Punkten unterscheiden sich die Beratungen sehr junger Schwangerer nicht von den üblichen Schwangerenberatungen, denn viele Fragen decken sich.

Themen der Beratung sind:

Erziehungsgeld, Kindergeld, Stiftungsgelder, Wohnungsfragen, Krankenhäuser, Geburtsvorbereitungskurse, Hebammen, Unterhalt, Umgangsrecht. Spezifisch für die sehr jungen Frauen sind Themen, wie Schule und Ausbildung, Mutter-Kind-Einrichtung, Sorgerechtsfragen, Reaktionen der Eltern/des Freundes, Alltagsgestaltung, Angst vor der Geburt.

2003 hatten wir 24 Erstberatungen mit minderjährigen Schwangeren (3,3%) und 6 fortgeführte Beratungen aus den beiden Vorjahren. Nicht für alle Mädchen war es eine Katastrophe, so früh schwanger zu werden. In bestimmten kulturellen Zusammenhängen ist es durchaus normal, so jung Mutter zu werden. Generell kommen jugendliche Schwangere aus allen sozialen Schichten. Die Mädchen und jungen Frauen kommen zu uns, wenn sie die Entscheidung für das Kind bereits getroffen haben. Meistens sind sie schon in einer höheren Schwangerschaftswoche.

Für die sehr jungen Frauen war Schwangerschaft bisher noch kein Thema, folglich wissen sie auch nicht von der Existenz einer Schwangerenberatungsstelle. Oft hören sie von einer Lehrerin, einer Sozialarbeiterin oder von Familienangehörigen von der Möglichkeit, sich beraten zu lassen. In die Beratungsstelle kommen sie in der Regel in Begleitung, entweder mit der Mutter, der Freundin der Schwester oder mit einer Betreuungsperson, wenn sie bereits in einer Jugendhilfeeinrichtung leben, selten mit dem Kindesvater. Häufig werden die Termine auch von den Begleitpersonen vereinbart.

2. Welche Unterstützung können wir als Beratungsstelle in der Zeit der Schwangerschaft und danach leisten?

Eine Aufgabe von Beratungsstellen sehe ich darin, einen vertrauensvollen Kontakt während der Schwangerschaft mit den Frauen herzustellen, um präventiv auf Gruppenangebote oder andere Betreuungsmaßnahmen in und nach der Schwangerschaft hinweisen zu können. So wird eine Basis für eine spätere Kontaktaufnahme geschaffen, wenn die Frauen mit den vielfältigen Veränderungen und Problemen im Alltag mit Kind konfrontiert werden.

Wir erleben es häufig, dass sich Frauen etwa nach einem oder zwei Jahren aus verschiedenen Gründen wieder an uns als Beratungsstelle wenden.

Wir Beraterinnen können einerseits Informationen und Beratung zu rechtlichen Fragestellungen, wie Mutterschutzgesetz, Umgangsrecht, Sozialhilfe, etc. liefern und andererseits direkte Unterstützung leisten bei der Kontaktaufnahme zu Behörden, Fachdiensten und medizinischen Einrichtungen sowie Mutter-Kind Einrichtungen, bei der Durchsetzung von Rechtsansprüchen (z. B. Sozialhilfe), bei der Vermittlung von Sachleistungen (Kleiderkiste) und bei der Erschließung von finanziellen Unterstützungsmöglichkeiten (z. B. Stiftungen).

Generell gilt in der Schwangerenberatung, die Frauen nicht nur als Schwangere und werdende

Mutter zu sehen, sondern als Personen mit eigenen Wünschen und Bedürfnissen, Fähigkeiten und ambivalenten Gefühlen. Dies gilt umso mehr bei den sehr jungen Frauen und Mädchen. Wir reden mit den jungen Frauen über ihre Gefühle, Ängste, Sorgen und Bedürfnisse bzgl. ihrer Schwangerschaft, die Einstellung der Familie und ihrem sozialem Umfeld zu ihrer Schwangerschaft. Wir klären im Gespräch wo und von wem sie bei Problemen Unterstützung erfahren.

3. Was ist darüber hinaus sinnvoll, um jugendliche Schwangere angemessen zu unterstützen?

In meiner langjährigen Beratungspraxis habe ich es nie erlebt, dass eine Minderjährige ihr Kind in eine Adoptionsfamilie oder Pflegefamilie geben wollte. Die Wenigsten konnten sich auch zum Zeitpunkt der Beratung vorstellen in eine Mutter-Kind-Einrichtung zu ziehen, sondern wollten am liebsten ihr Lebensumfeld und ihre Freunde behalten. Sie wollten im Grunde zu Hause bleiben dürfen und in ihrem Umfeld Unterstützung erfahren.

Die Mädchen wünschen sich Lösungen, in denen sie einerseits Mutter sein können und andererseits Zeit haben für eine eigene Jugendphase mit der Möglichkeit, eine berufliche Perspektive zu entwickeln. Dazu zählen: Teilzeitausbildungen, Angebote für sehr junge Schwangere in der Geburtsvorbereitung und nach der Entbindung, ambulante Begleitung im persönlichen Umfeld mehr Familienhebammen und Akzeptanz von jungen Schwangeren in Krankenhäusern und auf Ämtern. Selten wird in der Beratung ein realistisches Bild vom Muttersein von den Jugendlichen abgefordert. Sie haben oft romantische Vorstellungen. Für mich persönlich ist es manchmal schwierig innerhalb der Beratung, die Mädchen mit ihren Wünschen zu sehen und gleichzeitig zu vermitteln, dass es für jede Frau auch schwierig und belastend sein kann, ein Kind zu erziehen. Hier kann ich mir vorstellen, dass z. B. mehr Projektwochen für Jugendliche zum Thema „Elternschaft“ einen besseren Zugang schaffen können.

4. Beispiele konkreter Arbeit

Das Luruper Netzwerk „Angebote rund ums Baby“ arbeitet seit ca. 1 1/2 Jahren erfolgreich für Frauen und Familien, die gerade ein Baby erwarten oder eines bekommen haben. Das Angebot richtet sich natürlich nicht nur an Minderjährige, ist allerdings im letzten Jahr mehrfach von sehr jungen Schwangeren genutzt worden.

In dem Netzwerk arbeiten die Beratungsstelle für Frauen, Familien und Schwangere vom SkF-Hamburg Altona, das Kifaz Lurup, die Familienservicestation aus Lurup, freie Hebammen, das Albertinen-Krankenhaus, die Mütterberatung und der ASD Lurup eng zusammen.

Durch diese Bündelung von Hilfen unterschiedlicher Berufsgruppen kann eine individuelle Lösung für die Frauen und Familien in ihrem Lebensumfeld erarbeitet werden.

Die Arbeit des Netzwerkes wird seit Okt. 2003 von der Koordinationsstelle Frühe Hilfen organisiert, Träger ist der Kinderschutzbund Hamburg.

Die Angebote haben einen niedrigschwelligen Charakter, um auch besonders belastete Familien zu erreichen, z. B. durch Beratung in Wohnortnähe. Die Bereitschaft, ein Beratungsangebot in der Zeit der Schwangerschaft anzunehmen, ist besonders hoch.

Leitfaden für minderjährige Schwangere in Hamburg

Insbesondere minderjährige Schwangere haben bis zum Eintreten der Schwangerschaft wenig Berührungspunkte mit diesem Thema. Zur besseren Orientierung im Beratungs- und Hilfsangebot in Hamburg hat die Beratungsstelle des SkF-Hamburg Altona in 2003 einen „Leitfaden für minderjährige Schwangere“ entwickelt.

Fazit: Jugendliche Schwangere und Mütter bedürfen spezifischer Unterstützung, die ihrem geistig-seelischen Entwicklungsstand angemessen ist und ihren Bedürfnissen gerecht wird. Um möglichst eine individuelle und passgenaue Lösung für die jugendliche Schwangere zu erreichen, ist es wichtig frühzeitig in enger Kooperation mit verschiedenen Institutionen und Berufsgruppen zu arbeiten.

Was kann der Allgemeine Soziale Dienst leisten?, Renate Jansen

Der ASD ist zuständig für Eltern mit minderjährigen Kindern (bis 18 Jahren). Ausnahme sind die jungen Volljährigen bis 21 Jahren.

Der ASD geht Meldungen (Polizei, Nachbarn, Verwandte, Schule, Kindertagesheim etc.) nach, es kommen aber auch Selbstmelder. Zu dem Aufgabenspektrum des ASD zählt Stadtteilarbeit (Teilnahme an Stadtteilkonferenzen/Vernetzungsarbeit, Unterstützung in Fragen der Erziehung, Beteiligung an familiengerichtlichen Verfahren (bei Trennung/Scheidung), Hilfen zur Erziehung, in Obhutnahme bei Gefahr im Verzug; der ASD stellt Antrag auf Erziehung, Teilbereiche des Sorgerechts oder des gesamten Sorgerechts (§ 1666 BGB). Er arbeitet mit unterschiedlichsten Trägern aus den ambulanten und stationären Bereichen zusammen.

Kommt zum Beispiel eine minderjährige Schwangere zu uns, betrachten wir gemeinsam, welche Ressourcen es innerhalb der eigenen Familie oder des Freundeskreises gibt und sprechen, wenn möglich, mit allen Beteiligten.

Welchen Bedarf hat die junge Mutter/haben die jungen Eltern?

Wie verantwortlich sehen wir sie?

Was sagen die Sorgeberechtigten dazu?

Der ASD bietet einerseits Hilfen an, hat andererseits das Wächteramt.

Sollte die junge Mutter/jungen Eltern/Familie kein Bewusstsein für ihre Problemlage haben, wir aber eine Gefährdung sehen, schalten wir zur Absicherung das Familiengericht ein.

Verläuft alles idealtypisch, so schauen wir gemeinsam, welche Unterstützungsmöglichkeiten gibt es noch im Stadtteil, wie z. B.: St. Pauli „Schnulleralarm“, „Adebar“, „Müttercafé“ (GWA), Vermittlung an andere Beratungsstellen, wie z. B. Kinderschutzzentrum, Elternschule, „Schreiambulanz“, etc.

Der ASD kooperiert mit der Mütterberatung. Es werden gemeinsame Hausbesuche durchgeführt. Anhand eines Fragebogens sind Kriterien/Bewertungen zusammengestellt, die es den Mitarbeitern/innen erleichtern sollen, evtl. Defizite/Fehlentwicklungen frühzeitig zu erkennen und entgegenwirkend zu helfen, gegebenenfalls auch unter Einbeziehung des Familiengerichtes. Sollten sich in einer kleinen Familie keine Lösungen entwickeln lassen, gibt es die Möglichkeit, die schwangere, junge Mutter/Vater mit dem Kind in einer speziellen Mutter/Vater/Kind-Einrichtung unterzubringen: „gemeinsame Wohnformen für Mütter und Väter und ihre Kinder“ gemäß §19 KJHG.

Dies ist eine besondere Leistung, keine Hilfe zur Erziehung. Das heißt, hierfür steht nur ein kleines Extra-Budget zur Verfügung. Hierzu muss ein Antrag beim ASD gestellt werden, entweder von der Schwangeren selbst oder von ihrem Sorgeberechtigten. Es muss sich hierbei immer um eine aktuelle Problemlage handeln. Der ASD erstellt dann einen Hilfeplan, aus dem hervorgeht, dass abzusehen ist, dass die Entwicklungsbedingungen des Kindes ohne eine Hilfe nachhaltig belastet sein werden, dass innerhalb einer angemessenen Frist ein Fortschritt in der Persönlichkeitsentwicklung zu erwarten ist, der die Mutter/den Vater zu einer eigenverantwortlichen Lebensführung mit dem Kind befähigt.

Diese Hilfe ist an bestimmte Anforderungen geknüpft:

Die junge Mutter/Vater sollte eine Schule besuchen, eine Ausbildung absolvieren oder einer anderen sinnvollen Tätigkeit nachgehen.

Ist die Mutter/der Vater bei Beginn der Hilfe unter 16 Jahre alt, ist grundsätzlich eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung erforderlich.

Ist die Mutter/der Vater über 16 Jahre alt und verfügt über elementare Fähigkeiten in der Alltagsbewältigung (Finanzen, Haushalt), kann die Betreuung auch in separaten Apartments im Rahmen einer Einrichtung oder trägereigenem Wohnraum erfolgen.

Nach Entlassung aus der Einrichtung kann, wenn notwendig, eine ambulante Form der Hilfe zur Erziehung, z. B. Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH) gewährt werden.

Lebensperspektiven von jungen Müttern – Anforderungen an die Bildungseinrichtungen

Irmela Huber, Andrea Dechau

Schule für Gesundheitspflege, Irmela Huber

1. Das schulische Angebot für schwangere Jugendliche in der Berufsvorbereitungsschule

Wenn jugendliche Schülerinnen schwanger werden, können sie an ihrer Schule bleiben. Laut Hamburgischem Schulgesetz können sie die Schulpflicht für 10 Monate ruhen lassen, um ½ Jahr beim Kind zu bleiben und danach den Schulbesuch wieder aufnehmen.

Ein besonderes Beratungs- und Unterstützungsangebot für jugendliche Schwangere und Mütter gibt es an den Regelschulen nicht.

Die Schülerinnen, die ich kenne, wollten nicht an ihrer Schule bleiben. Sie kommen aus allen Schulformen, sind noch schulpflichtig und ohne Abschluss. Sie haben sich an das Schulinformationszentrum gewandt; wurden dort beraten und auf Wunsch in das BVJ – Gesundheit für junge Mütter und junge Frauen in besonderen Lebenslagen – eingeschult. Das BVJ ist ein Kurs der Berufsvorbereitungsschule, einjährig und in Vollzeitform. Es gibt keine Aufnahmebeschränkungen; die Einschulungen erfolgen laufend.

Pro Halbjahr werden etwa 15 schwangere Schülerinnen eingeschult. Sie treffen auf ca. 45 jugendliche Mütter, die nach Geburt und Mutterschutz für die Betreuung ihres Kindes gesorgt haben und wieder zur Schule gehen. Einige haben ihre Kinder in der schuleigenen Krippe untergebracht. Im BVJ junge Mütter sind außerdem 20 junge Frauen, die in besonders schwierigen Lebenssituationen sind und deswegen die Regelschule nicht besuchen. Insgesamt sind es 60-80 und mehr Schülerinnen.

Die Schülerinnen befinden sich nun im berufsbildenden Schulwesen.

Bevor wir über unser Thema die „Anforderungen an die Bildungseinrichtungen“ aus der Sicht der jungen Mütter diskutieren, möchte ich darstellen, was wir anbieten, welche Vorgaben wir haben und welche Anforderungen wir an die jungen Mütter stellen.

Für die Berufsvorbereitungsschule gibt es einen Bildungsplan sowie eine Ausbildungs- und Prüfungsordnung. Der Bildungsplan basiert auf den Rahmenvereinbarungen der Kultusministerkonferenz: Der Bildungsauftrag der Berufsschule zielt auf die Vermittlung von Kompetenzen: Fachkompetenz, Sozialkompetenz, Lern-/Methodenkompetenz, Human-/Personalkompetenz. Der Unterricht erfolgt handlungsorientiert und berufsbezogen. Im Ergebnis sollen die Schülerinnen Handlungskompetenz erwerben, um bewusst, selbstbewusst und kooperativ zu handeln. Es geht nicht nur um Faktenwissen, sondern um den ganzen Menschen, der in der Lage ist, lebenslang zu lernen.

In der Ausbildungs- und Prüfungsordnung heißt es: Die Schülerinnen sollen befähigt werden, in die Berufsausbildung in weiterführende Schulen oder in die Arbeitswelt einzutreten, und es soll ihnen ermöglicht werden, einen ihren Leistungen entsprechenden Schulabschluss zu erwerben. Der Unterricht erfolgt in dem gewählten Berufsfeld. Normalerweise wird eine Schülerin einem BVJ zugewiesen, nachdem sie ein Berufsfeld gewünscht hat: Will sie Gärtnerin werden, kann sie ein BVJ an der Gewerbeschule für Gartenbau besuchen. Das hätten unsere Schülerinnen auch machen können, sofern ihre Berufswünsche erkennbar gewesen wären.

Die Mütter-Schülerinnen haben aber keine bzw. keine einheitlichen Berufsvorstellungen, an denen wir uns orientieren und berufsbezogen unterrichten könnten. Sie haben sich für dieses BVJ entschieden, weil sie schwanger sind, weil ihre Berufswünsche noch unklar sind und weil es dieses BVJ gibt. Dennoch sind die KMK-Rahmenvereinbarungen für jedes BVJ verbindlich und so auch für die jungen Mütter.

Wir sind eine Berufsschule für Gesundheitspflege und was wir den jugendlichen Müttern bieten können, ist eine Berufsvorbereitung im Berufsfeld Gesundheit.

Unsere konkreten Zielsetzungen sind:

- Die Schülerinnen planen ihre Zukunft durch Berufsorientierung, Berufsvorbereitung und Berufswahlentscheidung.
- Sie erwerben Handlungskompetenz und erreichen den Schulabschluss, der ihren Leistungen entspricht.
- Sie erhalten Hilfen zur Alltagsbewältigung.

Der Unterricht umfasst 29 Wochenstunden. Im Lernbereich 2 sind es die allgemeinbildenden Fächer wie Deutsch, Mathematik, Englisch, die den Hauptschulabschluss garantieren, und Sport mit insgesamt 8 Wochenstunden. Der Lernbereich 1 bildet den größeren Anteil mit 21 Wochenstunden. Die praktischen Fächer, die als solche im Zeugnis beurteilt werden, sind: Produktion und Dienstleistung, Gestaltung und Planung und Gesellschaft und Technik.

Sie werden in den Bereichen Gesundheitspflege, Umgang mit Kindern, Textilwerkstatt, Schulbistro, Umgang mit dem PC, Gesellschaft & Beruf praktiziert. In Projekten findet die Berufsvorbereitung statt und gleichzeitig erhalten die Schülerinnen Hilfen für den Alltag.

Z. B. im Bistro: Wir bereiten ein gesundes Frühstück und ein gesundes Mittagessen für 30-50 Personen: Wir planen, was es geben soll, und kaufen ein. Dann wird die Arbeit verteilt und produziert: hygienisch, bei rationeller und ergonomischer Arbeitsplatzgestaltung, rückschonend, nährstoffhaltend und nach Zeitplan. Zwischendurch wird gerechnet, dann verkauft, d. h. wir präsentieren unser Ergebnis und üben Dienstleistung in freundlichem Umgang mit unseren Kunden. Wir rechnen ab und räumen auf. Die Textilwerkstatt versorgt uns mit frischer Wäsche; in Gesundheitspflege geht es um gesunde Ernährung, auch für das Kind, und im EDV-Unterricht wird ein Kochbuch erstellt oder Rezepte in der Schülerinnenzeitung veröffentlicht. Wird ein (Kinder-) Fest geplant, gestalten wir das Büfett.

Die Lernbereiche sind in Projekten miteinander verzahnt; die Schülerinnen werden auf berufliche Tätigkeiten vorbereitet und erhalten Hilfen für den Alltag.

Sie absolvieren zwei Praktika im Jahr und werden zweimal jährlich in der Schule vom Arbeitsamt beraten. 7 Lehrer unterrichten in zwei Klassenteams. Für persönliche Probleme und Krisen können die Schülerinnen eine Beratungslehrerin ansprechen; bei Fragen zum Kind beraten die Kolleginnen von der Fachschule für Sozialpädagogik, FSP I, in der Kinderkrippe; zur Schullaufbahnberatung und Zukunftsplanung stehe ich zur Verfügung. Bei massiven Schulpflichtverletzungen (Schwänzen) kümmert sich eine Mitarbeiterin von REBUS um die Wiederaufnahme des Schulbesuchs.

Bislang ging es um Mütter-Schülerinnen, die den Hauptschulabschluss erreichen können. Die jungen Mütter, die den Realschulabschluss anstreben, können die 2-jährigen Berufsfachschule, BFS-Gesundheit, besuchen. Eine solche Klasse wurde an unserer Schule eingerichtet. Die unterrichtenden Kolleginnen und Kollegen sind teils aus den BVS-Teams und kennen die Schülerklientel. Einige Kinder der BFS-Mütter sind auch in der schuleigenen Kinderkrippe untergebracht.

2. Die jugendlichen Schwangeren und Mütter in der Berufsvorbereitungsschule

Die jugendlichen Schwangeren wollen zwar nicht an ihrer alten Schule bleiben, aber sie wollen weiter zur Schule gehen, wollen Schülerin bleiben, den Schülerstatus auch in ihrem Freundeskreis erhalten. Sie finden es gut, mit den anderen zusammen zu sein, mit Gleichgesinnten – zuweilen Leidensgenossinnen. Sie sind sehr solidarisch.

Wenige wollen so schnell wie möglich ihren Abschluss machen und haben konkrete Berufswünsche. Die meisten haben sich keine Gedanken gemacht, wie es weitergehen soll. Es gibt aber auch Schülerinnen, denen Schule und Zukunftsplanung völlig gleichgültig ist. Sie haben immer schon geschwänzt und werden von REBUS betreut.

Der Schulbesuch der jugendlichen Mütter ist allgemein sehr unregelmäßig. Bei 80 Schülerinnen ist etwa ein Viertel vorübergehend im Mutterschutz, im „Erziehungsurlaub“, in Therapie oder zur Kur.

Ein knappes Viertel schwänzt. Von der hoffnungsvollen Rest-Hälfte ist erfahrungsgemäß die Hälfte da – wir sind jetzt bei 20 Schülerinnen – und das sind natürlich nicht immer dieselben: Die Schülerinnen sind krank, die Kinder sind krank, die Tagesmutter ist verhindert, der Kindergarten geschlossen und es ist niemand da, der ihnen die Betreuung des Kindes abnimmt. Erziehungskonferenzen, Arztbesuche, Behördengänge, Wohnungssuche – die Fehlzeiten werden von BetreuerInnen entschuldigt und von Ärzten attestiert.

Können die Leistungen wegen hoher Fehlzeiten nicht beurteilt werden, kann das BVJ auf Antrag verlängert werden. Sind die Fehlzeiten nicht entschuldigt und ist die Schülerin mittlerweile nicht mehr schulpflichtig, wird sie abgemahnt und ausgeschult.

Von 66 Schul-Abgängerinnen im letzten Schuljahr (2002/2003) haben 21 Mütter die Schule mit Erfolg, d. h. mit einem Abschluss, verlassen und genauso viele ohne einen Abschluss. Unter den letzteren sind die REBUS-Kandidatinnen, aber auch leistungswillige, schwache Schülerinnen, die den Anforderungen an Schule und Erwerbsleben (noch) nicht gewachsen sind. Sie wurden z. T. in Absprache in (Förder-) Maßnahmen des Arbeitsamtes vermittelt. Staatliche und gemeinnützige Träger bieten sowohl Berufsvorbereitung als auch Ausbildungsplätze an; dort werden die Jugendlichen oft umfassend betreut.

Die konkreten Berufsvorstellungen, die die Schülerinnen im Laufe der Schulzeit entwickeln sind: Assistentin im Sozialwesen, Krankenpflegerin, Arzthelferin, Bürofachfrau, Kauffrau im Einzelhandel; sie wählen Ausbildungsberufe oder ungelernte Tätigkeiten im Handwerk, in der Gastronomie, im Handel – überwiegend typische Frauenberufe. Sie melden sich für die zwei-jährige Berufsfachschule oder Handelsschule an, um den Realschulabschluss zu erreichen.

„Neben uns“ und „nach uns“ gibt es für junge Mütter wenige Möglichkeiten, den Schulabschluss nachzuholen und den Anschluss an das Aus- oder Weiterbildungssystem zu schaffen. Sollten sie nach dem Abschluss des BVJ nicht weitermachen – in Schule, Ausbildung oder einer Erwerbstätigkeit – verlieren sie den Kita-Platz.

3. Offene Fragen und Veränderungsmöglichkeiten

Damit sind wir bei den Unzulänglichkeiten, Kritik und Veränderungswünschen. Dies betrifft sowohl unser eigenes, schulisches Angebot, als auch das Betreuungssystem, mit dem wir zusammenarbeiten. Die Veränderungswünsche richten sich auch an Politik und Gesellschaft, wo über die Bedingungen von jungen Müttern in Schule, Ausbildung und Arbeit entschieden wird. Ich denke daran, dass es (noch) keine Teilzeitausbildung für junge Mütter gibt.

Das größte Problem sind die jungen Mütter selbst: Ihre oft verzwickten Lebenssituationen, ihre Wertvorstellungen, ihr Gesundheitszustand, ihre begrenzte Belastbarkeit und Leistungsbereitschaft und ihre Unzuverlässigkeit.

Ich bin die Lehrerin und weiß, dass mit Schule und Zukunftplanung nicht viel zu machen ist, wenn die momentane Lebenssituation nicht zu bewältigen ist. Ich weiß aber auch, dass die Schülerinnen zuverlässiger sein müssen, um die Schule erfolgreich zu beenden und eine Tätigkeit, Ausbildung oder Weiterbildung zu beginnen und mit Erfolg abzuschließen.

Bei allem Verständnis sollten wir den jungen Müttern weniger die Möglichkeit geben, sich mit der belastenden Situation zu entschuldigen, sich dahinter zu verstecken und sich zu entziehen. Sie sollten die Belastung erkennen und Möglichkeiten finden, damit zu leben. Mit unserer Kompetenz und Profession sollten wir ihnen helfen, die Problemfelder zu analysieren, zu entzerren und gezielt anzugehen: Sie zu fördern und – gleichzeitig und ganz besonders – zu fordern.

4. Meine Motive und inneren Bilder

Folgende Leitlinien sind für mich im Umgang mit den jugendlichen Mütter-Schülerinnen gültig:

Fördern und Fordern

Nähe und Distanz

Individualität und Norm

Integration statt Isolation.

Chancengleichheit und umfassende gesellschaftliche Integration für junge Mütter, *Andrea Dechau*

Eine eigenständige Lebensführung hängt vor allem von einer stabilen Persönlichkeitsstruktur ab, ganz wesentlich gehören auch ökonomische Faktoren dazu. Wie können junge Frauen, die lernen sollen, sich verantwortungsvoll um ihr Kind zu kümmern, zusätzlich auch noch ihre berufliche Zukunft aufbauen?

Beides gemeinsam ist eine Herausforderung und braucht Stärke und Unterstützung.

Im Zentrum für Alleinerziehende, Hohe Liedt, ergänzen sich zwei Hilfesysteme unter einem Dach: Jugendhilfe und Jugendberufshilfe. Ziel beider Ansätze ist es, die Mütter auf in selbständiges Leben vorzubereiten und ihnen eine berufliche Qualifizierung zu bieten, die auf ihre persönliche Situation Rücksicht nimmt. Dabei ist die Betreuung der Kinder Bestandteil des Konzeptes. Langfristig sollen die jungen Frauen von Sozialhilfe unabhängig werden.

Konzeptionell liegt der Schwerpunkt der pädagogischen Arbeit mit den jungen Müttern oder Vätern auf Themen wie Gesundheitsförderung, Erlangung sozialer Kompetenzen und eigener Identität, Persönlichkeitsentwicklung und Existenzsicherung. Ziel ist es, die jungen Leute in die Lage zu versetzen, auf eigenen Beinen zu stehen und die Verantwortung für sich und ihr Kind zu übernehmen.

In dem Gebäudekomplex stehen Einzelzimmer zur Verfügung sowie eine Küche und sanitäre Anlagen. Im Haupthaus liegen die Gemeinschaftsraum und eine Großküche mit Esssaal. Für die Kinder sind im Garten Spielflächen angelegt. Zwei mal acht Alleinerziehende mit ihren Kindern finden Platz in den Häusern, in einem Appartementhaus weitere acht. In einem weiteren Haus können weitere acht Plätze bezirklicher Jugendwohnungen zur Erprobung der individuellen Selbständigkeit bereitgehalten werden.

Mitten im Geschehen auf dem Gelände „Hohe Liedt“ liegt das Büro der Sozialpädagogischen Familienhilfe (SPFH). Die SPFH wendet sich an Familien mit Kindern, die sich in schwierigen Lebenslagen oder Krisen befinden. Das Angebot soll helfen, die Herausnahme von Kindern aus der Familie zu verhindern. Wo dies im Einzelfall noch nötig wird, gilt es, mit der Teilfamilie weiter zu arbeiten und die familiären Bezüge zu stabilisieren. Die SPFH leistet Hilfe zur Selbsthilfe und zielt auf Integration, Mobilisierung der Ressourcen sowie eine gelingende Versorgung.

In Hohe Liedt gilt es darüber hinaus, Übergänge in betriebliche Ausbildung und in einem eigenen Wohnraum zu begleiten. Für die verlässliche Kinderbetreuung stehen geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung. Dieses Angebot bezieht die jungen Mütter/Väter mit ein und unterstützt deren Teilnahme an Qualifizierungsmaßnahmen – zum Beispiel Schulbesuch oder Ausbildung.

Das Zentrum für Alleinerziehende und ihre Kinder bietet zweimal 12 Plätze Berufsorientierung (eine Gruppe Vormittags, die andere Nachmittags) und 16 Plätze Berufsausbildung im Verbund mit der Berufsbildungseinrichtung Rosenhof des LEB.

Die Berufsorientierung dauert 6 Monate. Hier lernen die Frauen Ausbildungsberufe und Tätigkeiten in verschiedenen Berufsfeldern kennen – sowohl aus dem gewerblichen, dem kaufmännischen als auch dem Dienstleistungsbereich.

Im Anschluss an die Kurse zur Berufsorientierung – vom 01. August 2004 an – bieten wir eine zwei- bis dreijährige Berufsausbildung direkt vor Ort, in der Lehrküche, als Hauswirtschafterin an. Die Ausbildungsressourcen der in der Nähe liegenden Berufsbildung Rosenhof des LEB werden mit einbezogen; auf diese Weise können wir das Angebot erweitern um die Berufe Einzelhandelskauffrau, Bürokauffrau, Malerin, Gas- und Wasserinstallateurin und Zimmerin.

Während der Ausbildung werden Stütz- und Förderunterricht durch geeignete Mitarbeiter abgedeckt. Unsere Ausbilder und Sozialpädagogen betreuen und helfen bei der Akquirierung von Praktikumsplätzen, Arbeits- und Ausbildungsplätzen.

Entlastung und Unterstützung von jungen Müttern (und Vätern) in stationären Einrichtungen

Martina Feistritzer, Ute Dorczok, Ines Hyda

Wir möchten vor unserem Erfahrungshintergrund (Leitung im Jugendhilfebereich u. a. mit dem Schwerpunkt Mutter-Kind-Hilfen) den Arbeitsbereich der stationären Einzelhilfen für Schwangere bzw. Mutter und Kind vorstellen.

Dabei wollen wir sowohl auf die Zielgruppe und die Erfahrungshintergründe und Wünsche der von uns betreuten Frauen eingehen, als auch in die rechtlichen Grundlagen dieser Hilfeform einführen, sowie die strukturelle und inhaltliche Ausgestaltung der Hilfen erläutern.

Zielgruppe

Schwangere und alleinsorgende Frauen (bzw. Männer) mit ihren Säuglingen oder Kleinkindern, die aufgrund schwieriger, krisenhafter Lebensumstände, ihrer Persönlichkeitsentwicklung oder ihres jungen Alters Unterstützung bei der Wahrnehmung ihrer Mutterrolle, bei der Pflege und Erziehung ihres Kindes benötigen.

Dies sind überwiegend:

sogenannte Teenager-Mütter, Mütter mit Psychiatrie- bzw. Drogenerfahrung, Mütter, denen schon Kinder „weggenommen“ worden sind, junge unbegleitete Flüchtlinge, lern-/geistigbehinderte Mütter.

Erfahrungshintergründe

Meist sehr belastender biographischer Hintergrund, häufig eigene Erfahrungen von Missbrauch, Gewalt, Ausbeutung und Ablehnung, Schul- und Ausbildungsabbrüche; in der aktuellen Situation kaum tragfähige Unterstützungsnetze (Eltern, Familie, Freunde...), Isolation und Einsamkeit.

Vor diesem Hintergrund ist die Entscheidung für ein Kind bzw. die Gründung einer eigenen Familie mit hohen Erwartungen, Hoffnungen und Wünschen verknüpft, auf die im nächsten Abschnitt noch genauer eingegangen wird.

Ziele der Hilfen

Individuelle Entwicklungsziele werden in den Hilfeplangesprächen entwickelt und vereinbart, dabei werden folgende Punkte berücksichtigt:

- Stärken der alltagspraktischen und sozialen Kompetenz
- Persönlichkeitsentwicklung
- Lernen von eigenverantwortlicher Lebensführung
- Aufbau stabiler und tragfähiger Mutter-Kind-Beziehung
- Förderung der Entwicklung des Kindes
- Unterstützung bieten bei der Bewältigung von Partnerschaftsproblemen, Kontakten und Schwierigkeiten mit der Herkunftsfamilie
- Unterstützung bei Entwicklung einer schulischen/beruflichen Perspektive und dem Aufbau und Erhalt unterstützender Systeme
- Klärung der Mutter-Kind-Beziehung im Hinblick auf ein Zusammenleben oder eine Trennung
- gegebenenfalls Entwickeln einer getrennten Perspektive für Mutter und Kind

Rechtliche Grundlagen

Die Rechtliche Grundlagen für Mutter und Kind-Betreuung sind für stationäre Betreuungen der § 19 SGB VIII (KJHG) „Gemeinsame Wohnformen für Mutter (bzw. Vater) und Kind“.

Um diese Hilfe zu bekommen ist ein Antrag beim zuständigen Jugendamt nötig, dieser Antrag kann schon von der minderjährigen Schwangeren oder jungen Mutter selbst gestellt werden. (Bei allen anderen Hilfen zur Erziehung ist ein Antrag der Sorgeberechtigten nötig). Im Jugendamt wird geprüft, ob die Voraussetzungen für eine Hilfe gegeben sind, d. h. das Kind ist unter 6 Jahre, die junge

Frau benötigt aufgrund ihrer Persönlichkeitsentwicklung Unterstützungsbedarf bei der Pflege und Erziehung des Kindes. Wenn eine Hilfe nötig ist wird im Jugendamt gemeinsam mit der jungen Frau und ggf. schon mit dem künftigen Träger ein Hilfeplan erarbeitet. D. h. es werden Ziele festgelegt, die mit der Hilfe erreicht werden sollen. Diese werden in regelmäßigen Abständen überprüft und ggf. modifiziert.

Die Betreuung nach § 19 findet in Hamburg in rund-um-die-Uhr betreuten Appartementshäusern oder in sehr intensiver Betreuung im trügereigenen Wohnraum statt. Unterhalt ist Teil der Hilfe.

Stationäre Betreuung § 19 SGB VIII (KJHG)

Gemeinsame Wohnformen für Mütter/Väter und Kinder

Bedingungen:

alleinsorgender Elternteil, ein Kind unter 6 Jahren (schließt ältere Geschwister ein)

Persönlichkeitsentwicklung der Mutter/Vater.

Dauer:

wenn und solange die Persönlichkeitsentwicklung der Mutter/des Vaters diese Form der Unterstützung bei der Pflege und Erziehung notwendig macht, schwangere Frauen können vor der Geburt in der Wohnform betreut werden.

Wichtig: Mutter/Vater – Kind als Bezugssystem, differenzierte Wohnformen sind vorzuhalten; auf eine Aufnahme/Weiterführung von schulischer und beruflicher Ausbildung soll hingewirkt werden.

Für die konzeptionelle Ausrichtung unserer Mutter-Kind-Einrichtungen ist es notwendig, sich an den Bedürfnissen der jungen Mütter zu orientieren. Aus diesem Grund möchten wir in diesem Workshop darstellen und diskutieren, was sich die Frauen vom Leben als Mütter erhoffen, welche Form der Unterstützung sie sich von den Einrichtungen wünschen und wie die Jugendhilfe diesem Bedarf derzeit gerecht wird.

Was wollen/wünschen sich die jungen Frauen, wenn sie schwanger sind?

Was erhoffen sie sich von der Schwangerschaft?

Sie wollen ihr Kind bekommen, auch wenn Eltern oder Partner dagegen sind.

Die Suche nach Liebe und Geborgenheit steht im Vordergrund, Anerkennung und Wertschätzung, vor allem durch die eigene Mutter oder die Familie (geringe Selbstachtung überwinden, hoffen auf mehr Kontakt zur Familie und Partner und auf Unterstützung, wollen gesehen werden), sie erhoffen sich verlässliche Bindung an einen Partner, wünschen sich eine eigene kleine Familie, die sich selbstständig versorgt, wollen es oft „besser machen“ als sie es selbst erlebt haben. Ein Kind bietet eine Zukunftsperspektive (wozu bin ich da?) und die Möglichkeit, Zukunftsangst und Chancenlosigkeit zu überwinden. Viele Schwangerschaften entstehen nach einer längeren Phase, in denen die jungen Frauen nicht wussten, wie sie ihr Leben gestalten sollen. Die Jugendlichen drücken damit ihren Wunsch aus noch einmal von vorne anfangen zu können.

Manchmal wird damit ein Ausweg aus der Drogenabhängigkeit erhofft, oder eine Wohnungssicherung und finanzielle Absicherung.

Was wollen die jungen Frauen von den Einrichtungen?

Wünsche, die häufig von den Frauen im ersten Hilfeplangespräch formuliert werden:

Akzeptanz ihrer Lebensentscheidungen, Geburtsvorbereitung und evtl. Geburtsbegleitung, Hilfe und Unterstützung bei allen Fragen zur Pflege und Ernährung des Kindes sowie Hilfe bei Erziehungsfragen, insbesondere in Belastungssituationen (z. B. Krankheit, Zubettgehrituale), Gesprächspartnerinnen zu biographischen Themen, Partnerschaft/Partnerschaftskonflikten, zur Familiensituation/Familienkonflikten (häufig mit der eigenen Mutter), Entlastung. Viele wünschen sich eine Schul- oder Berufsausbildung machen zu können und erhoffen sich in diesem Zusammenhang eine geeignete Kinderbetreuung. Sie benötigen Unterstützung bei Behördengängen, auch Interessenvertretung gegenüber dem Jugendamt (ASD und Vormund), Beratung in Vaterschaftsfragen. Sie erhoffen sich Aufmerksamkeit.

Wünsche, die meist im Verlauf geäußert werden:

Spielanleitungen für das Kind, Erklärungen zur Entwicklung des Kindes, Unterstützung im Umgang mit Geld, Schuldenregulierung, Unterstützung in der Haushaltsführung (Reinigung, Kochen), Gesprächspartnerinnen zu biographischen Themen, zur Partnerschaft/Partnerschaftskonflikten, zur eigenen Familiensituationen oder Familienkonflikten (häufig mit der eigenen Mutter), Verhütungsfragen, Freizeitgestaltung.

Wie finden wir heraus, was die jungen Mütter wollen?

Aufstellung eines Hilfeplanes, Gespräche.

Raum für bestimmte Themen geben/Erfahrungen mit unserer Verlässlichkeit und unseren Angeboten ermöglichen es manchen Frauen, sich mehr zu öffnen, regelmäßige Zielüberprüfungen, Beobachten des Verhaltens.

Fazit

Der Hauptteil unserer Arbeit besteht darin, die unterschiedlichen und widersprüchlichen Bedürfnisse von Mutter und Kind zu thematisieren und hier für beide eine individuelle Lösung zu finden. Die jungen Frauen müssen sich trotz Unterstützung und Entlastungen der Einrichtungen damit auseinandersetzen, dass sie meist alleinerziehend sind und wenig oder keine Hilfe durch Partner oder die eigene Familie haben. Aus dieser Situation heraus resultieren Wünsche der Frauen, die wir nur durch Beobachtungen feststellen können:

Da sie selber noch eine hohe Bedürftigkeit haben, wünschen sie sich häufig eine Art Bemutterung, wollen selber umsorgt werden, wollen bekocht werden, der Haushalt könnte auch von jemand anderem geführt werden, mehr Begleitung – eigentlich nicht so viel Verantwortung selber zu tragen noch mehr Entlastung, sie wollen ernst genommen werden, wollen sich ausruhen und schlafen, mehr freie Zeit, ohne Kind ausgehen und einen festen Partner kennen lernen.

Auch bei jungen Müttern steht der typische Adoleszenzkonflikt von Widersprüchen zwischen mehr Eigenverantwortlichkeit und Angst vor Verantwortlichkeit im Vordergrund, der zusätzlich durch die frühe Mutterschaft und überwiegend auch durch die erlebten eigenen Familienstrukturen erschwert wird.

Grundsätzliches Selbstverständnis

Wir gehen davon aus, dass Lebensentwürfe und Konfliktlösungsstrategien auf biographisch begründeter Interpretation der sozialen Umwelt beruhen, und dass individuelles Handeln, für die/den Handelnde/n, Sinn macht. Einfühlsames Verstehen der Sichtweisen und des Wirklichkeitserlebens der Hilfesuchenden ist daher die Basis der gemeinsamen Arbeit.

Wir entlassen sie nicht aus der Verantwortung für ihr Leben, wir konfrontieren sie mit den Folgen ihres Handelns und mit unseren Standpunkten und bieten Reibungsfläche. Wir entwickeln individuelle Problemlösungen; verstehen es aber auch als unsere Aufgabe, eine Entwicklung zu einem verantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Leben zu fördern.

Jugendliche Mütter

Junge Mütter leben in einer paradoxen Situation. Sie müssen gleichzeitig erwachsen werden und Identität entwickeln, sich also von der Erwachsenenwelt der Eltern abgrenzen und Verantwortung für ein Kind übernehmen, Eltern sein. Auch jugendliche Mütter stehen unter großem Druck. Sie müssen beweisen, dass sie diesen Spagat schaffen. Sie haben das Recht auf Zeit für Entwicklung. Auch sie brauchen Entlastung und gleichzeitig Beratung und Anleitung über die Bedürfnisse eines Kindes. Sie kommen in der Regel aus zerbrochenen Familien und meinen beweisen zu müssen, bessere Mütter zu sein als ihre eigenen es waren.

Mutter-Kind-Dyade, Zwei-Generationen-Arbeit

Mutter und Kind-Betreuung ist ein hochkomplexes Hilfesystem, das sich immer auf mindestens zwei Personen und deren Interaktion bezieht. Jüngere Untersuchungen der Bindungsforschung

haben aufgezeigt, wie wichtig für die emotionale Entwicklung eines Kindes eine sichere Gebundenheit gerade in den ersten Lebensjahren ist. Unsichere Gebundenheit hat nicht selten massive psychische Probleme spätestens im Jugendalter zur Folge. Mütter, bei denen Maßnahmen der Jugendhilfe angezeigt sind, befinden sich auf Grund eigener Problemlagen in besonders belastenden Lebenssituationen und haben massive eigene Probleme und damit ergibt sich ein hohes Risiko für die psychosoziale Entwicklung des Kindes. In der Betreuung wird daher ein besonderes Augenmerk auf eine gelungene Mutter und Kind-Interaktion/Beziehung zu legen sein.

Elternarbeit/Partner

Die Frauen haben in der Regel, trotz häufig negativer Erfahrungen und unabhängig vom Alter, eine sehr enge Bindung an ihre Familie. Diese existiert weiter, unabhängig davon, ob Kontakt besteht oder nicht. Wo es Kontakt gibt, ist er in der Regel sehr eng. Häufig suchen sich Frauen Ersatzfamilien oder Familienersatz (z. B. in Partnerschaften und eigenen Kindern).

Durch die Schwangerschaft und die Geburt des eigenen Kindes wird i. d. R. die eigene Geschichte und das Verhältnis zu den eigenen Eltern präsenter. Gespräche und die Auseinandersetzung mit den Eltern haben eine besondere Bedeutung in der Betreuung. Die Eltern können insbesondere für die Mütter – gerade nach Beendigung der Betreuung – eine wichtige Entlastungsressource sein. Gleichzeitig birgt die Beziehung der i. d. R. ein Konkurrenzverhältnis. Ebenso gewichtig ist die Rolle des (gewünschten) Partners, auf den sich Erwartungen von Entlastung ebenso richten wie Hoffnungen auf ein intaktes Familienleben, welches es bisher – oft auch in der Herkunftsfamilie – nicht gegeben hat. Da es den Müttern darüber hinaus sehr viel eingeschränkter als anderen jungen Frauen möglich ist, auszugehen und Kontakte zu knüpfen, werden die bestehenden Beziehungen häufig überlastet. Gemeinsame Arbeit und Gespräche mit beiden Partner/innen sind so von großer Bedeutung.

Traumatisierte Mütter, Mütter mit psychischen Störungen

Krisenintervention ist gerade im Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen ein wichtiger Bestandteil, da sie fast regelhaft in Krisen kommen können. Krisenplanung und -intervention sind Teil der Hilfeplanung und des Settings. Diese Frauen stehen unter besonders starkem Druck zu beweisen, dass sie gute Mütter sind. Drucksituationen können gleichzeitig psychische Krisen auslösen. Entlastung ist also ein adäquates Mittel von Krisenprophylaxe und damit auch zum Schutz der Kinder notwendig. Anleitung im Umgang mit ihrer psychischen Problematik ist Teil der Hilfe, Stabilisierung, aber auch das Aufzeigen unserer Grenzen.

Die Kinder brauchen eine zusätzliche verlässliche Bezugsperson, daher sind in der Regel zwei Personen für die Mutter und Kind-Betreuung zuständig.

Wenn möglich werden Familienmitglieder in die Betreuung einbezogen, wenn nötig und möglich organisieren wir außerdem eine Paten-Tante oder -Oma.

Entlastung

Eine Geburt, insbesondere die erste, verändert das Leben, verunsichert und kann eine Krise auslösen. Den Müttern, die in unseren Einrichtungen betreut werden, fällt es schwer Hilfe und Entlastungsangebote anzunehmen. Sie befürchten, dass ihnen unterstellt wird, überfordert und keine gute Mutter zu sein. Wir bieten daher Entlastung an und versuchen zu vermitteln, dass es normal ist praktische und inhaltliche Hilfe zu brauchen und anzunehmen.

Mutterrolle, Schulbesuch, Arbeit

Die Mutterrolle wird gesellschaftlich als „die Frauenrolle schlechthin“ definiert. Wir wollen daraufhin wirken, dass die Frauen sich mit dieser Rolle, aber auch mit anderen geschlechtsspezifischen Aspekten des Frauseins auseinandersetzen. Wir unterstützen sie darüber hinaus, durch Schulabschlüsse, Ausbildung und Arbeit einen gesellschaftlichen Platz außerhalb ihrer Familienrolle zu finden. Wir halten die Aufnahme von Schulausbildung oder Erwerbstätigkeit für wichtig, um autonom und unabhängig von staatlichen Institutionen zu leben. Wir halten es jedoch auch für angebracht, in jugendpolitischen Kontexten darauf hinzuweisen, dass auch die von uns betreuten Mütter/Väter einen Anspruch auf Elternurlaub haben.

Sozialraumbezug

Grundsätzlich sehen wir die Notwendigkeit einer regionalen Kooperation und Vernetzung aller Institutionen, die mit Kindern und Jugendlichen und Familien zu tun haben (Schule, Gesundheitswesen, Jugendhilfe etc.), für die Unterstützung eines tragfähigen sozialen Netzes und zur optimalen Nutzung der Ressourcen.

In den konkreten Betreuung haben sich zu einzelnen Institutionen, wie Kinder- und Jugendpsychiatrie, Schul- und Ausbildungsstellen, Beratungsstellen (insbesondere Drogenberatungsstellen), aber auch zu Einzelpersonen wie Ärzten etc. enge Kontakte gebildet.

Methoden

Bezugsbetreuer/ Innen	Betreuungskontinuität herstellen bei psychischen Erkrankungen von Mutter und Kind 2 Bezugsbetreuer/innen
Clearing	Zugang zu subjektiven Interpretationen der Lebens- und Problemlagen
Einzelgespräche	<ul style="list-style-type: none"> - Beziehungskontinuität herstellen - eigenes Verhalten reflektieren - Reflexion der Mutterrolle - Benennen, Aufarbeitung von problematischen, biographischen, Situationen und Finden neuer Bewältigungsstrategien, bezogen auf Familie, Partnerschaft, Sexualität, Gewalt- und Missbrauchserfahrungen, psychosomatische Auffälligkeiten und Sucht - Aufarbeitung von schulischen Erfahrungen, Lebensplanung, Perspektiventwicklung - Entwicklung von Handlungsschritten
Videogestützte Interaktion und Reflektion	<ul style="list-style-type: none"> - Mutter/Vater und Kind-Kommunikation - Signale des Kindes lesen lernen, - Information über Bedarfe des Kindes
Gruppen-Gespräche	<ul style="list-style-type: none"> - Kontakt zu Anderen herstellen und Isolation aufbrechen - Voneinander lernen - Übungsfeld für soziale Verhaltensweisen - Kommunikationsformen und Regeln lernen - Erkennen und Reflektieren von Selbst- und Fremdwahrnehmung
Arbeit mit Ritualen und Struktur	<p>Individuell gewählt bzw. im Hilfeplan festgelegt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erarbeitung individueller Tagesstrukturen - feste Gruppen- und Einzelgespräche - montags Frühstück - dienstags bis freitags gemeinsam produziertes Mittagessen - sonntags „Kaffeeklatsch“, 1 x in der Woche Sport (montags Schwimmen), - 4 x die Woche Werkstatt, 2 x am Tag Rundgang (Wohnhaus Bürgerweide 19, Wohnungen, Bürgerweide 23) Kontrolle und Anleitung
Eltern/Partner/Netzwerkarbeit	<ul style="list-style-type: none"> - Aktivierung von persönlichen, sozialen, professionellen und institutionellen Netzwerken - Ressourcen aktivieren - Netzwerkkarten - Elterngespräche/besuche
Entlastung	<ul style="list-style-type: none"> - Regelmäßige Betreuung der Kinder, „Paten“ - Krisenverarbeitung u. -Intervention - Wochenendbetreuung u. Sportliche Betreuung der Kinder

Angebote Kinder

Die Leistungen erfolgen auf zwei Ebenen:

- Beratung, Betreuung, Begleitung und Anleitung der Mutter und zwar bezogen auf Tätigkeiten und Themen, die die Entwicklung und Förderung des Kindes betreffen
- Beschäftigung, Förderung und Versorgung des Kindes durch die Betreuer/innen

Bezugsbetreuungssystem	jeweils eine Bezugsperson für Mutter und Kind
Einzelaktivitäten	Gespräche Reflexion zu Themen: der Entwicklung des Kindes, von Überforderungssituationen Mutter-Kind-Beziehung, Kennenlernen von Förderungsmöglichkeiten Kinderbetreuung nach Einzelabsprache: Förderung des Kindes, Spontane Abgabe des Kinder Begleitung zu speziellen Institutionen, Frühförderung KITAS, Kinderschutzbund etc.
Gruppenaktivitäten	Mutter und Kind-Gruppe Erfahrungsaustausch gegenseitige Entlastung (emotionale) und Förderung Kinder – Spielgruppe 2 x wöchentlich Förderung der Kinder
Freizeitaktivitäten	Möglichkeiten sinnvolle Freizeitgestaltung für Mutter und Kind kennenzulernen, gemeinsam Spaß haben z. B. Schwimmen, Besuch Zoo, Spielplatz gezielte Mutter und Kind-Reisen Einzel- und Gruppenunternehmungen, Ferienreisen
Entlastung der Mutter	Regelmäßige Termine, an denen das Kind betreut wird und die Mutter frei hat in Überlastungssituationen die Möglichkeit, das Kind auch spontan abzugeben Nachtbereitschaft mit Babyphone (im Wohnhaus in der Bürgerweide) für ältere Kinder, gegebenenfalls bleibt die pädagogische Bezugsperson für den Abend Paten-Tanten-Omas ggf. Wochenendbetreuung und „spontane“ Betreuung von Kindern

Welche Angebote passen für junge Mütter während der Schwangerschaft und rund um die Geburt?

Dr. Monika Blöcher, Birgit Schulze, Dr. Henning Wulbrand

Haben Teenagermütter Risikoschwangerschaften und -geburten?, Dr. Monika Blöcher

Teenagerschwangerschaften: Daten und Fakten

Im Jahre 1996 gab es in Deutschland 9490 Schwangerschaften bei Jugendlichen unter 18 Jahren. Davon entschieden sich 4724 junge Frauen, das sind knapp 50%, für einen Schwangerschaftsabbruch. Diese Zahlen sind seitdem stetig angestiegen. In 2001 wurden 12.845 unter-18-jährige schwanger. Von diesen ließen 7605 einen Abbruch durchführen, das sind knapp 60%.

Die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche bei Teenagern stieg von 2000 auf 2001 um 21% an. (Zahlen erhoben vom Statistischen Bundesamt).

Die Zahl der Geburten bei unter 18-jährigen bleibt in Deutschland mit ca. 5000 pro Jahr seit etwa 20 Jahren gleich hoch (BZgA).

Bei sinkender Gesamtgeburtenzahl erhöht sich damit der Anteil jugendlicher Mütter.

Was könnten die Ursachen dieser Entwicklung sein?

„Dieses Phänomen wirkt auf den ersten Blick unerklärlich, scheint doch keine andere Generation so aufgeklärt, hat schier unbegrenzten Zugang zu Informationen und kaum irgendwelche Restriktionen bei der Verfügbarkeit von Verhütungsmitteln wie diese. Das erzeugt ein trügerisches Gefühl von Aufgeklärtheit, das verhindert, sich zum angemessenen Zeitpunkt eingehender mit dem Thema zu befassen“ (Klapp, Ärztin für Psychotherapie am Charité-Virchow-Krhs. Berlin).

Die Medienpräsenz des Themas könnte einen „Leistungsdruck“ in Bezug auf sexuelle Erfahrungen erzeugen und andererseits zu einer Banalisierung und Trivialisierung führen, die eine gewisse Leichtfertigkeit im Umgang mit dem eigenen Körper begünstigt.

Laut BZgA-Daten haben derzeit 9,5% der Mädchen und 7,5% der Jungen mit 14 Jahren bereits Geschlechtsverkehrerfahrung. Mit 15 Jahren sind es bereits 21% der Mädchen und 15% der Jungen, mit 17 Jahren 62% der Mädchen und 58% der Jungen.

Bei Interviews mit schwangeren Teenagern und jungen Müttern fand sich, dass eine falsche hohe Selbsteinschätzung des eigenen Wissens über Genitalfunktionen und Verhütung verhinderte, zur rechten Zeit die richtigen Fragen zu stellen.

Verhütungsmittel wurden in ihrer Sicherheit dagegen viel zu schlecht eingeschätzt.

Eine aktuelle französische Studie (N. Bajos et al., 5/2003) weist aus, dass immerhin 20,9% der ungewollten Schwangerschaften im untersuchten Klientel durch Pillenfehler eintraten gegenüber „nur“ 11,8% Kondom-Versager.

Da die Pille das meistempfohlene Verhütungsmittel für junge Mädchen ist, muss hier eine adäquate Beratung doch ab und zu gefehlt haben.

Aus welchen Gründen werden junge Frauen unter 18 Jahren Mütter?

Bekannte begünstigende Faktoren sind:

a) *die kulturelle Bahnung*: In vielen Traditionen und Kulturen ist es üblich, Mädchen ab der ersten Menstruation für geschlechtsverkehrsfähig zu halten und dann auch zu verheiraten. In Deutschland handelt es sich dabei z. B. um die Sinti-Mädchen, die mit ca. 14 Jahren zwar nicht standesamtlich, aber doch innerkulturell bindend verheiratet werden.

b) *die familiäre Häufung*: Töchter von Teenagermüttern haben eine 83%ige Wahrscheinlichkeit selbst vor dem 18. Lebensjahr Mutter zu werden.

d) *die „zerrüttete Herkunftsfamilie“*: In einer Untersuchung von Quinlivan 2001 waren 1/3 der schwangeren Teenager Opfer häuslicher Gewalt. In der Beratungssituation mit jungen Erstschwangeren meine ich, im letzten Jahr eine Trendwende bemerkt zu haben: Nachdem eine Zeitlang finanzielle Not und noch nicht abgeschlossene berufliche Bildung eher ein Grund für einen

Schwangerschaftsabbruch waren, macht sich jetzt öfter ein Gefühl von Perspektivlosigkeit breit („ich bekomme keinen Ausbildungsplatz“, „ich bekomme sowieso keinen festen Vertrag“ etc.), das eher zum Austragen der Schwangerschaften führt.

Sind Teenagerschwangerschaften Risikoschwangerschaften?

Teenager-Gebärende werden weltweit als medizinische Risikogruppe eingestuft.

Dem scheinen aktuelle Studien aus städtischen deutschen Kliniken zu widersprechen. Im Beobachtungszeitraum von 1993 bis 2003 fanden Marian, Stüßer und Golz keine vermehrte Inzidenz pathologischer Geburten bei Müttern zwischen 14 und 18 Jahren und beschreiben sogar ein leicht besseres „fetal outcome“ (= Lebensfrische des Neugeborenen). Das bestätigten Untersuchungen mit der gleichen Fragestellung aus dem Klinikum München-Großhadern (Haerty et.al) und der Universitätsklinik Magdeburg (Kuchenbecker, Nieder).

Detaillierte Analysen der Teenagerschwangerschaften in ganz Niedersachsen (Stadt und Land) aus 1999 ergaben allerdings insgesamt ein um 53% erhöhtes Risiko für niedriges kindliches Geburtsgewicht und ein um 36% erhöhtes Risiko für Frühgeburtlichkeit vor der vollendeten 38. SSW.

Jugendliche, die in stabilen Verhältnissen lebten, eine Ausbildung hatten, nicht rauchten und auch keine Vorerkrankungen hatten, hatten dagegen ein 25% niedrigeres Risiko als „erwachsene“ Frauen, ein untergewichtiges oder frühgeborenes Kind zu bekommen. Auch meine eigene Praxiserfahrung ist: Das jugendliche Alter der Schwangeren stellt für sich alleine keine medizinische Risikoerhöhung dar!

Nach unserer Beobachtung bringen gerade die Teenagermütter oft ein selbstverständliches Unbesorgtsein über alle kommenden natürlichen Abläufe mit, welches von kaum einer 38jährigen Erstgebärende auch nur annähernd noch aufgebracht werden kann. Hierin liegen Nachteile (z. B. Sorgloses Risikoverhalten möglich) aber auch Ressourcen: Wenn nicht zu früh bevormundend eingegriffen wird sondern informierend begleitet wird, entfaltet sich ein sehr natürliches selbstverständliches Mutter-Sein. Ein nicht unerheblicher Teil der jugendlichen Mütter stammt jedoch aus Risikogruppen, die ihr Risiko altersunabhängig weitertragen. Mütter aus diesen Risikogruppen sind auch dann noch Risikoschwangere, wenn sie mit 20 oder später Kinder erwarten.

zu a) Wenn ein Mädchen aufgrund traditioneller Verpflichtungen bereits früh zur Ehe und Mutterschaft gedrängt wird, ist das eigene körperliche Wachstum oft noch nicht abgeschlossen. Hier macht es einen großen Unterschied, ob die Schwangere zwischen 11 und 15 Jahren alt ist oder mindestens 16. Unter dem Einfluss des Schwangerschaftsöstrogens kommt es zum Sistieren des Knochenlängenwachstums der Kindsmutter und zur Umverteilung der aufgenommenen Nährstoffe zugunsten des Feten. Da eine rasche Schwangerschaftsfolge keine Seltenheit ist, betreue ich gelegentlich Mütter, die mit 23 bereits das siebte Kind erwarten. Mangelerscheinungen der Mutter, erhöhte Frühgeburtlichkeit sind nicht selten. In Deutschland führt die Eingebundenheit in die ethnische Gruppe oder die Großfamilie auch nach meiner Beobachtung oft zu einer Nichtanspruchnahme der angebotenen Mutterschaftsvorsorge. Wenn man mehr als den „Geschlechtsbestimmungsschall“ für diese Schwangeren tun möchte, gehört viel Feingefühl und Respekt vor den Traditionen dazu, um wenigstens eine flüchtige Bindung herzustellen.

Da in Asien und auf dem afrikanischen Kontinent solche frühen Ehen häufiger als bei uns geschlossen werden, während der soziale und rechtliche Status gleichzeitig ein erheblich schlechterer ist, ist es mit Sicherheit zutreffend, dass weltweit gesehen die jugendlichen Mütter eine Risikogruppe darstellen.

zu b) Je jünger die jugendliche Schwangere ist, desto wahrscheinlicher hat sie die Schule abgebrochen, ist alleinstehend und auf Sozialhilfe angewiesen. Setzt sich die frühe Elternschaft generationsübergreifend fort, entsteht oft ein Teufelskreis von Armut. Töchter von Teenagermüttern, die selbst unter 18 Jahren schwanger werden, haben eine 50% erhöhte Wahrscheinlichkeit, ein Kind mit unterdurchschnittlichem Geburtsgewicht zu bekommen (Miller 2000).

Auch in dieser Müttergruppe ist die rasche Schwangerschaftsfolge ein häufiges Phänomen.

zu c) Der hohe Anteil von Gewaltopfern (VDV) unter den jugendlichen Müttern nährt die naheliegende Vermutung, dass unbestimmte Geborgenheitswünsche und das sichere Liebesbündnis durch

das Kind realisiert werden sollen. Diese Mütter bringen oft erhöhte Risiken durch vermehrtes Rauchen, Alkohol- oder Drogenmissbrauch mit. Eine Unfähigkeit anderen zu vertrauen, paart sich mit eigener Unverbindlichkeit. Oft wird die Schwangerschaft lange verborgen, so dass es erst spät zu Mutterschaftsvorsorgeuntersuchungen kommt. Auch nach der Geburt werden, wenn möglich, Probleme verschwiegen, aus Angst, das Kind könnte weggenommen werden. VDV-Mütter haben ein 5,5% höheres Risiko für Frühgeburten sowie postpartale Erkrankungen des Neugeborenen gegenüber den Teenagermüttern ohne Gewalterfahrung.

In der letzten Zeit häuften sich wieder Berichte über getötete Babys in Deutschland. Dabei gibt es eine sicher nicht unerhebliche Dunkelziffer. Wie hoch der Anteil von Teenie-Müttern ist, die zu solchen Verzweiflungstaten greifen, wissen wir nicht.

Welche Probleme gibt es sonst noch?

Die meisten Teenagermütter gehören gar keinem Risikoklientel an, fühlen sich aber in einem Geburtsvorbereitungskurs, wo die meisten anderen Schwangeren ihre Mütter sein könnten, nicht wohl. Gehören sie einer Risikogruppe an (Drogenprobleme, Essstörung, Missbrauchsvorgeschichte), sind die dafür zuständigen Berater nicht auf Schwangere eingestellt.

Teenagermütter stillen mehrheitlich nicht.

Die Rate postpartaler Depressionen ist dreimal so hoch wie bei erwachsenen Frauen.

Die Mitversorgung des Kindes durch die eigene Mutter führt zu Rollenkonfusionen und fördert eher nicht die persönliche Entwicklung der jungen Mutter und ihre Beziehung zum Kind.

Bei Unterbringung in Mutter-Kind-Einrichtungen übernimmt das Betreuersteam aus Angst um das Wohlergehen des Kindes nicht selten die Vormundsrolle, statt die Kompetenz der jungen Mütter zu aktivieren. Auch dadurch entsteht unterschwellig eine Konkurrenz um das Kind, die nicht gut ist.

Was ist zu verbessern?

Jugendliche Mütter sind ganz verschieden. Jede von ihnen gehört respektiert und in ihren Stärken unterstützt.

Eine Einrichtung von Kursen extra für jugendliche Mütter ist organisatorisch oft problematisch; unterschiedliche Stadtteile und unterschiedliches Schwangerschaftsalter machen eine echte Gruppenbildung schwierig. Es macht mehr Sinn, die jugendlichen Schwangeren in stadtteilgebundene reguläre Angebote einzubetten und alle beteiligten professionellen Helfer über Besonderheiten im Umgang mit diesem Klientel zu informieren. Dazu gehört auch eine Bewusstheit der eigenen Einstellungen zu Teenie-Müttern. Die Fragen „Wann wird für mich aus dem Mädchen eine junge Frau?“ und „Was ist mein inneres Bild von MUTTER?“ spielen hier eine wichtige Rolle.

Diese inneren Bilder bestimmen stark, wie mit den sehr jungen Schwangeren umgegangen wird. Diese weisen evtl. ein fehlendes Konfliktbewusstsein auf, eine Inkontinuität im Einhalten von Verpflichtungen, und sind sicherlich genau wie die meisten Frauen im ersten Lebensjahr des ersten Kindes mitunter schrecklich überfordert. Geht die junge Frau nicht von wohlwollender Solidarität ihrer Betreuerin/ihrer Betreuers aus, kann es sein, dass Probleme verschwiegen werden aus Angst, das Kind könne ihr weggenommen werden.

In Hamburg gibt es sowohl Schul- als auch Wohnangebote für jugendliche Schwangere. Hier wäre zu wünschen, dass eine rückenstärkende Pädagogik die Mütter befähigt, zunehmend selbständig mit dem Kinde zu leben. Das Umfeld der Schwangeren sollte „abgeklopft“ werden.

Günstige Faktoren sind emotional unterstützende Herkunftsfamilie, stabile Partnerschaft oder schon abgeschlossene Ausbildung. Wenn möglich sollte der Partner in die Betreuung miteinbezogen werden. Soll er die junge Mutter entlasten, benötigt er evtl. auch Beratung.

Teenie-Mütter haben öfters ein nicht so kopflastiges Verhältnis zur Schwangerschaft und Geburt. Bei informierender und nicht zu stark modulierender Begleitung ist das eher eine Stärke als ein Nachteil.

Dieses gilt NICHT für Frauen mit Gewalt- oder Missbrauchserfahrungen und/oder Drogenkonsum. Diese Mütter haben ALTERSUNABHÄNGIG meistens große Probleme mit körperlicher Nähe (also stillen sie auch nicht), mit gegenseitigen menschlichen Abhängigkeiten und mit festen Regeln.

In der engl. Studie von 2001 waren 1/3 aller jugendlichen Mütter von dieser Problematik betroffen. Für Hamburg habe ich keine harten Zahlen. Im eigenen Klientel würde ich den Anteil auf etwa 20% schätzen. In einer Hamburger Mutter-Kind-Einrichtung, deren Klientel ausschließlich aus VDV- und Drogen-erfahrenen Schwangeren besteht, wird die Zahl der Mütter unter 18 ebenfalls auf etwa 20% geschätzt. Nehmen Sozialabbau und Arbeitslosigkeit in Deutschland englische Dimensionen an, werden sich solche Folgezahlen auch angleichen.

Familienhebamme im Familienprojekt Adebar, Birgit Schulze

Zur Hebammentätigkeit gehört auch die Vorbereitung auf die Elternschaft und eine umfassende Vorbereitung auf die Geburt. Damit die Jugendliche die Empfehlungen und Ratschläge der Hebamme annehmen kann, muss zunächst eine gute Beziehung aufgebaut werden. Ein frühzeitiger Beginn der Hebammenbetreuung ist also gerade bei jugendlichen Schwangeren sinnvoll. Wenn erst kurz vor der Geburt nach einer Hebamme für die Wochenbettbetreuung gesucht wird, kann es in Hamburg je nach Stadtteil außerdem recht schwierig werden, eine solche zu finden.

Für die Begleitung einer jugendlichen bzw. minderjährigen Mutter ist die normale, von den Krankenkassen finanzierte Betreuung durch eine Hebamme mit entsprechenden zeitlichen Kapazitäten meist ausreichend. Dazu zählt in der Schwangerschaft die Beratung, Hilfeleistung bei Schwangerschaftsbeschwerden und eventuell die Einzel-Geburtsvorbereitung, die allerdings von der Ärztin angeordnet werden muss. Auch die Vorsorge kann zum Beispiel abwechselnd mit dem/der GynäkologIn von der Hebamme übernommen werden.

Sehr bedauerlich ist die Ansicht, eine jugendliche Schwangere könne generell mit einem normalen Geburtsvorbereitungskurs nichts anfangen. Abhängig von dem Stadtteil und der sozialen Schicht, aus der die Teilnehmerinnen kommen, können die jugendlichen Schwangeren unter Umständen sogar recht gut integriert werden. Insbesondere gilt dies für reine Frauen-Kurse. Wenn es im Kurs möglich ist, individuell auf jede Schwangere einzugehen, die einen besonderen Beratungsbedarf hat, dann ist die Einzelgeburtsvorbereitung nicht unbedingt nötig. Geburtsvorbereitungskurse speziell für jugendliche Mütter werden meist aus organisatorischen Gründen nicht voll und können nur von speziellen Einrichtungen angeboten werden. Natürlich ist ein solches Angebot optimal, da die jugendliche Schwangere dadurch Kontakt zu anderen Jugendlichen in derselben Situation bekommt.

Ein großer Vorteil der Hebammenbetreuung in der Schwangerschaft ist die Möglichkeit von aufsuchender Arbeit. Im Rahmen einer Hilfeleistung bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei der Einzelgeburtsvorbereitung kann ein besonderes Vertrauensverhältnis entstehen. Die Hebamme erhält Einblick in die Wohnsituation. Gemeinsam mit der Schwangeren kann überlegt werden, was in der Wohnung noch für das Kind vorbereitet werden muss. Die Hebamme kann die Jugendliche darin unterstützen, zum Beispiel mit dem Rauchen aufzuhören, es einzuschränken oder zumindest rauchfreie Räume zu schaffen. In vielen Fällen kann es nötig sein, dass die Hebamme die Schwangere zum Inanspruchnehmen der Vorsorgetermine motiviert. Jugendliche Schwangere sind im Prinzip keine Risikogruppe, können es aber durch mangelnde Vorsorge und durch eine Fehleinschätzung der Gefährlichkeit von Nikotin- und Alkoholkonsum in der Schwangerschaft werden.

Auch in der Zeit nach der Geburt sind die ersten acht Wochen sehr gut durch Hebammenbetreuung abdeckbar. In den ersten zehn Tagen nach der Geburt ist ein täglicher Hausbesuch vorgesehen, und auch danach sind, je nach Bedarf, weitere Besuche möglich, z. B. bei Stillschwierigkeiten oder um das Handling einzuüben. Nach diesen ersten zwei Monaten ist, abgesehen von dem Angebot der Rückbildungsgymnastik, eine Betreuung durch eine normale freiberufliche Hebamme nur noch möglich, wenn die Frau noch stillt oder wenn der/die Gynäkologen/in oder der/die Kinderärztin/arzt ein Rezept ausstellt.

In einem Stadtteil, in dem eine von der Behörde finanzierte Familienhebamme tätig ist, kann die junge Mutter bis zum Ende des ersten Lebensjahres des Kindes weiter begleitet werden. Diese langfristige Begleitung ist vor allem für Mütter sinnvoll, die in einem sozial belasteten Umfeld leben. Ein Schwerpunkt der Arbeit der Familienhebamme ist es, eine Überforderung im Leben mit dem Kind frühzeitig zu erkennen und mit der Mutter gemeinsam Entlastungsmöglichkeiten zu erarbeiten.

Im ersten Lebensjahr des Kindes fühlen sich Mütter häufig isoliert. Umso mehr trifft das für jugendliche Mütter zu, in deren Umfeld häufig keine gleichaltrigen Mütter leben. Eine Einzelbetreuung, egal durch welche Profession, kann nicht die Integration in ein positives soziales Umfeld ersetzen, aber durchaus zu deren Gelingen beitragen. Dieses positive Umfeld kann sehr unterschiedlich aussehen: die junge Mutter könnte in ihrer Herkunftsfamilie weiterleben, ihre eigene Mutter kümmert sich um das Kind und sie selbst beendet ihre Ausbildung, sie könnte mit dem Vater des Kindes zusammenleben und eine junge Familie bilden, oder sie könnte in einer Mutter-Kind-Einrichtung mit anderen gleichaltrigen Mütter zusammenleben und die sog. Mütter-Schule besuchen.

Eine Integration in übliche Regelangebote für Mütter wie zum Beispiel Babymassage-Kurse, PEKIP oder Krabbelgruppen ist schwierig, kann bei entsprechendem Engagement der Gruppenleiterin aber gelingen. Das Ziel der Betreuung muss nicht unbedingt sein, dass die Mutter sich weitgehend selbst um ihr Kind kümmert, wenn das ihren eigenen, eventuell noch kindlichen Bedürfnissen nicht entspricht. Es sollte gemeinsam mit der Jugendlichen überlegt werden, welches die Bedürfnisse von ihr und dem Kind sind und wie man beiden gerecht werden kann. Es zeigt sich allerdings, dass jugendliche Mütter bei entsprechender Unterstützung meistens sehr wohl die nötige Verantwortung für ihr Kind übernehmen können. Vernachlässigung bzw. schlechte Versorgung des Kindes kommt bei jugendlichen Müttern nicht häufiger vor als bei anderen Müttern.

Aus der Sicht eines Kinderarztes, Dr. Henning Wulbrand

Jugendliche Mütter und ihre Kinder gelten als Hochrisikogruppe. Sie sind häufig psychosozial erheblichen Belastungen ausgesetzt und brauchen unsere Unterstützung und Intervention.

Die Kumulation vielfältiger Risiken und ihrer Wechselwirkungen miteinander wirkt sich nachteilig auf die psychische Gesundheit der jugendlichen Mütter aus und gefährdet darüber hinaus auch die sozial-emotionale Entwicklung ihrer Kinder.

Die Belastungen jugendlicher Mütter (*n.e. Studie von Ute Ziegenhain, Klinik für Kinder- u. Jugendpsychiatrie, ULM 1999, 2003*):

- fehlende elterliche Unterstützung
- klinisch relevante Symptomatik, wie depressive Symptome / auch ADHD 70%
- Trennung / Scheidung der Eltern 80%
- Mißhandlung 67%
- keine abgeschlossene Schulausbildung 66 %

Mögliche Risiken der Mutter-Kind-Interaktion:

- Mangelnde oder fehlende Kenntnisse um die kindliche Entwicklung (Field et al 1980, Sommer et al 1993)
- Mangelnde Feinfühligkeit (wenig responsiv, emotional wenig beteiligt) (Garcia et al 1987, Crockenberg 1988)
- Vernachlässigendes und misshandelndes Verhalten (Coley u. Chase-Landsdale, 1998)

Entwicklungsrisiken für Kinder jugendlicher Mütter

- a) in der Kindheit: hochunsichere Bindung (van Ijzendoorn et al 1999, Coley u. Chase, Landsdale 1998)
- b) Vorschulalter: kognitive und sprachliche Verzögerung
- c) Adoleszenz: Verhaltensstörungen/ADHD

Im Vordergrund unserer Arbeit im Eppendorfer Zentrum für Kinderneurologie und Sozialpädiatrie stehen in Bezug auf Teenager-Mütter insbesondere die Beratung und Anleitung zur

- Förderung der frühen Eltern-Kind-Beziehung, insbesondere der emotionalen Bindung zwischen Mutter und Kind
- Versorgung, Pflege und Erziehung des Kindes

- Auseinandersetzung mit der Mutterrolle als Teenager
- Bewältigung des Alltags
- Orientierung im Lebensumfeld
- Vermittlung weiterer therapeutischer Hilfe

sowie die Prävention von Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsstörungen mittels niedrigschwelliger Angebote an jugendliche Mütter, die kurzfristig und zeitlich begrenzt durchführbar sind.

Unter den genannten Risiken für die Säuglinge jugendlicher Mütter erscheint das erhöhte Risiko für den Plötzlichen Kindstod als das fatalste: Nikotin, Alkohol, Drogen während der Schwangerschaft und nach Geburt des Kindes erhöhen das Risiko um ein vielfaches. Erfreulicherweise ist im Rahmen der weltweiten Aufklärungskampagnen die Häufigkeit des Plötzlichen Kindstods von 2,5/1000 in den 80er Jahren auf ca. 0,6/1000 auch in Hamburg gesunken. Dennoch liegt Deutschland in der europäischen Statistik seit Jahren stets an einem der letzten Plätze. In Holland zum Beispiel sterben 500-800% weniger Kinder am Plötzlichen Kindstod als bei uns.

In einer seit 1996 von der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG) bei Kinderärzten, Hebammen und Mütterberatungsstellen durchgeführten Befragung konnte der abnehmende Trend auch für Hamburg bestätigt werden. Aber die soziale Lage der Eltern kristallisierte sich auch in dieser Erhebung als besonderer Risikofaktor heraus und lag sogar bei 0,8/1000 Lebendgeborenen.

Als herausragende Risiken traten das Rauchen in und nach der Schwangerschaft sowie die Beibehaltung der Bauchlage insbesondere in sozial schwachen Schichten hervor.

Während seit 1996 die Prävalenz der Bauchlage in guter sozialer Wohnlage (von 5,3%) auf 1,1% gesunken ist, sank sie im gleichen Zeitraum in schlechter sozialer Lage (von 8,6%) auf 4,6%.

Die Vermittlung der mit dem Rauchen verbundenen Risiken für das Baby muss ein für die Mutter realistisches Angebot enthalten und Schuldzuweisungen vermeiden: z. B.: „Jede Zigarette weniger ist schon hilfreich“ oder: „Nicht in der Wohnung rauchen, sondern draußen.“ oder: „ nicht vor dem Schlafengehen rauchen, denn auch der ausgeatmete Rauch ist für das Baby schädlich.“

Hilfreich sind – im Gegensatz zu simplen Verboten – auch einfache Erklärungen von Sachverhalten über Risiken der Bauchlage oder Rückatmung der verbrauchten ausgeatmeten Luft: Sie enthält weniger Sauerstoff und führt zu einer Verringerung der Sauerstoffkonzentration im Blut des Kindes. Dies kann zu einer Verlangsamung des Herzschlags, zur Verschlechterung der Lungendurchblutung und schließlich zum Kreislaufzusammenbruch führen.

Deshalb auch lieber einen Schlafsack verwenden als eine Decke, die das Kind sich über das Köpfchen ziehen könnte, was lebensgefährlich wäre. Auch das Schlafen des Kindes im eigenen Bettchen sowie die Verwendung eines Schnullers haben sich als risikomindernd herausgestellt. Eine sehr wichtige Empfehlung ist in diesem Zusammenhang natürlich auch das Stillen. Hier benötigen Teenager-Mütter eine ganz besondere Unterstützung.

Also steht die Vermittlung dieser Inhalte mit einfachen Botschaften und positiven Appellen im Vordergrund, um nicht gleich ein Gefühl der Resignation zu erzeugen.

Wenn es gelingt, die emotionale Bindung an das Baby zu fördern und das Interesse sowie das Verständnis für die Bedürfnisse des Kindes zu wecken, kann die Versorgung des Kindes durchaus auch ein stabilisierender Faktor für die jugendliche Mutter werden.

Die Entwicklung einer starken emotionalen Bindung an das Kind von Anfang an in den ersten Tagen und Wochen nach der Geburt hat natürlich eine große Bedeutung für die weitere Entwicklung der Beziehung zwischen Mutter und Kind. Dies stellt sicher eine besondere Herausforderung für Hebammen und Kinderärzte dar, deren Empfehlung allerdings einheitlich sein müssen.

Das bedeutet für uns neben der kinderärztlichen Versorgung und einer psychologischen Betreuung sicher auch die Bereitstellung von praktischer Hilfe, die wir auch durch die bereits erwähnten niedrigschwelligen Angebote in unserem Zentrum anbieten.

Vater werden ist nicht schwer...

Prof. Wolfgang Hantel-Quitmann, Armin Rohde

(Junge) Väter in der Beratung, Prof. Wolfgang Hantel-Quitmann

Auf einer sehr allgemeinen Ebene ist „der Vater“ eher ein moderner Mythos, auf einer konkreten Ebene kann man gar nicht mehr von „dem Vater“ sprechen, sondern besser von verschiedenen Varianten der Väterlichkeit. Ich schlage vor, verschiedene Väter-Formen je nach Zeitpunkt und dem Stand der familiären Beziehungen zu unterscheiden. Aus dieser Unterscheidung ergeben sich zugleich die Möglichkeiten und Grenzen einer Beratung von Vätern. Eine sehr grobe Unterscheidung ergibt dann mindestens 8 verschiedene Väter-Formen.

1. Der Vater innerhalb familiärer Konflikte.
2. Der Vater in partnerschaftlichen Konflikten.
3. Der Vater im Vater.
4. Der Vater im partnerschaftlichen und familiären Trennungsprozess.
5. Der Vater im Scheidungsprozess.
6. Der Vater in den Konflikten um Sorgerecht und Umgangsrecht.
7. Der Vater in Stieffamilien im Kontakt zu seinen leiblichen Kindern.
8. Junge Väter.

Es ist meine These, dass die Möglichkeiten und Grenzen, Ziele, Inhalte und erforderlichen Methoden der Beratung im wesentlichen dadurch bestimmt werden, zu welchem Zeitpunkt der familiären oder partnerschaftlichen Konflikte die Beratung einsetzt. Je nach Zeitpunkt und damit Art und Schwere der Konflikte, hat ein Vater eine hohe bzw. gute Motivation, sich durch Beratung Hilfe zu holen. Die Eigenmotivation halte ich für die Basis jeder Beratung und Therapie.

Beratung ist auf die Lösung von meist aktuellen Problemen ausgerichtet, während Therapie sich auf einen Veränderungsprozess bezieht, der sowohl psychodynamische, als auch familien-dynamische Seiten hat. Sowohl Problemlösung, als auch Veränderung der eigenen Person und der familiären Beziehungen sind nur auf der Basis einer Eigenmotivation möglich. Gegen die Widerstände, die sozusagen zum Block gefrorenen Abwehrkräfte eines Menschen, kommen nur selten Veränderungen zustande.

Junge Väter in der Beratung

Junge Vaterschaft kann verschiedene Ursachen haben und jede dieser Ursachen oder Motive hat andere Folgen für eine Beratung junger Männer und Väter. Die erste ist eine ungewollte Schwangerschaft im Kontext jugendlicher Promiskuität.

Natürlich kann auch hierbei ein psychologisches Motiv nicht ganz abgewiesen werden. Wenn jede Handlung einen Sinn macht, also in ihrer Bedeutung nicht als zufällig oder unerklärlich abgewehrt werden soll, dann ist auch eine ungewollte Schwangerschaft das Ergebnis einer sinnvollen Handlung. Freud hat sich in seiner „Psychopathologie des Alltagslebens“ ausführlich mit der psychischen Unzufälligkeit von Fehlleistungen beschäftigt, wie Vergessen, Fallenlassen, Versprechen etc. Wenn also eine Verhütung vergessen wird, obwohl es sich bei beiden Geschlechtspartnern um aufgeklärte Menschen handelt, dann können unbewusste Motive nicht ganz abgewiesen werden.

Junge Vaterschaft kann ein Korrekturversuch sein. Jonathan Frantzen hat diesen intergenerationellen Bindungsmodus sehr schön in seinem Buch „Die Korrekturen“ beschrieben.

Jede nachfolgende Generation versucht die Fehler der vorhergehenden zu korrigieren. Mit den Fehlern sind natürlich diejenigen Handlungen oder Einstellungen gemeint, die nicht als Identifikationsanteile in die eigene Identität bzw. das eigene Leben integriert werden können oder sollen. Korrekturen implizieren aber auch eine Korrektur an der eigenen Kindheit durch die Erziehung der eigenen Kinder.

Junge Vaterschaft kann aber auch einfach nur als Abgrenzung vom eigenen Elternhaus gemeint sein. Die erste Frage, die sich hierbei stellt ist, ob eine solche notwendige Abgrenzung nicht anders als durch eine frühe Elternschaft erreicht werden kann. Warum sind andere Wege blockiert und vor allem: wieso kann Abgrenzung nur durch Elternschaft zugelassen werden? Damit wird dem Status der Elternschaft eine besondere Bedeutung zugewiesen, der mit Erwachsensein, Eigenständigkeit, Anerkennung oder intergenerationeller Abgrenzung verbunden wird.

Junge Vaterschaft kann auch als eine Fortsetzung einer Konkurrenz zum eigenen Vater verstanden werden. Die Botschaft könnte lauten: Jetzt bin ich selbst ein Vater und du, Vater, kannst mir nichts mehr sagen. Jetzt werde ich dir zeigen, wie ein richtiger Vater zu seinen Kindern und zu seiner Frau sein kann, denn du warst ein schlechter Vater.

In der jungen Vaterschaft kann auch ein Versuch der Wiedergutmachung der eigenen Kindheits-erfahrungen enthalten sein. Mit den eigenen Kindern ergibt sich immer auch die Möglichkeit, selber Kindheit noch einmal mitzuerleben, kindliche Wünsche und Bedürfnisse zu befriedigen, ein wenig Regression nachzuholen auf ganz legitime Weise.

Menschen mit Selbstwertproblemen oder gar narzißtischen Störungen sind stets auf der Suche nach Möglichkeiten der narzißtischen Zufuhr, um ihr inneres Mangel erleben zu kompensieren. Vaterschaft kann auch als ein Versuch der eigenen narzißtischen Aufwertung verstanden werden. Ein Vater ist bedeutsamer, zeigt sich verantwortlich, kann eine Familie ernähren, sorgt für die Familie.

Junge Vaterschaft kann sowohl Ausdruck einer fortwährenden Bindung an die eigene Ursprungsfamilie sein, als auch ein Ausdruck einer Delegation. Delegation bedeutet, mit einem Auftrag ausgesandt zu sein, der aus der Familie und ihrer Geschichte herkommt. Wenn eine solche Delegation mit einer Vaterschaft verbunden wird, dann kann der Auftrag nur als Vater erfüllt werden, bezieht sich also auf seine Kinder oder im weiteren Sinne auf seine Familie. Dies wiederum kann unterschiedliche Hintergründe haben.

Jede Form der jungen Vaterschaft hat unterschiedliche Hintergründe und Motive, die sich auf die Möglichkeiten und Grenzen einer Beratung junger Väter auswirken. Häufig sind es Mischformen, die im Kern auf eine nicht gelungene Ablösung vom eigenen Elternhaus und den damit verbundenen Versuch zurückzuführen sind, eine junge Vaterschaft als Ausdruck gelungener Ablösung verstehen zu wollen. Dies alles verweist auf eine notwendige Mehrgenerationenperspektive in der Beratung, zu der auch manchmal durchaus die Großeltern hinzugezogen werden sollten.

Grundsätzlich sollte in der Beratung junger Väter und Mütter die Bedeutung der jungen Elternschaft für die Ursprungsfamilien thematisiert werden. Welche symbolische Bedeutung hat die junge Elternschaft in Beziehung zu den eigenen Eltern, was ist ihre Botschaft an die Ursprungsfamilien der jungen Eltern? Nur hierdurch kann ein umfassendes Verstehen der jungen Eltern erreicht werden und dies wiederum ist eine zentrale Voraussetzung für ihre Beratung, vor allem dann, wenn mit der jungen Elternschaft auch ein mögliches Entwicklungsrisiko für die betroffenen Kindern verbunden sein könnte.

Abschließende Bemerkungen

Gestatten sie mir noch einige abschließende Bemerkungen. Für die meisten Männer und Väter ist der Schritt in die Beratung mit einer Art innerer Kapitulation verbunden, d. h. das Anerkennen, dass sie allein die Sache nicht mehr im Griff haben. Dies ist äußerst schwer für junge Väter und narzißtisch gekränkte oder bedürftige Väter. Besonders schwer ist es auch dann, wenn sie damit das Steuer für ihr Schiff Familie in weibliche Beratungshände legen müssen und damit anerkennen müssen, dass sie als Mann und Vater es nicht geschafft haben, konfliktfrei und harmonisch ihre Familienangelegenheiten zu lösen. Nicht weniger schwer bzw. auf eine andere Weise schwer ist es aber, sich von einem anderen Mann beraten zu lassen. Dies impliziert eine besondere Art der Kränkung, die sie bei Frauen nicht unbedingt erleben müssen. Während sie sich bei Frauen darauf zurückziehen können, dass sie das eben alles anders erleben, sind die Männer ihnen näher und damit auch bedrohlicher. Wenn ein anderer Mann weiß, wo es lang geht und wie die Probleme zu lösen sind, dann haben sie schlicht den Kürzeren gezogen. Es ist ein Akt der Unterordnung eines Mannes

unter die Herrschaft eines anderen in der Beratung, eine ganz besondere Form der Kastration, eine selbstaufgelegte Unterwerfung als Voraussetzung für Veränderung. Dies kann nur gelingen, wenn der Beratungsmann kein bedrohliches Gegenüber darstellt, sondern auf der Grundlage von Respekt sich selbst als Identifikationsobjekt auf Zeit anbietet. Dies bedeutet für die Männer und Väter, die Beratung durchführen, dass sie von einem tiefen Respekt getragen sein müssen für die bisherigen Handlungs- und Sichtweisen des Vaters, und ihm damit ermöglichen, sich überhaupt für eigene Infragestellungen zu öffnen. Wer dies ignoriert, provoziert Widerstände im beratungssuchenden Vater, die sich soweit steigern können, daß sie von der Beratung ganz fernbleiben.

Was bewegt Männer und Väter, andere Männer und Väter zu beraten oder beraten zu wollen? Eine Erklärung könnte eine rein philanthropische sein. Männer und Väter sind auch Menschen und sollten daher beraten werden. Eine zweite Erklärung könnte darin liegen, dass solche Beratungsmänner einen besonderen Bedarf sehen. Viele Klienten müssen da abgeholt werden, wo sie sind und manchmal muss man ihnen dazu lange entgegengehen. Eine dritte Möglichkeit besteht darin, einen Bedarf zu schaffen, auf dass sich der Grad der Unentbehrlichkeit der Menschen von professioneller Hilfe vergrößere. Eine vierte Möglichkeit sehe ich darin, sich im Klienten selbst zu helfen, also auf dem Wege der Projektion hart an der Selbsterkenntnis zu arbeiten. Eine fünfte Möglichkeit ist vielleicht der Aspekt der Ersatzhandlung: indem ich Väter berate, werde ich zum eigentlichen Vater vieler Familien. Dies impliziert durchaus auch einen narzißtischen Gewinn. Eine sechste Möglichkeit besteht darin, damit besser und toller zu sein, als der eigene Vater es je war. „Ich berate heute so viele Familien und dabei auch andere Männer und Väter und du Alter hast es noch nicht mal mit einer geschafft.“ Dies wirft die Frage nach dem Vater-Bild der Berater auf. Und damit schließt sich der Kreis.

Was wollen junge Väter?, Norbert Rohde

Junge Väter...

- wollen „es“ besser als ihre Eltern machen, wollen „etwas Neues schaffen“, sich vom Alten/ den Alten abgrenzen und wiedergutmachen
- vernachlässigen ihre jugendlichen Anteile und Wünsche
- wollen sich aus ihrer bisherigen schwierigen Situation befreien (auch von Zwängen und von Abhängigkeiten)
- erfahren durch Vatersein Aufwertung und Bedeutung bei gleichzeitigem Gefühl der Bedrohung und Überforderung
- haben Hilfewünsche, äußern diese erst dann, wenn sie Vertrauen gefasst haben
- haben bisher für sich oder ihre Familie keinen Hilfeantrag gestellt
- verhalten sich häufig aus einer Verteidigungsposition heraus oder scheinen cool
- wollen aktiv wahrgenommen werden und respektiert werden
- wünschen sich Profis, die freundlich, hartnäckig und durchsetzungsfähig sind, die Interesse, Mitgefühl und Verständnis haben
- wünschen sich Profis, die mit ihnen hinter ihre Fassade schauen wollen und können und die wenig Angst vor „heißen Themen“ haben und ihre Angst mitteilen
- wünschen sich Partnerinnen, die sie umsorgen, bemuttern und ihnen persönliche Verantwortung für sich und ihr Kind abnehmen
- haben Angst vor Gewaltausbrüchen, Trennungen und Drogenproblemen
- haben häufig nur noch zu ihrer Mutter positiven familiären Kontakt
- wollen funktionieren und handeln, sie halten Ambivalenzen kaum aus
- Den jungen Müttern und Vätern geht es vorrangig um Beziehung und weniger um Erziehung.
- Wenn es den Eltern gut geht, geht es auch den Kindern gut.
- Sowohl jungen Vätern als auch jungen Müttern fehlt häufig eine tragfähige realistische Perspektive.

Autorinnen und Autoren

Alexander, Carmen
 Pro Familia, Landesverband Hamburg
 Kohlhöfen 21, 20355 Hamburg
 Tel: 040 – 34 11 10
 carmen.alexander@profamilia.de

Blöcher, Dr. Monika
 Neuer Pferdemarkt 25, 20359 Hamburg
 Tel: 040 – 431 70 40

Can, Ayse
 Pro Familia Landesverband Hamburg
 Kohlhöfen 21, 20355 Hamburg
 Tel: 040 – 34 14 74
 ayse.can@profamilia.de

Cordes, Andrea
 Sozialdienst Kath. Frauen Altona
 Oelkersallee 39, 22769 Hamburg
 beratung-skf-altona@t-online.de

Dechau, Andrea
 LEB Berufsbildung
 Abteistr. 36, 20149 Hamburg
 l-e-b-abteistrasse@t-online.de

Dorczo, Ute
 Abendroth-Haus für Mädchen,
 Frauen und Familien
 Maimoorweg 8, 22179 Hamburg
 Tel: 040 – 640 872-0
 abendroth-haus@t-online.de

Emmer, Brigitte
 Grundschule Turmweg
 Turmweg 33, 20148 Hamburg

Feistritzer, Martina
 Alida Schmidt Stiftung
 Bürgerweide 19, 20535 Hamburg
 Tel: 040 – 251 968-0
 info.b19@alida.de

Prof. Dr. Wolfgang Hantel-Quitmann
 Hochschule für Angewandte Wissenschaften
 FB Sozialpädagogik
 Saarlandstr. 30, 22303 Hamburg
 Tel: 040 – 428 63-24 33
 wquitmann@aol.com

Heyken, Nina
 An der Landwehr 61
 21391 Reppenstedt
 Tel: 04131 – 68 09 88

Homann, Dr. Beate
 Ärztliche Gesellschaft zur
 Gesundheitsförderung der Frau e. V.
 Süderfeldstr. 33, 22529 Hamburg
 Tel: 040 – 560 16 92
 beate_homann@yahoo.de

Huber, Irmela
 Staatliche Schule Gesundheits-Pflege W 1
 Lübecker Str. 2, 22087 Hamburg
 Tel: 040 – 428 59-28 13
 Irmela.Huber@bbs.hamburg.de

Hyda, Ines
 Theodor-Wenzel-Haus
 Hummelsbütteler Weg 82, 22339 Hamburg
 Tel: 040 – 539 00 50
 info@theodor-wenzel.de

Jansen, Renate
 Allgemeiner Sozialer Dienst
 Hamburg-Mitte
 Simon-Utrecht-Str. 4a, 20359 Hamburg
 Tel: 040 – 428 54-79 71
 renete.jansen@hamburg-mitte.hamburg.de

Osthoff, Dr. Ralf
 Hainbachweg 6, 76833 Knöringen
 Tel: 06241 – 41 36 03
 Osthoff@caritas-worms.de

Rethemeier, Annette
 Pro Familia, Landesverband
 Kohlhöfen 21, 20355 Hamburg
 Tel: 040 – 34 14 74
 Annette.Rethemeier@profamilia.de

Ribbert, Bärbel
 Familienplanungszentrum Hamburg e. V.
 Bei der Johanniskirche 20, 22767 Hamburg
 Tel: 040 – 439 28 22
 Ribbert@familienplanungszentrum.de

Rohde, Norbert
Alida Schmidt Stiftung
Bürgerweide 19, 20535 Hamburg
Tel: 040 – 251 96 80
Rohde.b19@alida.de

Schultz-Brunn, Uta
Projekt baby-bedenkzeit
Franz-Schubert-Str. 7, 27753 Delmenhorst
Tel: 04221 – 85 02 04
u.schultz-brunn@babybedenkzeit.de

Schulze, Birgit
Familienprojekt ADEBAR
Lange Str. 9, 20359 Hamburg
Tel: 040 – 31 79 81 68
adebar.st.pauli@gmx.de

Seyler, Dr. Helga
Familienplanungszentrum Hamburg e. V.
Bei der Johanniskirche 20, 22767 Hamburg
Tel: 040 – 439 28 22
info@familienplanungszentrum.de

Specht, Ralf
Familienplanungszentrum Hamburg e. V.
Bei der Johanniskirche 20, 22767 HH
Tel: 040 – 439 28 22
ralf.specht@web.de

Steininger, Monika
Arbeitsgemeinschaft Kinder-Jugendschutz
Hellkamp 68, 20255 Hamburg
Tel: 040 – 41 09 08-12
ajs-Steininger@t-online.de

Stemmler-Schaich, Edith
Projekt baby-bedenkzeit
Franz-Schubert-Str. 7, 27753 Delmenhorst
Tel: 04221 – 850 204
e.stemmler-schaich@babybedenkzeit.de

Stucke, Cordula
Kinderschutzzentrum Hamburg
Emilienstr. 78, 20259 Hamburg
Tel: 040 – 491 00 07
Kinderschutz-Zentrum@hamburg.de

Wulbrand, Dr. Henning
Kinderheilkunde
Eppendorfer Landstr. 42, 20249 Hamburg
Tel: 040 – 47 51 56
wulbrand@yahoo.com

Zühlsdorf, Verena
Kinderschutzzentrum Hamburg
Emilienstr. 78, 20259 Hamburg
Tel: 040 – 491 00 07
Kinderschutz-Zentrum@hamburg.de

HAG



Hamburgische Arbeitsgemeinschaft
für Gesundheitsförderung e.V.