Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung

Teenager-Schwangerschaften in Sachsen

Angebote und Hilfebedarf aus professioneller Sicht

Studie

Herausgeberin: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Band 26

Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung

Teenager-Schwangerschaften in Sachsen

Angebote und Hilfebedarf aus professioneller Sicht

Eine Studie im Auftrag der BZgA
von Monika Häußler-Sczepan, Sabine Wienholz und Marion Michel

Laufzeit: 2003 – 2004

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Köln 2005

Bibliographische Information der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet unter http://dnb.ddb.de abrufbar.
ISBN 3-937707-05-0

Die Beiträge der Fachheftreihe Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung geben die Meinung der Autorinnen und Autoren wieder, die von der Herausgeberin nicht in jedem Fall geteilt werden muss. Die Fachheftreihe ist als Diskussionsforum gedacht.

Herausgeberin:
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Ostmerheimer Straße 220, 51109 Köln
Tel. 0221 8992-0
www.bzga.de
www.sexualaufklaerung.de

Redaktion:
Angelika Heßling

Lektorat, Konzept und Gestaltung:
Kühn Medienkonzept & Design, Hennef

Druck:
Silber Druck, Niestetal

Auflage:
1./8./8.05

Dieser Band der Fachheftreihe ist kostenlos erhältlich bei der
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
per Post: BZgA, 51101 Köln
per Fax: 0221 8992-257
per E-Mail: order@bzga.de

Bestellnummer: 133 000 26

Inhalt

Vorwort

Im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrages hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) das Ziel, Schwangerschaftskonflikte, insbesondere bei Minderjährigen, zu vermeiden. Die BZgA sieht eine wichtige Aufgabe darin die Ursachen für Teenager-Schwangerschaften zu analysieren und erfolgreiche Ansätze in der Prävention von ungeplanten Schwangerschaften bei Minderjährigen zu fördern.

Vor diesem Hintergrund untersuchten Prof. Dr. Monika Häußler-Sczepan, Dr. Marion Michel und die Soziologin Sabine Wienholz im Auftrag der BZgA Angebote und Hilfebedarf für jugendliche Schwangere und Mütter in Sachsen. Im Mittelpunkt der Untersuchung stand die Sichtweise der ExpertInnen aus der Praxis. Ausgewertet wurden insbesondere die Erfahrungen von MitarbeiterInnen in Beratungsstellen, Behörden, Schulen und medizinischen Einrichtungen, die in ihrer täglichen Arbeit mit Jugendlichen, jugendlichen Schwangeren und Müttern in Kontakt stehen.

Ziel der vorliegenden Studie „Teenager-Schwangerschaften in Sachsen, Angebote und Hilfebedarf aus professioneller Sicht“ war es festzustellen, ob bestehende Angebote und Hilfen für jugendliche Schwangere in Sachsen bei der Zielgruppe bekannt sind, ob sie angenommen werden bzw. warum sie jugendliche Schwangere nicht erreichen. Die Ergebnisse geben wichtige Hinweise für die Entwicklung einer zielgruppenorientierten Präventionsarbeit und eines bedarfsgerechten Beratungs- und Hilfeangebots für minderjährige Schwangere und Mütter.

Mit Hilfe von leitfadengestützten Interviews wurden ExpertInnen zu ihren Erfahrungen in der Beratung und Betreuung minderjähriger Schwangerer und Mütter befragt. Der Fokus lag dabei auf der Situation von benachteiligten minderjährigen Müttern, denn Erhebungen in Sachsen zeigen, dass sie überproportional in der Gruppe minderjähriger Schwangerer vertreten sind. Darüber hinaus wurden die ExpertInnen nach ihren Vorstellungen von Präventivmaßnahmen und ihren Anforderungen an die Politik gefragt.

Auf der Basis der Ergebnisse und des theoretischen Hintergrunds formulieren die Autorinnen Verbesserungsvorschläge für bedarfsgerechte Aufklärung, Beratung und Betreuung von schwangeren Jugendlichen und Müttern. Und sie stellen dar, wo Bedarf für weitere Forschung und Konzeptentwicklung besteht.

Mit der Veröffentlichung dieser Studie leistet die BZgA einen wichtigen Beitrag zur Thematik Teenager-Schwangerschaften. Die Studie macht deutlich, dass Prävention mehr beinhaltet als die reine Wissensvermittlung über Art und Handhabung von Verhütungsmitteln. Psychosoziale und sozioökonomische Faktoren der Zielgruppe sind bei der Konzeption von präventiven Maßnahmen ebenso zu berücksichtigen wie Bildung und sozialer Status bzw. Lebens- und Berufsperspektiven.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Köln 2005

1 Theoretischer Hintergrund und Grundlagen der Studie

Der erste Teil der vorliegenden Studie zu „Teenager-Schwangerschaften in Sachsen. Angebote und Hilfebedarf aus professioneller Sicht“ stellt Ausgangslage, Forschungsfragen, methodisches Vorgehen sowie die wichtigsten Ergebnisse der Erhebung dar. Der Exkurs zum Stand der Forschung bietet Hintergrundinformationen zum besseren Verständnis der Thematik „Teenager-Schwangerschaften“ im Allgemeinen und der Lebenssituation von Jugendlichen in Sachsen im Besonderen.

Die in dieser Studie verwendeten Begriffe wie Bundessozialhilfegesetz, Sozialhilfe- und ArbeitslosenhilfeempfängerIn beziehen sich auf den Stand von 2004 und berücksichtigen nicht die gesetzlichen Änderungen zum 1. Januar 2005.

1 Ausgangslage und Forschungsfragen

Die Anzahl minderjähriger Mütter in Sachsen hat sich in den letzten zehn Jahren verdoppelt. Während im Jahr 1993 nur neun von 10.000 jungen Frauen im Alter von 10 bis 17 Jahren ein Kind zur Welt brachten, so waren dies im Jahr 2002 schon 21 Frauen dieser Altersgruppe. Bezogen auf die gesamte Bundesrepublik Deutschland liegt die Rate von minderjährigen Müttern seit zehn Jahren bei etwa 13 von 10.000 jungen Frauen und stieg im Jahr 2002 auf 15 an.

Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt werden demnach in Sachsen mehr minderjährige Frauen schwanger und entscheiden sich auch häufiger für das Austragen des Kindes. Der Anteil der sächsischen minderjährigen Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden, differiert nicht wesentlich zur gesamtdeutschen Progression, allerdings ist auch hier die Tendenz steigend.

Diese Zahlen machen deutlich, dass in Sachsen besonderer Handlungsbedarf besteht. Es sind vor allem Beratungsstellen, Behörden und medizinische Einrichtungen, die im Falle einer Schwangerschaft den betroffenen Frauen weiterführende Hilfe und Unterstützung anbieten. Problematisch ist jedoch, dass jugendliche Schwangere bestehende Beratungsangebote nicht oder erst sehr spät nutzen und damit gerade für diese Gruppe die Schwangerenvorsorge nur unzureichend erfolgt. Die Ursachen dafür sind vielschichtig, sie reichen von Unsicherheit und Unwissenheit über die Ursachen der schwangerschaftsbedingten körperlichen Veränderungen über Verdrängung bis zur bewussten Verheimlichung der Situation vor dem sozialen Umfeld.[1]

1 Osthoff (1999), S. 127 f.

Aus neueren Untersuchungen wird deutlich, dass zunehmend häufiger beide jungen Elternteile die Schwangerschaft akzeptieren und teilweise sogar wünschen, weshalb davon ausgegangen werden kann, dass die bewusste Realisierung eines Kinderwunsches bzw. die Akzeptanz einer ungewollt eingetretenen Schwangerschaft in der Adoleszenz als ein Weg zur Sinnfindung oder auch der Bewältigung von Lebenskrisen angesehen werden muss.[2] Soziale Ungleichheit und geringe Teilhabechancen an der Gesellschaft scheinen bei der Verwirklichung eines Kinderwunsches im Jugendalter eine besondere Rolle zu spielen.[3] Dies bestätigen auch Ergebnisse von Erhebungen in Sachsen. Die Teilnehmerinnen einer qualitativen Studie zu Mutterschaft in der Adoleszenz in Chemnitz hatten fast ausschließlich einen Förder- oder Hauptschulabschluss.[4] Diese Studie zeigte einerseits, dass diese jungen Frauen von für sie unerreichbaren Berufskarrieren träumen, wie zum Beispiel ein Jurastudium nach dem Hauptschulabschluss. Kinder zu haben stellt für sie andererseits einen angemessenen Bestandteil der Lebensplanung dar, verbunden mit dem Wunsch nach einem selbständigen und selbstbestimmten Leben. Gerade für Jugendliche mit Förder- und Hauptschulkarrieren scheint die Elternschaft auch ein Weg zu sein, gesellschaftliche Normalität und Akzeptanz zu erlangen. In einer Befragung Leipziger SchülerInnen mit und ohne Behinderungen wurde deutlich, dass Jugendliche mit Lernbehinderungen zwar seltener als alle anderen Gruppen Kinder zu haben als wichtiges Lebensziel betrachten, die per Zufallsbefund in der Untersuchung gefundenen jugendlichen Mütter jedoch ausschließlich aus dem Bereich der Lernförderschulen kamen.[5] Ein besonderer Schwerpunkt unseres Forschungsprojekts lag daher auf der Situation und Teilhabe von benachteiligten minderjährigen Müttern.

Ziele der Studie

Zentrales Anliegen der Studie ist es zu klären, welche Angebote und Hilfen es für jugendliche Schwangere in Sachsen gibt und wie die mit der Thematik befassten ExpertInnen die Situation einschätzen. Insbesondere stellte sich die Frage, ob die bestehenden Angebote bekannt sind und von den Jugendlichen angenommen werden bzw. falls nicht, warum sie die jugendlichen Schwangeren nicht erreichen und welche Gruppen besonders benachteiligt sind. Auf der Basis dieser Ergebnisse sollen erste Gedanken dazu entwickelt werden, wie das Beratungsangebot bedarfsgerechter gestaltet werden kann und wie bestehende Angebote vernetzt und bekannt gemacht werden können.

2 Vgl. Vogelgesang (1997), Osthoff (2000), Garst (2003)
3 Vgl. Mistel (2000)
4 Müller (2002), S. 97
5 Michel, Riedel, Häussler-Sczepan (2003), S. 35, 172

Forschungsfragen an ExpertInnen in zwei unterschiedlichen sächsischen Regionen (Stadt-Land)

- Welche präventiven Angebote zur Verhinderung ungeplanter Schwangerschaften gibt es für Jugendliche in Sachsen?
- Welche Angebote für jugendliche Schwangere und Mütter gibt es in Sachsen?
- Wie werden bestehende Angebote genutzt und woher erhalten Jugendliche Informationen darüber?
- Welche Anforderungen an medizinische, soziale und sexualpädagogische Beratung und Betreuung ergeben sich für Jugendliche mit Kinderwunsch, bei Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch und Mutterschaft?
- In welcher Weise müssen spezielle gynäkologische/geburtshilfliche Angebote außerhalb des bestehenden Versorgungssystems entwickelt, vermittelt und angeboten werden, um dem Bedarf dieser Gruppen von Jugendlichen gerecht zu werden?

Exkurs:
Stand der Forschung

1 Statistische Daten für Deutschland und Sachsen

2 Lebenslage der Jugend in Ostdeutschland

3 Erklärungsansätze zu Teenager-Schwangerschaften

4 Hilfeangebote für schwangere Minderjährige

Ein Blick auf aktuelle Daten und Forschungsergebnisse liefert Hintergrundwissen zum Thema und verdeutlicht den Forschungsbedarf insbesondere für die Region Ostdeutschland.

1 Statistische Daten für Deutschland und Sachsen

Schwangerschaften, d. h. Geburten und Schwangerschaftsabbrüche, werden in Deutschland statistisch detailliert erfasst. Der Vergleich der Daten für Deutschland insgesamt mit denen für Sachsen zeigt deutlich unterschiedliche Tendenzen bei Teenager-Schwangerschaften.

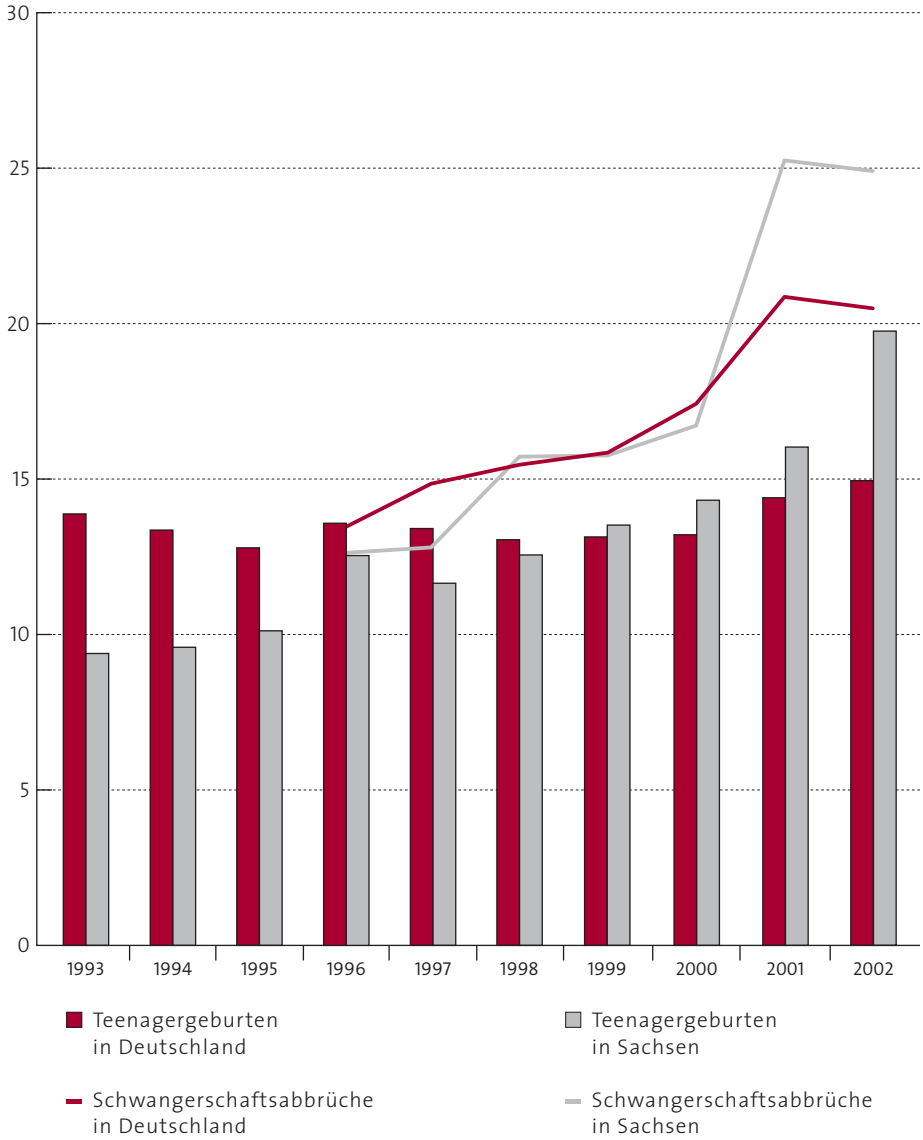
1.1 Geburten und Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes steigt einerseits das durchschnittliche Alter von Frauen bei der Geburt des ersten Kindes. Andererseits gibt es einen nicht unerheblichen Teil junger Frauen, die sich noch vor Erreichen der Volljährigkeit für ein Kind entscheiden. Die Zahl der sogenannten Teenagermütter – berechnet nach der Geburtsjahrmethode – hält sich seit 1993 mit leichten Schwankungen relativ konstant auf einem Niveau. Von 10.000 jungen Frauen im Alter von 10 bis 17 Jahren[6] gebären ca. 13 bis 15 Minderjährige (absolut: ca. 5.000) ein Kind (Abbildung 1).

Der in Abbildung 2 dargestellte Geburtenanteil von Minderjährigen an der Gesamtzahl der Geburten zeigt, dass durchschnittlich ca. sechs von 1.000 Geburten minderjährigen Müttern zuzurechnen sind. Im Jahr 2001 war ein leichter Anstieg auf sieben und 2002 auf acht von 1.000 Geburten zu verzeichnen. Im Vergleich dazu nimmt die allgemeine Geburtenrate in Deutschland ab, seit 1991 ist sie um 11,5 %

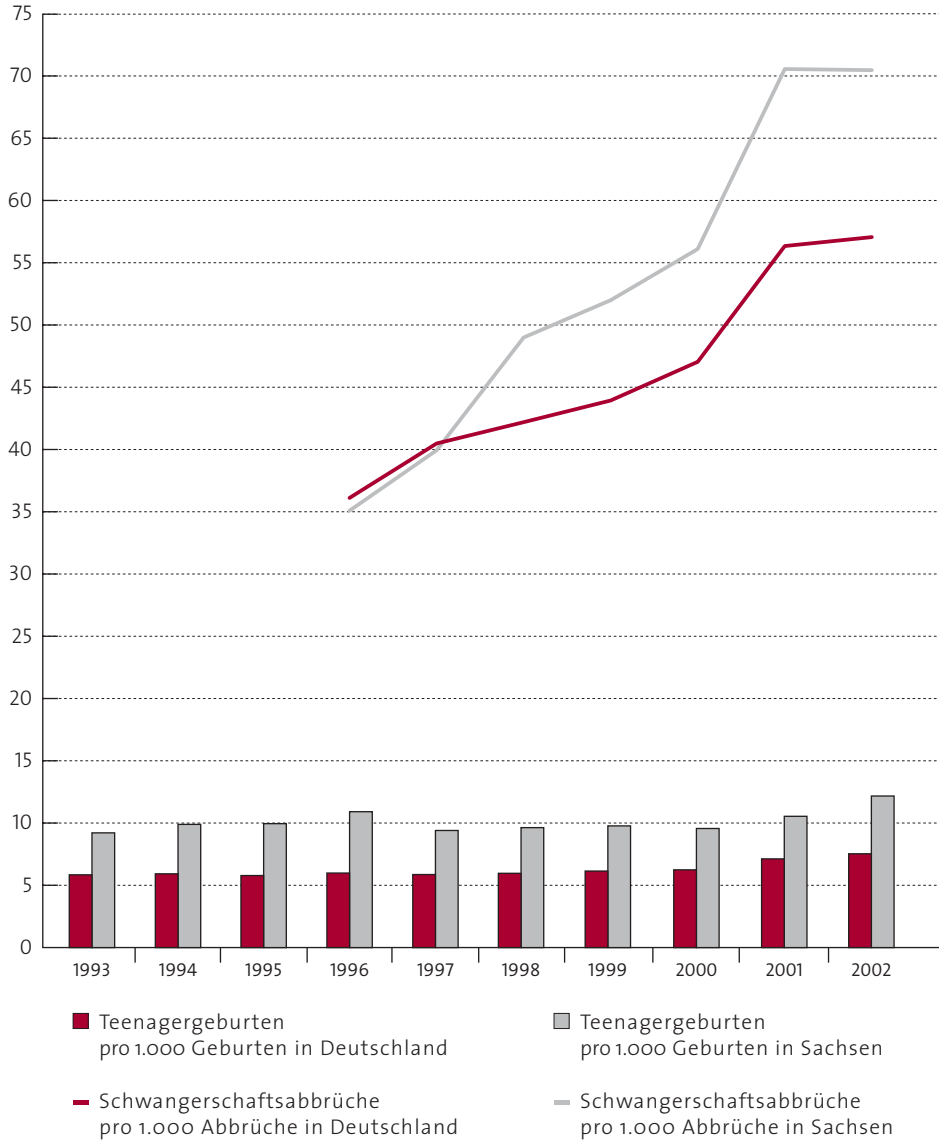
6 Die Verwendung der Altersgruppe der 10- bis 17-Jährigen ist sinnvoll, da Schwangerschaftsabbrüche in Einzelfällen bereits für Zehnjährige gemeldet wurden. Für den Vergleich von ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften bei Minderjährigen ist daher eine analoge Alters- und Bezugsgruppe unerlässlich.
Seit 1996 erfolgt die Meldung der Schwangerschaftsabbrüche für die Auskunftspflichtigen (Arztpraxen und Krankenhäuser) nicht mehr anonymisiert. Die Einhaltung der Meldepflicht ist somit kontrollierbar. Diese methodische Änderung im Meldeverfahren führte zu einem Bruch in der Zeitreihe. Deshalb ist ein Vergleich der Ergebnisse der Schwangerschaftsabbruchstatistik erst ab 1996 sinnvoll (Statistisches Bundesamt).

Abbildung 1: **Geburten und Schwangerschaftsabbrüche von minderjährigen Frauen pro 10.000 Frauen der Altersgruppe 10 bis 17 Jahre in Deutschland und in Sachsen**



Quelle: Statistisches Bundesamt und Statistisches Landesamt Sachsen, Stand 2003

Abbildung 2: **Geburten und Schwangerschaftsabbrüche von minderjährigen Frauen pro 1.000 Geburten bzw. Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland und in Sachsen**



Quelle: Statistisches Bundesamt und Statistisches Landesamt Sachsen, Stand 2003

zurückgegangen. Dass trotz rückläufiger Geburtenrate der Anteil an Teenagern unter den Müttern leicht steigt, spricht für eine gewisse Stabilität dieses Phänomens, erkennbar am konstanten Verlauf.

Deutliche Zunahme von Schwangerschaftsabbrüchen bei Minderjährigen in Deutschland

Demgegenüber gibt es eine deutliche Zunahme an Schwangerschaftsabbrüchen in dieser Altersgruppe. Während im Jahr 1996 nur 13 (absolut: ca. 4.700) von 10.000 jungen Frauen der Altersgruppe von 10 bis 17 Jahren einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, so waren es im Jahr 2002 fast 21 (absolut: ca. 7.400). Der Anteil minderjähriger Frauen, die ihre Schwangerschaft abbrechen ließen, stieg in Deutschland von 36 auf 57 pro 1.000 Schwangerschaftsabbrüche. Die Entwicklung der Gesamtzahl von Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland verlief von 1996 bis 2001 mit einem Anstieg von gerade einmal 3 % und fiel im Jahr 2002 mit etwa 130.400 Fällen wieder unter den Ausgangswert von 1996.[7]

1.2 Geburten und Schwangerschaftsabbrüche in Sachsen

Die Quote der Geburten von minderjährigen Müttern bezogen auf die Altersgruppe der 10- bis 17-Jährigen hat sich seit 1993 in Sachsen mehr als verdoppelt und ist damit höher als der bundesdeutsche Durchschnitt. Neun von 10.000 (absolut: 216) jungen Frauen der Altersgruppe 10 bis 17 Jahre brachten 1993 in Sachsen minderjährig ein Kind zur Welt, im Jahr 2002 waren es 20 (absolut: 384). Der Geburtenanteil der Minderjährigen an der Gesamtzahl der Geburten ist in Sachsen ebenfalls höher: Während in Deutschland insgesamt im Jahr 2001 etwa sieben minderjährige Mütter bei 1.000 Geburten zu verzeichnen waren, so waren dies in Sachsen elf und im Jahr 2002 sogar zwölf minderjährige Mütter bezogen auf 1.000 Geburten. Die Bevölkerungsentwicklung der 10- bis 17-jährigen weiblichen Jugendlichen in Sachsen verläuft dagegen weniger geradlinig. In den Jahren 1991 bis 1996 vollzog sich ein kontinuierlicher Anstieg in der entsprechenden Altersgruppe, seitdem ist eine kontinuierliche Verringerung der Zahl festzustellen – seit 2001 unter dem Wert von 1991.[8]

7 Vgl. Statistisches Bundesamt
8 Vgl. Statistisches Landesamt Sachsen

Deutlicher Anstieg von Schwangerschaftsabbrüchen bei Minderjährigen in Sachsen

Ähnlich wie in Deutschland insgesamt zeigt sich auch für Sachsen ein deutlicher Anstieg an Schwangerschaftsabbrüchen bei Minderjährigen. Seit 1996 hat sich die Quote der minderjährigen Schwangeren, die sich gegen das Austragen ihres Kindes entschieden, von 13 (absolut: 297) auf 25 (absolut: 484) pro 10.000 der 10- bis 17-jährigen weiblichen Bevölkerung im Jahr 2002 nahezu verdoppelt (Abbildung 1). Die Entwicklung der Anteile von Schwangerschaftsabbrüchen minderjähriger Frauen an der Gesamtzahl der Abbrüche verläuft in Sachsen in ähnlicher Weise wie in Deutschland, wobei besonders in den letzten zwei Jahren in Sachsen ein höherer Anstieg stattfand (Abbildung 2). Waren beide Verläufe bis 1997 auf ähnlichem Niveau, so liegen die minderjährigen Schwangeren in Deutschland im Jahr 2002 bei 57 Fällen pro 1.000 Schwangerschaftsabbrüchen, in Sachsen dagegen bei knapp 71. Die Zahl der sächsischen Frauen insgesamt, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, schwankt seit 1997 zwischen ca. 6.500 und 7.500 pro Jahr.

Teenager-Schwangerschaften traten verstärkt in den Jahren 2000 bis 2002 auf

Die vorangegangenen Erläuterungen belegen, dass besonders in den Jahren 2000 bis 2002 in Deutschland verstärkt Teenager-Schwangerschaften auftraten. Aus diesem Grund bedarf es einer genaueren Betrachtung der letzten drei Jahre, umso mehr, als durch das Statistische Bundesamt und damit auch die Landesämter für Statistik ab dem Jahr 2000 die Ergebnisse in der Geburtenstatistik zusätzlich zur herkömmlichen Geburtsjahrmethode nach der Altersmethode zur Verfügung gestellt werden. Seit 2000 gilt auch das exakte Alter der Mutter bei der Geburt des Kindes als Auswertungskriterium, während zuvor nur das Geburtsjahr der Mutter ausschlaggebend war und das Alter der Mutter als Differenz zwischen Geburtsjahr und Erhebungsjahr berechnet wurde. Fiel damit ein Teil der 17-Jährigen aufgrund des Erreichens der Volljährigkeit im Jahr der Geburt ihres Kindes durch die Geburtsjahrmethode in die Gruppe der 18-Jährigen, kann nun mit der Altersmethode genau zwischen Minder- und Volljährigkeit der Mütter unterschieden werden. Wie sich die Geburten- und Schwangerschaftsabbruchquoten bei den Minderjährigen jeweils in Deutschland bzw. Sachsen seit 2000 entwickelt haben, zeigen folgende Übersichten:

Tabelle 1: **Geburten*, Schwangerschaftsabbrüche und Schwangerschaften bei Minderjährigen in Deutschland seit 2000****

Deutschland		2000	2001	2002
Geburten	pro 10.000 der 10- bis 17-jährigen jungen Frauen	20	20	21
	pro 1.000 Geburten insgesamt	9	10	11
	Absolutzahlen minderjährige Mütter	7.126	7.447	7.595
	Absolutzahlen insgesamt	766.999	734.475	719.250
Schwangerschafts-abbrüche	pro 10.000 der 10- bis 17-jährigen jungen Frauen	17	21	20
	pro 1.000 Schwangerschafts-abbrüche insgesamt	47	56	57
	Absolutzahlen minderjährige Frauen	6.323	7.589	7.426
	Absolutzahlen insgesamt	134.240	134.463	129.925
Schwangerschaften	pro 10.000 der 10- bis 17-jährigen jungen Frauen	37	41	41
	pro 1.000 Schwangerschaften insgesamt	15	17	18
	Absolutzahlen minderjährige Schwangerschaften	13.449	15.036	15.021
	Absolutzahlen Schwangerschaften	901.239	868.938	849.175
	Absolutzahlen 10- bis 17-jährige junge Frauen	3.630.718	3.637.937	3.624.975

Quelle: Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Stand 2003
*Nach Altersmethode, **Quote auf ganze Zahlen gerundet

In Sachsen ist die Quote der Schwangerschaftsabbrüche von minderjährigen Frauen im Vergleich zu Gesamtdeutschland deutlich höher: Im Jahr 2000 fielen auf 10.000 junge Frauen der Altersgruppe von 10 bis 17 Jahren 17 Schwangerschaftsabbrüche, im Folgejahr waren es schon 25. In Deutschland waren es 2000 ebenfalls 17 Schwangerschaftsabbrüche je 10.000 Frauen in dieser Altersgruppe, die sich im darauffolgenden Jahr jedoch nur auf 21 steigerten. Bei den Geburten ist der Unterschied zwischen Deutschland und Sachsen ähnlich, jedoch ist auch hier erkennbar, dass der Anteil von Teenagergeburten pro 1.000 Geburten in Sachsen höher liegt als in Deutschland insgesamt.

Tabelle 2: **Geburten*, Schwangerschaftsabbrüche und Schwangerschaften bei Minderjährigen in Sachsen seit 2000****

Sachsen		2000	2001	2002
Geburten	pro 10.000 der 10- bis 17-jährigen jungen Frauen	21	23	27
	pro 1.000 Geburten insgesamt	14	15	17
	Absolutzahlen minderjährige Mütter	462	475	527
	Absolutzahlen insgesamt	33.139	31.943	31.518
Schwangerschafts-abbrüche	pro 10.000 der 10- bis 17-jährigen jungen Frauen	17	25	25
	pro 1.000 Schwangerschafts-abbrüche insgesamt	56	71	71
	Absolutzahlen minderjährige Frauen	370	531	484
	Absolutzahlen insgesamt	6.584	7.509	6.853
Schwangerschaften	pro 10.000 der 10- bis 17-jährigen jungen Frauen	38	48	52
	pro 1.000 Schwangerschaften insgesamt	21	25	26
	Absolutzahlen minderjährige Schwangerschaften	832	1.006	1.011
	Absolutzahlen Schwangerschaften	39.723	39.452	38.371
	Absolutzahlen 10- bis 17-jährige junge Frauen	221.300	210.262	194.329

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen Kamenz, Stand 2003
*Nach Altersmethode, **Quote auf ganze Zahlen gerundet

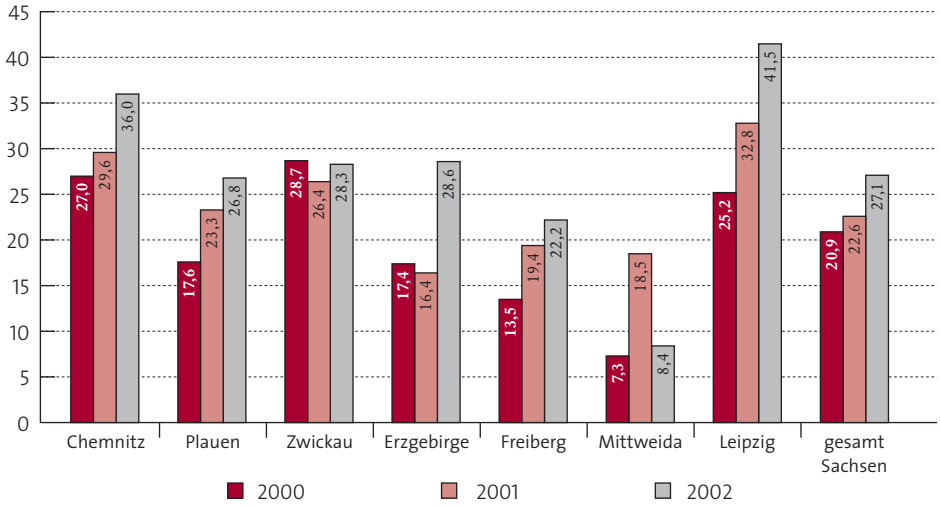
Wie in Tabelle 1 und Tabelle 2 zu erkennen ist, ist der Anteil der Schwangerschaftsabbrüche gering im Verhältnis zu den ausgetragenen Schwangerschaften, d. h. Geburten. In Deutschland kommen in den drei angegebenen Jahren ca. 18 Schwangerschaftsabbrüche auf 100 Geburten, in Sachsen sind es 20 bis 24 Abbrüche. Bei Schwangerschaften Minderjähriger ist diesbezüglich eine Umkehrung zu beobachten: Für das Jahr 2001 liegt die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche bei Teenagern in Deutschland mit 7.589 über der Zahl der Geburten in dieser Altersgruppe mit 7.447. Somit kommen 102 Schwangerschaftsabbrüche auf 100 Geburten (in Sachsen: 112 Abbrüche pro 100 Geburten). Auch in den Jahren 2000 und 2002 liegt der Anteil der Schwangerschaftsabbrüche in dieser Altersgruppe deutlich höher als die Quote für Deutschland bzw. Sachsen insgesamt (Deutschland: 89 bzw. 98 Schwangerschaftsabbrüche auf

100 Geburten; Sachsen: 80 bzw. 92 Schwangerschaftsabbrüche auf 100 Geburten). Während die Gesamtzahl der Schwangerschaften von 2000 bis 2002 in Sachsen (–3,4 %) und in Deutschland (–5,8 %) sinkt, steigt die Anzahl von Schwangerschaften bei Minderjährigen sowohl in Deutschland (+11,7 %) als auch in Sachsen (+21,5 %) an.

1.3 Geburtenzahlen in sächsischen Regionen

In den für die Studie ausgewählten sächsischen Regionen gibt es ein unterschiedliches Aufkommen von Teenager-Schwangerschaften. Bezogen auf die gesamtsächsische Anzahl von Teenagermüttern – nach der Altersmethode erfasst – gab es 2002 in Leipzig mit etwa 15 % (absolut: 77) die meisten Teenagermütter, gefolgt von Chemnitz mit knapp 11 % (absolut: 57). Für das Erzgebirge[9] waren es im selben Jahr 10 % (absolut: 53), im Raum Plauen knapp 6 % (absolut: 31) und in der Gegend um Zwickau 5 % (absolut: 29) der gesamtsächsischen Teenagermütter. In der Region Freiberg wurden 3 % (absolut: 16) und im Raum Mittweida knapp 1 % (absolut: fünf) der Kinder von minderjährigen Müttern in Sachsen geboren. Dennoch kann der deutlichste Anstieg von 2000 bis 2002 in der Stadt Leipzig festgestellt werden, wie auch Abbildung 3 verdeutlicht:

Abbildung 3: **Geburten minderjähriger Mütter* pro 10.000 jungen Frauen der Altersgruppe 10 bis 17 Jahre in den jeweiligen Regionen**

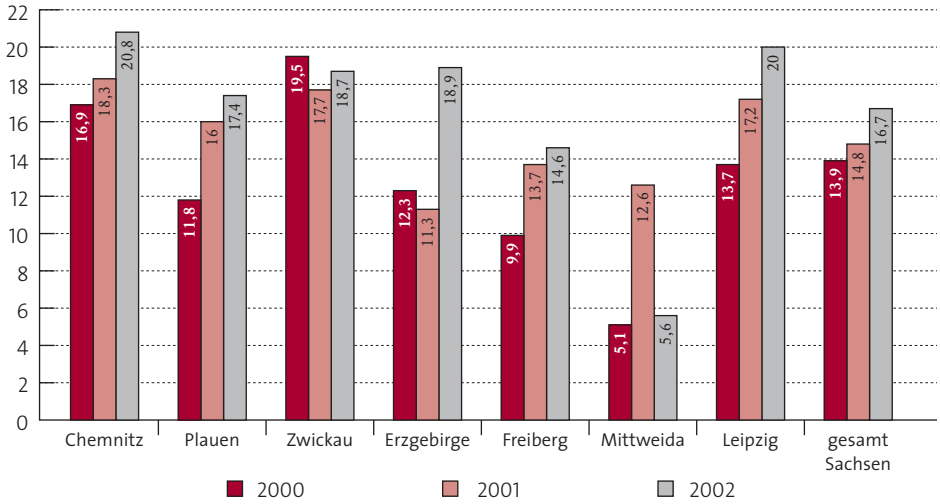


Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen, Stand 2003. *Nach Altersmethode

9 Die Landkreise Stollberg, Annaberg, Mittlerer Erzgebirgskreis und Aue-Schwarzenberg wurden unter dem Begriff „Erzgebirge“ zusammengefasst.

Ähnlich wie in Leipzig lässt sich auch in Chemnitz ein Anstieg an Geburten durch minderjährige Frauen von ca. 27 im Jahr 2000 auf 36 im Jahr 2002 pro 10.000 Mädchen der gleichen Altersgruppe in der entsprechenden Region verzeichnen. Ähnliche Progressionen finden sich auch im Raum Plauen und in der Freiberger Region. Auffällig ist der deutliche Anstieg von Geburten minderjähriger Frauen im Erzgebirge im Jahr 2002, der über der Geburtenquote von minderjährigen Müttern in Sachsen insgesamt liegt. Nicht nur in Leipzig, sondern auch in Chemnitz und Zwickau liegt die Anzahl der minderjährigen Mütter im genannten Zeitraum durchweg über dem gesamtsächsischen Niveau. Das Gleiche gilt für den Geburtenanteil pro 1.000 Geburten in der jeweiligen Region, wobei Chemnitz vor Zwickau und Leipzig die Spitzenposition einnimmt. In Abbildung 4 lassen sich eindeutig die Anstiege der Geburtenanteile in Chemnitz, Plauen, Freiberg, Leipzig und wie bereits erwähnt Gesamtsachsen nachvollziehen.

Abbildung 4: **Geburten minderjähriger Mütter* pro 1.000 Geburten in ausgewählten sächsischen Regionen**



Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen, Stand 2003. *Nach Altersmethode

Abbildung 3 und Abbildung 4 zeigen Unterschiede im zeitlichen Verlauf, insbesondere im Erzgebirge und im Raum Mittweida sind große Schwankungen auffällig. Demgegenüber kann im Raum Zwickau bezogen auf den Zeitraum von 2000 bis 2002 von einer gewissen Kontinuität der Geburtenquote bzw. des Geburtenanteils gesprochen werden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass in fast allen für die Untersuchung ausgewählten Regionen ein Anstieg der Anzahl von minderjährigen Müttern stattgefunden hat und – möglicherweise – noch stattfindet. Dass sich dieser Anstieg auch auf die Anzahl minderjähriger Schwangerschaften übertragen lässt, kann anhand der aktuellen Entwicklung der Schwangerschaftsabbruchstatistik vermutet werden. Allerdings muss dies eine Hypothese bleiben, da aufgrund der gesetzlichen Vorgaben für die statistische Datenerhebung von Schwangerschaftsabbrüchen eine regionale Differenzierung innerhalb der einzelnen Bundesländer nicht möglich ist. Die Erhebungsmerkmale sind ausschließlich das Bundesland, in dem der Eingriff vorgenommen wird und Bundesland, in dem die Schwangere wohnt.

2 Lebenslage der Jugend in Ostdeutschland

Die Zukunfts- und Entwicklungschancen junger Menschen hängen sehr wesentlich davon ab, in welchem sozialen Milieu Kinder und Jugendliche heranwachsen. Amtliche Statistiken und Dokumentationen[10] belegen, dass Kindheit und Jugend in Deutschland insgesamt, besonders aber in den neuen Bundesländern in zunehmendem Maß durch schlechtere materielle Bedingungen charakterisiert sind. Mittlerweile leben 6,7 % der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren in Deutschland unterhalb der Armutsgrenze.[11] Dabei lässt sich Armut nicht allein auf finanzielle Notlagen reduzieren. Einkommensarmut wirkt sich kumulativ in den Bereichen der Teilhabe an Bildung, Information, Gesundheitsversorgung, Ernährung, Freizeit und Erholung sowie den Wohnbedingungen aus.[12] Einfluss auf die Lebenslage haben vor allem die Beschäftigungssituation der Eltern, die Familiensituation sowie die Geschwisterzahl und mit zunehmendem Alter auch die Ausbildungs- und Beschäftigungssituation der Jugendlichen.

Hohe Arbeitslosenquote prägt die Jugend in Ostdeutschland

Die besondere Problematik in den neuen Bundesländern gründet in der hohen Arbeitslosigkeit. Lag bundesweit die durchschnittliche Arbeitslosenquote im Jahr 2003 bei 10,5 %, betrug sie in den neuen Bundesländern insgesamt 18,5 % und in Sachsen 17,9 %. In den neuen Bundesländern waren im Jahr 2003 19,6 % der Frauen (10,8 % Bundesdurchschnitt, 19,8 % Sachsen) und 16,1 % der Jugendlichen unter 25 Jahren (9,9 % bundesweit, 14,1 % Sachsen) arbeitslos gemeldet.[13] Dabei ist zu beachten, dass kleinräumig die Arbeitslosenzahlen besonders für die Regionen Chemnitz oder Ostsachsen noch höher liegen.[14] Aus der hohen Jugendarbeitslosigkeit resultiert eine anhaltend hohe Abwanderungstendenz junger, gut ausgebildeter Männer und Frauen in die alten Bundesländer. Der Wanderungsverlust betrug insgesamt 1,7 Personen je 1.000 Einwohner.[15] Die größten Wanderungsverluste gab es in der Altersgruppe der 18- bis 21-Jährigen. Hier wurden die Fortzüge nur zu knapp zwei Drittel durch Zuzüge ausgeglichen.[16]

10 BMFSFJ (2002), BMA (2001)
11 BMA (2001), S. 78
12 Hurrelmann (2000), S. 24 ff.
13 Bundesanstalt für Arbeit (2004): 12-13
14 Sächsisches Landesamt (2000a), S. 36
15 Statistik Sachsen (2004)
16 Statistik Sachsen (2003)

Arbeitslosigkeit bildet außerdem eine der wesentlichsten Ursachen für den Bezug von Leistungen der Sozialhilfe (Hilfe zum Lebensunterhalt). Nach Bäcker u. a.[17] liegt der Anteil der Haushalte unterhalb der Armutsgrenze bei Einelternhaushalten in den westlichen Bundesländern mit ca. 42 % über den östlichen mit ca. 36 %. In Familien mit drei oder mehr Kindern kehrt sich das Verhältnis um (31 % im Westen und 46 % im Osten). Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren weisen mit etwa 20 % in West und Ost die höchsten Armutsraten in Deutschland auf. Scherer[18] verweist in diesem Zusammenhang auf die stärkeren sozialen Netze in den ländlichen Regionen als Erklärung für die geringeren Anteile an Sozialhilfeempfängern in den Landkreisen, die unter dem sächsischen (2,5 %) und dem bundesdeutschen (3,2 %) Gesamtdurchschnitt liegen. Die Landkreise Stollberg, Mittweida und der Vogtlandkreis weisen dabei die niedrigsten Anteile auf.[19] In Leipzig dagegen ist der Anteil an Sozialhilfeempfängern hoch aufgrund des hohen Ausländer- und Alleinerziehendenanteils.[20] Diese engen sozialen Netze führen aber auch dazu, dass notwendige Hilfe nicht in Anspruch genommen wird, da die soziale Kontrolle in diesen engen Bindungen ebenfalls hoch ist.[21] Die Altersgruppen, die am häufigsten mit Sozialhilfebezug leben, bilden die 0- bis 3-Jährigen, die 7- bis 15-Jährigen und die 21- bis 25-Jährigen, wobei in der ältesten Gruppe vorrangig weibliche Jugendliche vertreten sind.[22]

Wachsende Zahl von FörderschülerInnen

Bildungsabschlüsse entscheiden sehr wesentlich über die Chancen auf dem Arbeitsmarkt und das Risiko, sozialhilfebedürftig zu werden. Deshalb ist es bemerkenswert, dass in Sachsen insgesamt die SchülerInnenzahlen sinken. Bei FörderschülerInnen, vor allem an Lernförderschulen, ist dieser Trend nicht nachweisbar.[23] Die GesamtschülerInnenzahlen sanken im Schuljahr 2001/2002 um 8,2 % und im Schuljahr 2002/2003 um 8 % gegenüber dem jeweiligen Vorjahr. Die Zahlen der FörderschülerInnen sanken dagegen nur um 4,7 % bzw. 4 % im genannten Zeitraum.[24] Der Anteil der FörderschülerInnen an allen SchülerInnen erhöhte sich dabei im Schuljahr 2002/2003 auf 5,5 % (Vorjahr 5,3 %). Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch der Elfte Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung.[25] Schließlich verweisen auch Statistiken zur soziodemographischen Bevölkerungsentwicklung darauf, dass besonders in den neuen Bundesländern der Anteil an SchulabgängerInnen mit

17 Bäcker u. a. (2000). S. 235
18 Vgl. Scherer (2004)
19 Sächsisches Landesamt (2000a), S. 44
20 Sächsisches Landesamt (2000a), S. 29, 52
21 Michel, Riedel, Häussler-Sczepan (2003), S. 74
22 Sächsisches Landesamt (2000a), S. 41
23 Große Anfrage der PDS des Sächsischen Landtages (2000), Drs.-Nr. 3/5121
24 Statistik Sachsen (2001), 2002/2
25 BMFSJ (2002), S. 226

niedrigen Abschlüssen hoch ist. So verließen im Jahr 2001 in Sachsen-Anhalt mehr als 15 % der SchulabgängerInnen die Schule mit weniger als einem Hauptschulabschluss.[26]

Jugendliche mit schlechten Zukunftsperspektiven leiden häufig auch unter gesundheitlichen Problemen

Schließlich sei auf die gesundheitliche Situation als Bestandteil der Lebenslage verwiesen. Hurrelmann[27] schreibt: *„Armut macht Kinder körperlich und seelisch krank. Sie führt zu einer Einschränkung von Erfahrungen und Impulsen für die Entwicklung, besonders auch für die Intelligenzentwicklung und die Chancen zum Aufbau eines differenzierten Weltbildes."* In diesem Zusammenhang weist er darauf hin, dass Jugendliche mit schlechten Zukunftsperspektiven wenig Anreiz zu gesundheitsbewusstem Verhalten haben. Kinder und Jugendliche aus Familien, die in schlechten wirtschaftlichen Verhältnissen leben, weisen erhebliche gesundheitliche Risiken auf. Sie sind häufiger krank, fehlernährt, rauchen häufiger und leiden stärker unter Bewegungsmangel als Gleichaltrige aus sozial besser gestellten Familien. Etwa jedes zehnte dieser Kinder ist körperlich unterentwickelt, was sich auch auf die psychische Gesundheit der Kinder bis hinein in das Erwachsenenalter auswirkt.[28]

Soziale Benachteiligung von Kindern und Jugendlichen stellt besonders unter dem Aspekt der Zunahme von Teenager-Schwangerschaften ein zu beachtendes Faktum dar, da jugendliche Mütter zwar nicht ausschließlich, aber relativ häufig aus einkommensschwachen Milieus kommen. Die einzelnen Fakten der Benachteiligung determinieren sich wechselseitig, die Auswirkungen sind kumulativ. Insofern erscheint die Fokussierung auf Probleme der Lebenslage sehr wichtig, um effektive Methoden und Mittel zur Prävention von Teenager-Schwangerschaften sowie zur optimalen Beratung und Betreuung junger Mütter/Eltern und ihrer Kinder zu finden.

26 Kröhnert, van Olst, Klingholz (2004), S. 18
27 Hurrelmann (2000), S. 27
28 Pesek (2002), S. 550

3 Erklärungsansätze zu Teenager-Schwangerschaften

Minderjährige Schwangere sind in Deutschland etwa seit Mitte der 80er Jahre des 20. Jahrhunderts zunehmend ein Thema wissenschaftlicher Publikationen. Mit dem Buch „Schwanger werd´ ich nicht alleine ...“[29] wurde von Ralf Osthoff ein umfassender Einblick in die Thematik und in einschlägige Erklärungsansätze gegeben, auf den in fast allen folgenden Arbeiten zum Thema Bezug genommen wird.

Mutterschaft als Kompensation einer unbefriedigenden Lebenssituation

Osthoff[30] gibt ein ausführliches Bild über die Herkunft der jungen Frauen. Er nimmt nicht nur das Aufwachsen außerhalb eines geregelten Familienverbandes als Erklärungsansatz, sondern auch den Wunsch, das gestörte Elternhaus verlassen zu können. Häufig sind jugendliche Schwangere selbst Töchter von Teenagermüttern.[31] Kinder, die in schwierigen, konflikthaften Familienverhältnissen aufwachsen, weisen oft einen Mangel an Zuwendung, Geborgenheit und Liebe auf. Sie erleben die Partnerschaft(en) der Mutter als unbeständig, wechselhaft und psychisch belastet. Somit ist an das eigene Kind eine Reihe von Hoffnungen und Wünsche gekoppelt, wie z. B. „die Sehnsucht nach etwas Eigenem“ mit dem Wissen, dass die Beziehung zum Kind selbstgestaltet und von unbegrenzter Dauer ist.[32] Oftmals soll damit auch die Beziehung zum Partner intensiviert werden, geäußert im *„Wunsch, mit dem Vater des Kindes als Familie zusammenzuleben“*[33] oder aber das Gefühl zu entwickeln, gebraucht zu werden und somit ein *„eigenständiges und erfülltes Leben“* zu führen.[34]

Ursachen von mangelhaftem Verhütungsverhalten

Vielfach wird mangelnde Aufklärung und schlechtes Verhütungswissen als Ursache für jugendliche Schwangerschaften angegeben. Remberg[35] verweist auf die Schwierigkeit junger Mädchen, mit dem Partner über Sexualität und Schwangerschaftsverhütung sprechen zu können. Verweigert der Partner des jungen Mädchens seine Mitverantwortung an der Empfängnisverhütung, fühlt sich das Mädchen schnell überfordert und neigt zur Fehleinschätzung von Verhütungsmethoden in der Hoff-

29 Vgl. Osthoff (1999)
30 Osthoff (1999), S. 121 f.
31 Kirchengast (2002), S. 308
32 Garst (2003)), S. 25
33 Wanzeck-Sielert (2002) S. 30
34 Osthoff (2000)), S. 3
35 Remberg (2003), S. 15

nung, es wird schon nichts passieren.[36] Das Verhütungsverhalten wird auf den Glauben an die eigene Unverwundbarkeit reduziert, und endet nicht selten in unerwünschten Schwangerschaften. Neben Unverträglichkeiten und Schwierigkeiten wird vor allem das Versagen des Verhütungsmittels als Ursache für die Schwangerschaft angegeben.[37] Schwangerschaftsverhütung wird als sozial erwünschtes Verhalten erkannt, der Verweis auf ein Versagen der angewendeten Kontrazeptionsmittel besitzt somit auch entlastenden Charakter. Daher lässt sich mangelhaftes Verhütungsverhalten eher als Folge von kommunikativen Inkompetenzen, sozialen Erwartungshaltungen und mangelndem Selbstwertgefühl erklären, als dass es sich bei den jungen Frauen, wie vielfach angenommen, ausschließlich um einen Mangel an Verantwortung und konsequentem, aufgeklärtem Verhalten handelt.

Hinzu kommen Einflussfaktoren wie die mediale Vermittlung sexueller Wert- und Normvorstellungen, *„die sich in jedem Fall auf den Orientierungsprozess auswirken, in dem Jugendliche sich befinden“*.[38] Klassische Rollenverteilungen und Verhaltenserwartungen in der Verhütungsverantwortlichkeit tragen maßgeblich dazu bei, Kompetenzen im verantwortlichen Sexualverhalten in unterschiedliche Richtungen zu lenken. Dass das Alter dabei eine wichtige Rolle spielt, zeigt eine Untersuchung an 14- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen: Je jünger die Jugendlichen, desto nachlässiger sind sie mit Verhütungsmaßnahmen und desto schlechter ist deren Wissen über den weiblichen Zyklus und den Zeitpunkt des größten Risikos einer Schwangerschaft.[39]

Die Diskussion über das Wissen von Jugendlichen über Kontrazeption wird in der Fachwelt kontrovers geführt und geht in zwei Richtungen: Einerseits bestehen *„zum Teil erhebliche Wissensdefizite“*[40], auf der anderen Seite ist das Verhütungsverhalten *„ – im Vergleich zu dem zehn Jahre zuvor – bedeutend besser geworden“*, was ExpertInnen und wissenschaftliche Untersuchungen bestätigen.[41] Das Argument des unaufgeklärten Teenagers scheint somit nicht mehr auszureichen bei der Suche nach den Hintergründen von Teenager-Schwangerschaften.

Beruf: Mutter statt Arbeitslos

Weitere Erklärungsansätze zielen auf die mangelnden Zukunftsaussichten von Jugendlichen. In einer Zeit wachsender, schwer überblickbarer Optionen der Lebensgestaltung, in der die Ausbildung von Zukunftsperspektiven und Zielsetzungen der

36 BZgA (2001), S. 63
37 Remberg (2003), S. 16
38 BZgA (1997), S. 6
39 BZgA (2001), S. 35 ff., 61 ff.
40 Remberg, Weiser (2003), S. 14
41 Remberg (1997), S. 44

Bewältigung eigener Unsicherheiten dient, sehen Jugendliche selbst eine gute Ausbildung und den Erwerb eines hohen Berufsstatus als wichtiges Lebensziel. Gleichzeitig wissen sie, dass kein oder ein gering qualifizierter Berufsabschluss zu einem eng begrenzten Spektrum an Zukunftsaussichten führt.[42] *„Die Kultur hält zwar entsprechende Sinnangebote und Leitbilder bereit, sie sind heute aber sehr heterogen und in die persönliche Entscheidung gestellt."*[43] Wenn der schulische und berufliche Werdegang nicht die nötigen Grundlagen zur Ausbildung einer an Erwerbsarbeit orientierten Zukunftsgestaltung bieten, können *„Schwanger- und Mutterschaft als Perspektive"* dienen, insbesondere dann, wenn arbeitspolitische Determinanten wie hohe Jugendarbeitslosigkeit im Bewusstsein der jungen Mädchen vorherrschen, nach dem Motto: Beruf: Mutter statt Beruf: Arbeitslos.[44]

Finanzielle Absicherung durch Erziehungs- und Kindergeld und evtl. weitere Zahlungen über einen überschaubaren Zeitraum hinweg sichern die Existenz der jungen Frauen, während die gesetzlich geregelte Elternzeit eine Chance bietet, auf Schule verzichten zu können.[45] Einer Analyse von anonymen Protokollen und der Erfassungsberichte von Antragstellungen für Stiftungsleistungen einer Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle in Leipzig zufolge handelt es sich bei den jungen Frauen gehäuft um Teilnehmerinnen an einem Berufsvorbereitenden Jahr (BVJ), das in vielen Fällen vorzeitig (z. B. durch eine Schwangerschaft) beendet wird.[46] Absolventinnen und Absolventen eines Berufsvorbereitenden Jahres können zu einem überwiegenden Teil nur minder qualifizierende Schulabschlüsse wie Lernförder- oder Hauptschulabschluss oder eben keinen Schulabschluss vorweisen. Die Voraussetzungen für einen angemessenen Bildungsweg erscheinen denkbar schlecht, so dass in der Mutterrolle eine, *„wenn nicht die einzige"* Möglichkeit gesehen wird, eine gesellschaftlich anerkannte Identität aufzubauen.[47] Schließlich ist Muttersein ein legitimierter Status, der Sicherheit und Ordnung bietet mit gleichzeitiger Aufwertung des Selbstwertgefühls.[48] Remberg formuliert es noch konkreter: Die jungen Frauen sind *„an Erwerbsarbeit eigentlich nicht interessiert"*, ihr Lebenskonzept gestaltet sich aus *„bewusst gewählten Partnerschaften bzw. Ehen mit traditioneller Rollenteilung"*.[49] Zusammenfassend schreibt sie:

> *„Eine weitere Gruppe von Mädchen betrachtet die Ausübung der Hausfrauenarbeit und die Mutterrolle als (zumindest vorläufige) Alternative zur Erwerbsarbeit. Besonders für viele junge Mädchen mit schulischen Problemen und Bezie-*

42 14. Shell Jugendstudie (2002), S. 54
43 Fend (1997), S. 38 f.
44 Schneider (2003), S. 6
45 Garst (2003), S. 26
46 Jonas (2003), S. 34
47 Müller (2002), S. 52
48 Garst (2003), S. 25/26
49 Remberg (2003), S. 19

hungsschwierigkeiten ist die Mutterrolle emotional positiv besetzt, die Mutterschaft scheint für sie ein Ausweg aus der Perspektivlosigkeit des beruflichen und privaten Lebens zu sein."[50]

Hier fließt ein weiterer Aspekt in die Erklärungsversuche minderjähriger Schwanger- und Mutterschaften mit ein, wenn Remberg von Beziehungsschwierigkeiten und Perspektivlosigkeit des privaten Lebens spricht. All diese Sehnsüchte und Hoffnungen lassen deutlich werden, welche hohen Erwartungen mit dem Kind und der Mutterschaft verbunden sind.

Die Frage, welche Ursachen hinter minderjährigen Schwangerschaften stehen, kann nicht eindeutig und nicht hinreichend beantwortet werden, was sich auch daran zeigt, *„dass das empirisch abgesicherte Wissen über die Motive der Mädchen, ihre Schwangerschaft auszutragen oder abzubrechen, nach wie vor gering ist".*[51] Zusammenfassend ist es dennoch möglich, drei wichtige Aspekte festzuhalten:

I. Um Erklärungen zu finden, weshalb Mädchen minderjährig schwanger werden, muss man auf jeden Fall die Ebene des Wissens über Art und Handhabe von Verhütungsmitteln in Betracht ziehen, verbunden mit dem verantwortlichen Bewusstsein über die Notwendigkeit der Anwendung. Technisches Wissen und entsprechende Handlungskompetenzen sind dafür wichtige Voraussetzungen, reichen als monokausale Betrachtungsweise jedoch nicht mehr aus.

II. Eine zweite Ebene sind die psychosozialen Voraussetzungen, die ein Mädchen mitbringt. Schwierige Familienverhältnisse beeinflussen nachhaltig die Beziehungs- und Problemlösekompetenz des Mädchens und können zu von Fehleinschätzungen geprägten Entscheidungen führen.

III. Die dritte Ebene bezieht sich auf sozioökonomische Faktoren und das Bildungspotential, welche oftmals stark miteinander korrelieren. Sind beide ungünstig, scheint die Partizipation an einem erfolgversprechenden Berufsleben nicht gegeben und die Mutterrolle dient als Surrogat für gesellschaftliche Akzeptanz und Existenzsicherung.

Inwieweit es bestimmte Gruppen gibt, auf die die Aspekte aller genannten Ebenen zutreffen und die damit als besonders gefährdet gelten, wird die Aufgabe weiterer, vertiefender Forschung sein.

50 Remberg (1997), S. 43
51 Schneider (2003), S. 2

4 Hilfeangebote für schwangere Minderjährige

Minderjährige Schwangere brauchen, unabhängig davon, ob sie sich für oder gegen das Kind entscheiden, Hilfe für die Bewältigung dieses vollkommen neuen und meist unerwarteten Lebensereignisses. Kann die Unterstützung nicht genügend über die Familie und das soziale Netzwerk abgedeckt werden, bietet eine Reihe staatlicher, kommunaler und konfessioneller Hilfeangebote ein breites Spektrum von Unterstützungsmaßnahmen für jugendliche Schwangere. Einen guten Überblick gibt u. a. die Arbeit von Jonas,[52] die auch die Grundaussagen für die weiteren Ausführungen liefert und somit im Folgenden nicht immer einzeln aufgeführt wird.

An dieser Stelle soll eine kurze Übersicht der finanziellen und sozialpädagogischen Hilfen für minderjährige Schwangere und junge Mütter erfolgen. Zusätzlich werden einige Präventionsprojekte exemplarisch aufgeführt, die in verschiedenen Bundesländern seit geraumer Zeit erprobt werden.

4.1 Finanzielle Hilfen

Um eventuell entstehende Notlagen zu lindern, steht minderjährigen Müttern eine Reihe von finanziellen Unterstützungsmöglichkeiten zu. Dies sind in erster Linie Stiftungsgelder aus Landes- und Kirchenmitteln. Darüber hinaus bestehen Ansprüche auf gesetzlich festgeschriebene Leistungen.

Stiftungsgelder

Jede Frau in einer Notlage hat über das Aufsuchen einer staatlich anerkannten Schwangerenberatungsstelle die Möglichkeit, eine einmalige Beihilfe über die Stiftung „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“ zu beantragen. *„Junge Schwangere sind unabhängig von ihrem Alter und ohne die Zustimmung ihres gesetzlichen Vertreters antragsberechtigt.“*[53] Kirchliche Unterstützungen werden abhängig von den persönlichen Lebensumständen der Schwangeren und über die der Konfession entsprechenden Beratungsstellen gewährleistet.

52 Jonas (2003)
53 Jonas (2003), S. 52

Gesetzliche Leistungen

Bereits während der Schwangerschaft haben minderjährige Frauen ohne oder mit geringem Einkommen den Anspruch auf Wohngeld. Dies trifft sowohl für den elterlichen Haushalt, deren Mitgliederzahl durch die Geburt des Kindes erhöht wird, als auch für den eigenen Haushalt zu. Erhält die minderjährige Frau Sozialhilfe, ist das Wohngeld bereits enthalten. Hilfe zum Lebensunterhalt nach § 21 BSHG (Bundessozialhilfegesetz) wird bei entsprechenden Voraussetzungen einer minderjährigen Schwangeren unabhängig vom Einkommen der Eltern gewährt, ebenso wie einmalige Beihilfen. Ist das Kind geboren, hat es einen eigenen Anspruch auf Sozialhilfe. Für die junge Mutter kommen nun weitere finanzielle Unterstützungen hinzu: Bis zur Vollendung des zweiten Lebensjahres wird für das Kind Bundeserziehungsgeld gezahlt, wenn die Mutter die vorwiegende Personensorge für das Kind übernimmt. Zusätzlich besteht der Anspruch auf die Zahlung von Kindergeld und Unterhalt. Entzieht sich ein Elternteil der Unterhaltspflicht oder ist er dazu nicht in der Lage, gewährt das Jugendamt einen Unterhaltsvorschuss.

4.2 Sozialpädagogische Unterstützung

Schwangerschaftskonflikt- und Schwangerenberatungsstellen bieten in erster Linie sozialpädagogische Unterstützungen an. Das Angebot reicht von Gesprächen über Probleme, dem Suchen nach Lösungen über Hilfen bei der Geltendmachung von Ansprüchen bis hin zur Begleitung der minderjährigen Schwangeren bei Ämter- und Behördengängen. Handelt es sich um eine Konfliktberatung, sind nur unter 14-Jährige nicht berechtigt, ihre Einwilligung zu einem Schwangerschaftsabbruch zu geben, über 14-Jährige werden als kompetent bezüglich des Erkennens der Tragweite ihrer Entscheidung eingeschätzt. Der Besuch einer Beratungsstelle ist nach § 219 StGB (Strafgesetzbuch) Pflicht und Voraussetzung, wenn eine Frau, gleich welchen Alters, einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen möchte.

Oftmals bieten die Beratungsstellen neben Hilfen während der Schwangerschaft zusätzlich Erziehungsberatung an, die in schwierigeren Fällen zu einer vom Jugendamt vermittelten sozialpädagogischen Familienhilfe führen kann. Entscheidet sich die minderjährige Mutter nach der Geburt ihres Kindes für einen Platz im Mutter-Kind-Heim, ist die Unterstützung bei der Pflege und Erziehung gewährleistet. Das Lernen von Reglementierungen innerhalb der Einrichtung ist ein wichtiger Schritt in Richtung Verantwortlichkeit gegenüber den Interessen des Kindes, die oftmals denen der Mutter konträr gegenüberstehen, so *„dass eine liebevolle und verantwortungsvolle Mutter-Kind-Beziehung entstehen kann“,* schreibt Anneke Garst.[54]

54 Garst (2003), S. 29

Sie ist Mitarbeiterin des „Casa Luna"-Projekts in Bremen, das an dieser Stelle beispielhaft für bestehende Wohnprojekte für junge Schwangere und Mütter genannt sein soll. Die Städte Leipzig und Chemnitz können Hilfen für junge Frauen in je zwei Einrichtungen anbieten, zusätzlich wird akuter Bedarf in Krisensituationen über den Jugendnotdienst abgedeckt.[55]

Ergänzend zu den finanziellen und sozialpädagogischen Hilfeangeboten gibt es in Deutschland eine Reihe von Projekten, die minderjährigen Müttern einen Schul- bzw. Bildungsabschluss ermöglichen. Wichtig ist dabei die Kombination aus Teilzeitarbeit oder -ausbildung der minderjährigen Mutter mit einem Betreuungsangebot für das Kind und einer sozialpädagogischen Begleitung durch eine Fachkraft. Insbesondere die Stadtstaaten Hamburg und Bremen stellen den jungen Müttern entsprechende Ausbildungsplätze zur Verfügung. In Sachsen gibt es solche Angebote noch nicht.

4.3 Präventionsprojekte

Projekte zur Verhinderung von ungewollten Teenager-Schwangerschaften sind in Deutschland zur Zeit vor allem aus Schleswig-Holstein (Elternschaft lernen) und Niedersachsen (Sexualpädagogischer Arbeitskreis) bekannt, aber auch der Arbeitskreis Sexualpädagogik Leipzig in Sachsen definiert den *„Schutz [...] vor ungewollter Schwangerschaft"* als einen festen *„Bestandteil einer umfassenden Sexualaufklärung und -beratung"*.[56] Das wohl bekannteste Präventionsprojekt stammt jedoch aus den USA und erfreut sich mittlerweile, soweit die finanziellen Mittel vorhanden sind, zunehmender Beliebtheit. Die sogenannte „Babybedenkzeit" (engl.: Baby think it over) bedient sich einer Babysimulationspuppe und soll mit „Abschreckung" mehr überzeugen als jeder Aufklärungsunterricht.

Die Zahl der Hilfeangebote ist groß und breit gefächert. Das Anliegen der folgenden Untersuchung ist es, eine Antwort auf die Frage zu erhalten, ob und inwieweit die Angebote von den Betroffenen wahr- und angenommen werden.

55 Sächsisches Landesamt (2002b)
56 www.aksexpaed.de

2 Methodisches Vorgehen

Neben einer kurzen Beschreibung der Vorgehensweise, wie die Zielgruppe in den entsprechenden Regionen eruiert wurde, erfolgt die Darstellung der einzelnen Untersuchungsschritte von der Entwicklung des Interviewleitfadens bis hin zur Transkription und Auswertung der Gespräche.

2.1 Auswahl der Einrichtungen und Untersuchungsregionen

Um zu klären, welche Angebote und Hilfen es für jugendliche Schwangere in Sachsen gibt und wie die mit der Thematik befassten ExpertInnen die Situation einschätzen, wurde eine Studie in zwei exemplarisch ausgewählten Regionen mit Hilfe von 50 leitfadengestützten Interviews durchgeführt. Im Vorfeld der Untersuchung standen daher Überlegungen zur Auswahl der Erhebungsorte und der GesprächspartnerInnen.

Der sozialräumliche Ansatz: die Stadt Leipzig im Vergleich mit dem Raum Chemnitz

Zunächst wurden zwei Regionen in Sachsen ausgewählt, die sich strukturell stark voneinander unterscheiden: die Stadt Leipzig und der Raum Chemnitz mit angrenzenden ländlichen Gebieten. Leipzig als aufstrebende, wirtschaftlich stärkste Großstadt Sachsens verfügt über eine gute urbane Infrastruktur, wohingegen der Raum Chemnitz gekennzeichnet ist von einer hohen Bevölkerungsdichte, hoher Arbeitslosenrate (auch unter Jugendlichen), geringen Arbeitnehmerentgelten und einem hohen Anteil an Arbeitslosenhilfeempfängern.[57] Zu den wirtschaftlich und sozial schwachen ländlichen Gebieten um Chemnitz zählt auch das Erzgebirge, das schon immer Armutsregion war. Die Auswahl der Untersuchungsregionen Leipzig und Chemnitz ermöglicht somit einen Vergleich der Angebote und Anforderungen in unterschiedlichen sozialen Lebensräumen. Gleichzeitig wurde darauf geachtet, dass städtische und ländliche Beratungsstellen und Angebote jeweils in angemessenem Umfang für einen Stadt-Land-Vergleich erfasst wurden.

57 Vgl. Scherer (2004)

Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, Kamenz, 2004
Grundlage: VÜK 200; 01/2004 – LV SN 2004

Einbeziehung aller Berufsgruppen und Einrichtungen, die mit jugendlichen Schwangeren in Kontakt kommen

Bei der Auswahl der Gesprächspersonen sollten möglichst alle relevanten Dienste und Professionen, die mit Teenager-Schwangerschaften in Berührung kommen, einbezogen werden. In erster Linie sind dies Schwangerenberatungsstellen, der Allgemeine Sozialdienst der Jugendämter, Mutter-Kind-Einrichtungen, Hebammen und GynäkologInnen, aber auch der Kinder- und Jugendnotdienst, der soziale Dienst in Krankenhäusern und Vertrauens- und BeratungslehrerInnen bzw. SozialarbeiterInnen in Schulen.

Die folgende Übersicht zeigt die ausgewählten Einrichtungen und Berufsgruppen sowie die regionale Verteilung (Tabelle 3):

Tabelle 3: Übersicht über die ausgewählten Einrichtungen und Berufsgruppen

	GESAMT	STADT (Leipzig und Chemnitz)	LAND (Chemnitz Land)
Beratungsstellen	23	7	16
Kommune	6	2	4
Diakonisches Werk	6	1	5
Arbeiterwohlfahrt	5	1	4
Deutsches Rotes Kreuz	2	1	1
Caritas	2	1	1
pro familia	2	1	1
Jugendhilfe	14	9	5
Jugendamt – ASD	6	3	3
Jugendnotdienst	2	1	1
Mutter-Kind-Heime	3	2	1
Klinik-Sozialdienst	3	3	–
Schulen	6	3	3
Berufsschulen	3	1	2
Förderschulen	3	2	1
Medizin	7	6	1
Gynäkologinnen	3	3	–
Hebammen	4	3	1
Gesamt	50	25	25

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften Sachsen“ 2004. N=50

Bei der Auswahl der Beratungsstellen wurde darauf geachtet, dass die wichtigsten Träger und Einrichtungen zur Schwangerenberatung in Sachsen angemessen vertreten sind. Mit der Hälfte der Interviews konnte der urbane Bereich durch die beiden Großstädte Leipzig und Chemnitz abgedeckt werden. Insgesamt jedoch wurde der Chemnitzer Raum aufgrund seiner Größe im Verhältnis zur Stadt Leipzig mit 31 Interviews stärker einbezogen.

Die MitarbeiterInnen einiger Schulen waren nur schwer für die Teilnahme an der Studie zu gewinnen. Mitarbeiterinnen der Kliniksozialdienste im ländlichen Raum lehnten die Teilnahme sogar ganz ab, mit dem Hinweis, mit minderjährigen Schwangeren und Müttern hätten sie (so gut wie) keinen Kontakt. Die Betreuung erfolge ausschließlich über lokale Beratungsstellen, niedergelassene GynäkologInnen und über die Möglichkeit der ambulanten Nachsorge. Dass sich Kliniksozialarbeiterinnen dennoch sehr wohl um die Belange von Minderjährigen kümmern, zeigen die Gespräche mit Angehörigen der städtischen Sozialdienste.

Bei der Befragung in Schulen beschränkten wir uns auf Lernförder- und Berufsförderschulen und legten damit den Schwerpunkt auf sozial benachteiligte Jugendliche. Die Berücksichtigung aller Schularten war im beschränkten Rahmen unserer Untersuchung, die den Charakter einer ersten explorativen Feldstudie hat, nicht möglich und auch nicht notwendig, da Teenager-Schwangerschaften erst ab einem gewissen Alter relevant werden. Gerade von Lernförderschulen war vermehrt zu hören, mit der Problematik nicht oder nur selten in Berührung zu kommen, da die Jugendlichen in der Regel die Schule im Alter von 15 Jahren verlassen.

2.2 Der Gesprächsleitfaden

Als Erhebungsmethode wurde das teilstrukturierte, leitfadengestützte Interview gewählt. Die überwiegend offen formulierten Fragen ermöglichten den InterviewpartnerInnen, ihre eigenen Sichtweisen und Erfahrungen mit dem Thema zu schildern. Der Frageleitfaden sollte darüber hinaus sicherstellen, dass die im Forschungsantrag formulierten Fragen beantwortet wurden.

- Wie nehmen ExpertInnen die Situation wahr?
- Wie werden bestehende Hilfeangebote beurteilt?
- Wo werden Vernetzungs- und Versorgungslücken gesehen?
- Welchen besonderen Bedarf an Hilfeangeboten sehen die Befragten?
- Wo liegen nach Meinung der ExpertInnen mögliche Ursachen für die Nichtinanspruchnahme bestehender Angebote?
- Wie könnte Vernetzung aussehen (z. B. Wie kommen Schulen und Beratungsstellen zusammen)?

Anschließend wurde der Interviewleitfaden in zwei Probeinterviews auf seine Brauchbarkeit bezüglich der inhaltlichen Ziele und auf seine Handhabung durch die Interviewerin hin überprüft.

Die folgende Übersicht zeigt die thematischen Schwerpunkte des Leitfadens[58], wie sie nacheinander abgearbeitet wurden:

- Angaben zur interviewten Person und zur Einrichtung
- Beratungsangebot
- Beratungsablauf
- Angaben zur Klientel
- Verhütungsverhalten Jugendlicher
- Motive und Ursachen jugendlicher Schwangerschaften
- Vernetzung bestehender Angebote
- Künftiger Hilfebedarf und Prävention

2.3 Durchführung der Interviews

Die ausgewählten Einrichtungen wurden zunächst schriftlich über das Forschungsvorhaben informiert und um die Teilnahme an der Untersuchung gebeten. Anschließend erfolgte eine telefonische Kontaktaufnahme zur Terminabsprache. Die Terminvereinbarung gestaltete sich aufwendiger als erwartet, da in vielen Fällen die Einrichtung zwar feststand, der entsprechende Gesprächspartner oder die konkrete Gesprächspartnerin jedoch erst ermittelt werden musste. In einigen Fällen (n=13) wurde auf Wunsch der Einrichtung das Gespräch mit zwei Personen geführt. Den Befragten wurde zugesichert, dass sie nicht namentlich genannt werden. Der Bitte, das Gespräch auf Band aufnehmen zu dürfen, wurde in allen Fällen entsprochen. Die Gesprächsdauer lag zwischen 35 und 115 Minuten, mehrheitlich dauerten die Interviews ca. 70 Minuten. Alle Interviewtermine lagen in der Zeit von Ende September 2003 bis Anfang Februar 2004.

2.4 Transkription und Auswertung

Die Interviews wurden transkribiert und anonymisiert. Der Schwerpunkt lag auf einer vergleichenden Querauswertung der ExpertInnenmeinungen. Die Auswertung erfolgte in Anlehnung an die Methode der Inhaltsanalyse[59] und der Grounded Theory.[60] Aus den Interviews wurden alle Passagen zu bestimmten inhaltlichen Bereichen zusammengestellt und thematisch getrennt kategorisiert. Für die Kategorienbildung diente als Gütekriterium die „kommunikative Validierung“ im gesam-

58 Siehe Anhang
59 Vgl. Mayring (1993)
60 Vgl. Hildenbrand (2000)

ten Forschungsteam unter Einbezug der Interviewerinnen. Sie brachten ihre Wahrnehmung zum Interviewgeschehen und zur Thematik in die Interpretation mit ein und erweiterten somit die Ebene des Fremdverstehens. Auf der Basis der gewonnenen Kategorien wurden die Transkripte datenträgergerecht aufbereitet. Die statistische Aufbereitung der Daten erfolgte mittels des Statistikprogramms SPSS. Die angewandten Verfahren beschränkten sich auf deskriptive Verteilungsanalysen in Form von Häufigkeiten und Kreuztabellen, da sich die ermittelten Daten aufgrund der geringen Fallzahl und der Problematik von Mehrfachnennungen nicht zur Verwendung weiterer statistischer Rechenoperationen eigneten.

Zum Zwecke der besseren Lesbarkeit wurden die in diesem Bericht zitierten Interviewstellen, die exemplarisch für die jeweiligen Aussagen stehen, statt der bei der Auswertung verwendeten Codes mit Oberkategorien gekennzeichnet. Diese sind intern nachvollziehbar, anonym und zur Vergleichbarkeit geeignet. Gleichzeitig ist der Datenschutz gewährleistet (Tabelle 4):

Tabelle 4: **Zuordnung der Zitate**

Professionelle Bereiche		
Land	• Beratungsstellen • Jugendhilfe • Schulen • Medizinischer Bereich	Stadt

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften Sachsen“ 2004

Die Grundgesamtheit der Auswertung bezog sich auf die gesamten 50 Interviews, doch kam es sehr oft vor, dass nicht jede Frage von allen Interviewten beantwortet, bzw. angepasst an den Gesprächsverlauf, in jedem Interview gestellt wurde. Trotz konstanter Grundgesamtheit kam es daher sehr oft zu unterschiedlichen Bezugsgrößen, die neben der Summe der Mehrfachantworten extra ausgewiesen wurden. Aufgrund der oftmals geringen Fallzahlen wurde weitestgehend auf Prozentangaben verzichtet. Ebenso sind die ExpertInnenangaben immer nur als Tendenzen zu betrachten, denn die häufigste und spontanste Antwort, die die Interviewerinnen auf ihre Fragen zu hören bekamen, war: *„Das ist unterschiedlich.“* Hier zeigt sich im Besonderen die Vielschichtigkeit und Heterogenität der Problematik Teenager-Schwangerschaften.

3 Wichtige Ergebnisse im Überblick

In der Zeit von Ende September 2003 bis Anfang Februar 2004 wurden in zwei exemplarisch ausgewählten Regionen Sachsens 50 leitfadengestützte Interviews durchgeführt. Befragt wurden ExpertInnen aus Einrichtungen und Diensten, die minderjährige Schwangere und Mütter professionell beraten und betreuen: SozialarbeiterInnen, KrankenpflegerInnen, ÄrztInnen, LehrerInnen, PsychologInnen etc.

Informationen über hilfegebende und beratende Angebote werden am häufigsten durch Flyer verbreitet

Informationen über die hilfegebenden Angebote und Einrichtungen erhalten die Jugendlichen durch Mundpropaganda, Freunde und Familie, die Medien und über GynäkologInnen. Mit Letztgenannten besteht nach Angaben der Befragten eine gute Zusammenarbeit. Die Angebote werden meist in Form von Faltblättern vorgestellt, die vorrangig bei niedergelassenen GynäkologInnen verteilt werden. Die Präsentation der Einrichtungen erfolgt verstärkt im ländlichen Raum und vorwiegend in Schulen. In der Stadt sind nach Expertenmeinung die jungen Schwangeren häufiger nicht gut über die Arbeit der beratenden Einrichtungen informiert. → *Kapitel 2*

Finanzielle und soziale Themen stehen bei der Beratung im Vordergrund

Die wichtigste Begleitperson im Beratungsgespräch ist die zukünftige Großmutter, vor allem im ländlichen Raum. Durchschnittlich nehmen die Minderjährigen, die größtenteils zum ersten Mal schwanger sind, drei bis vier Beratungstermine wahr. Finanzielle und soziale Themen stehen in den Beratungseinrichtungen im Vordergrund. Inhaltliche Schwerpunkte der Beratungsgespräche sind Fragen der zukünftigen Gestaltung des eigenen Lebens, der materiellen Unterstützung und Fragen zum familiären Netzwerk, aber auch zu Schwangerschaft und Geburt sowie zum zukünftigen Tagesablauf mit dem Kind. → *Kapitel 3.3*

Verhütungswissen ist mangelhaft

Das Verhütungswissen der Jugendlichen wird von den befragten ExpertInnen mehrheitlich als unzureichend bis mangelhaft eingeschätzt. Indiz dafür ist, dass der „Coitus interruptus“ von den Jugendlichen noch immer angewandt wird. Die „Pille danach“ wurde als Verhütungsmittel ausschließlich im Umland von Chemnitz und nur von Beratungsstellen empfohlen. → *Kapitel 3.4*

Beratungsangebote werden vielfach aus Angst und Scham nicht wahrgenommen

Als Ursachen für mögliches Nichtwahrnehmen von Beratungs- und Betreuungsangeboten wurde von den befragten ExpertInnen vor allem bewusstes oder unbewusstes Vermeidungsverhalten aus Angst und Scham, aber auch mangelnde Informiertheit und Unwissenheit gesehen, letzteres vor allem im städtischen Raum. Interviewpartnerinnen in der Stadt Leipzig meinten, das Angebot sei ausreichend und die mangelnde Inanspruchnahme eher eine Frage des Bekanntheitsgrades. Eine Optimierung der Beratung könne durch Informationsveranstaltungen mit Schulklassen, Vernetzung von sozialpädagogischen Fachkräften und die Entstigmatisierung von Begriffen wie „Heim" oder „Beratungsstelle" erfolgen. Eine Verknüpfung von sozialer und medizinischer Beratung, regelmäßiger Mütterberatung und auch Großelternberatung sei wünschenswert. → *Kapitel 4.1*

Hilfe- und Beratungsangebote sind gut vernetzt

Fast alle befragten ExpertInnen arbeiten mit anderen Einrichtungen und Fachleuten zusammen. Mehr als die Hälfte der Befragten berichtete über regelmäßige Zusammenkünfte zum Informations- und Erfahrungsaustausch, um ein besseres und vielfältigeres Hilfe- und Beratungsangebot zu bieten. Eine bessere Zusammenarbeit wird vor allem mit Jugend- und Sozialämtern gewünscht, wobei vorwiegend Beraterinnen den Wunsch nach regelmäßigem Kontakt und Erfahrungsaustausch mit GynäkologInnen äußerten. → *Kapitel 4.3*

Jugendliche Schwangere stammen überwiegend aus einem problematischen sozialen und familiären Umfeld

Nach Einschätzung der Befragten weisen die Herkunftsfamilien der jugendlichen Schwangeren überwiegend problematische Konstellationen auf. Die jungen Frauen selbst verfolgen mehrheitlich niedrige Bildungs- und Ausbildungswege. In diesem Zusammenhang werden Lernförderschülerinnen und deren Umgang mit dem eigenen Körper und Sexualität als besonders problematisch gesehen. Die Familie reagiert in etwa der Hälfte der Fälle mit Ablehnung auf die Schwangerschaft, die andere Hälfte der Familien akzeptiert sie und gewährt Unterstützung. Die wichtigste Person im familiären Hilfesystem ist die Mutter der jugendlichen Schwangeren. Die werdenden Väter spielen überwiegend keine Rolle, meist sind sie gleichaltrig bzw. nur wenige Jahre älter. Bei Akzeptanz der Vaterrolle werden sie jedoch als engagiert und unterstützend beschrieben. → *Kapitel 5*

Defizitäre Verhütung und mangelnde Zukunftsperspektiven sind wichtige Ursachen für Teenager-Schwangerschaften

Als wichtigste Ursache für Teenager-Schwangerschaften wird von den ExpertInnen vor allem die defizitäre Verhütung gesehen, begleitet von einem problematischen Umgang mit Sexualität. Als zweiter Grund werden mangelnde Zukunftsperspektiven angegeben, die durch die Mutterschaft kompensiert werden sollen. Die Zukunftschancen der minderjährigen Schwangeren werden vor allem im Hinblick auf berufliche Integration und finanzielle Unabhängigkeit von der Mehrzahl der Fachleute als schlecht eingeschätzt. Die jungen Frauen selbst haben eher naive bzw. gar keine Zukunftsvorstellungen. → *Kapitel 5.7*

Wichtigste Gegenmassnahme ist die Schaffung von Berufsperspektiven

Als vordringliche politische Aufgabe wird das Eröffnen beruflicher Perspektiven für Jugendliche gesehen. Daneben werden Freizeitangebote und Jugendprojekte, allgemeine Wertevermittlung und spezielle, stabile und kontinuierliche Hilfeangebote für benachteiligte Jugendliche als wichtig erachtet. → *Kapitel 6*

2 Ergebnisse im Detail

1 Soziale und berufliche Daten der Befragten

2 Wege zur Beratung

3 Beratungssituation und Beratungsinhalte

4 Angebote, Bedarf und Vernetzung der Beratungs- und Hilfeangebote aus professioneller Sicht

5 Lebenssituation der jugendlichen Schwangeren

6 Prävention und Politik

Die im folgenden Kapitel vorgestellten Ergebnisse der ExpertInnenbefragung geben deren Erfahrungen bei der Betreuung und Beratung minderjähriger Schwangerer und Mütter wieder. Die jeweiligen Tätigkeitsfelder der ExpertInnen führen erwartungsgemäß zu unterschiedlichen Fokussierungen der Antworten. Überwiegend wurde betont, dass sowohl Herkunft der jungen Frauen als auch Ursachen der jugendlichen Schwangerschaft und daraus resultierende Probleme breit gefächert sind. Dennoch muss die Lage sozial benachteiligter junger Frauen besondere Beachtung finden.

Hervorgehoben werden soll an dieser Stelle auch die Aussage einer Teilnehmerin der Fachtagung „Teenager-Schwangerschaften in Sachsen" am 15. Juni 2004, wonach *„Fruchtbarkeit keine Gefährdung darstellt, sondern eine Potenz, mit der Jugendliche umzugehen lernen müssen"*.[61]

1 Soziale und berufliche Daten der Befragten

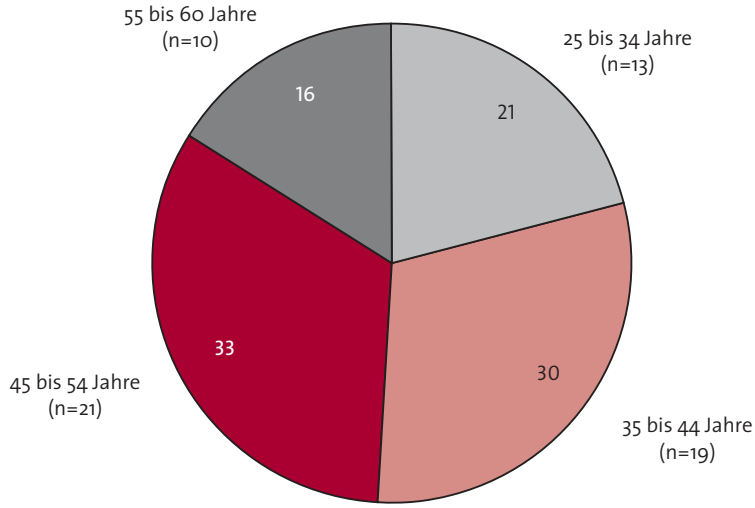
Obwohl nur 50 Interviews in verschiedenen professionellen Einrichtungen durchgeführt wurden, gab es insgesamt 63 Interviewpartnerinnen bzw. -partner, weil in einigen Beratungsstellen zwei Personen am Gespräch teilnahmen. Im Folgenden werden daher demographische und berufliche Angaben von 63 Personen ausgewertet.

Jugendliche Schwangere werden überwiegend von Frauen beraten

Die Beratung von jugendlichen Schwangeren ist eindeutig eine Profession für Frauen: Unter den Befragten sind nur drei Männer. Es handelt sich dabei um Mitarbeiter des Jugendamtes und einen Vertrauenslehrer. Das durchschnittliche Alter der Befragten liegt bei 44 Jahren (Mittelwert), wobei die jüngste Gesprächspartnerin 25 Jahre alt und die älteste 60 Jahre ist. Eine Unterteilung in Altersgruppen ergibt folgendes Bild (Abbildung 5):

61 Jutta Franz, Podiumsdiskussion anlässlich der Fachtagung „Teenager-Schwangerschaften in Sachsen" am 15. Juni 2004 in Leipzig.

Abbildung 5: **Altersverteilung der ExpertInnen** (Angaben in %)



Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften Sachsen" 2004. N=63

Die jüngsten Expertinnen im Alter bis 34 Jahren arbeiten vor allem in Beratungsstellen des Deutschen Roten Kreuzes und des Diakonischen Werkes. Außerdem gehören drei der vier Hebammen bzw. Kliniksozialarbeiterinnen und eine Gynäkologin, eine Lehrerin und ein Jugendamtsmitarbeiter dieser Altersgruppe an. In der Gruppe der älteren Gesprächspartnerinnen über 50 Jahren sind Mitarbeiterinnen von kommunalen Beratungsstellen häufiger vertreten (n=8) als Personen anderer Professionszweige.

Einer Konfession gehören mehr als die Hälfte (n=33) der Befragten an. Dies erklärt sich zum Teil aus der Beteiligung von konfessionellen Beratungsstellen an unserer Befragung. Traditionsgemäß ist die evangelische Konfession in Sachsen am häufigsten vertreten (n=26). Sechs katholische und eine islamische Frau bilden die Minderheit. In einer leitenden Position tätig waren 13 Personen – darunter ein Mann.

Die berufliche Qualifikation der befragten ExpertInnen zeigt Tabelle 5.

Die Arbeit in einer Schwangerschaftskonflikt- und Schwangerenberatungsstelle erfordert neben der Ausbildung zum Sozialarbeiter/Sozialpädagogen eine entsprechende Zusatzqualifizierung zur Schwangerenkonfliktberatung gemäß Schwangeren- und Familienhilfegesetz.[62] Möglich ist diese Ausbildung in Sachsen jedoch erst seit Beginn der 90er Jahre. Unter den 31 Interviewten in den Beratungsstellen fanden sich neben 23 Mitarbeiterinnen mit einem Abschluss als Sozialarbeiterin/Sozial-

62 Schwangeren- und Familienhilfegesetz (1992)

pädagogin und der genannten Zusatzqualifikation[63] weitere, überwiegend dem sozialen Bereich angegliederte Qualifikationen. Der häufigste Fall (n=4) ist gerade bei älteren Mitarbeiterinnen der Abschluss als Sozialarbeiterin/ Sozialpädagogin in Kombination mit dem aus der DDR-Vergangenheit stammenden Begriff der Fürsorgerin – ein Äquivalent zur heutigen Beraterin, allerdings mit mehr Befugnissen, in die persönliche und familiäre Privatsphäre der Betroffenen einzudringen. Je zwei Beratungsfachkräfte gaben zusätzliche Qualifikationen als Hebamme und Krankenschwester an, eine Befragte absolvierte eine Ausbildung als Medizinisch-technische Assistentin (MTA). Die Professionen der verbleibenden acht Beratungsfachkräfte ohne sozialpädagogische Ausbildung können ebenfalls zu sogenannten sozialen Berufen gezählt werden: eine Krankenschwester und frühere Fürsorgerin, eine Ärztin, zwei Psychologen, eine Erzieherin, eine Theologin und zwei Pädagoginnen mit Hochschul- oder Fachhochschulabschluss.

Tabelle 5: **Professionen der Expertinnen und Experten, nach Gruppen geordnet** (Mehrfachnennungen)

Beratungsstellen (n=31)	Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin	23
	Fürsorgerin	5
	Krankenschwester	3
	Psychologin	2
	Pädagogin (HS/FH)	2
	Hebamme	2
	Ärztin	1
	Erzieherin	1
	Theologin	1
	Medizinisch-technische Assistentin	1
Jugendhilfe (n=19)	Sozialarbeiter/-in / Sozialpädagoge/-in	16
	Erzieher/-in	4
	keine Angabe	2
Schulen (n=6)	Lehrer/-in	3
	Erzieherin	2
	Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin	2
	Pädagogin (HS/FH)	2
	Theologin	1
Medizin (n=7)	Hebamme	4
	Ärztin	3
	Krankenschwester	2

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften Sachsen“ 2004. N=63, 82 Nennungen

63 Einige befanden sich im Rahmen der Zusatzqualifizierung noch in der Ausbildungsphase.

Die Palette an beruflichen Qualifikationen der verbleibenden 32 Interviewten ist entsprechend dem Untersuchungsdesign und ähnlich wie bei den Beratungsfachkräften breit gefächert. Neun der Befragten können auf mehr als einen Berufsabschluss verweisen, wobei gehäuft die Sozialarbeiterinnen bzw. Sozialpädagoginnen zusätzlich eine Ausbildung als Erzieherinnen (5 Nennungen) angaben. Zusätzlich kamen zwei Krankenschwestern, eine Pädagogin mit Hochschul- oder Fachhochschulabschluss und eine Theologin vor.

Die durchschnittliche Berufserfahrung beträgt 12 Jahre

Auf Berufserfahrung können alle befragten Personen zurückblicken. Die Angaben reichen von einem Jahr bis zu 33 Jahren. Im Durchschnitt verfügen die befragten ExpertInnen über 12 Jahre Berufserfahrung. Die Dauer der Tätigkeit in der entsprechenden Einrichtung bzw. Position verringert sich im Vergleich zur Berufserfahrung aufgrund des relativ kurzen Bestandes der Institutionen. 21 der 23 Beratungsstellen entstanden in der Wende- und Nachwendezeit von 1990 bis 1993. Genauso lange sind 21 der Beraterinnen in den Einrichtungen angestellt, nur sieben sind seit drei bis fünf Jahren beschäftigt. Eine relativ kurze Beschäftigungsdauer weisen neben den Beraterinnen die Befragten in Berufsschulen, Kliniksozialdiensten und beim Jugendnotdienst auf. Diese Institutionen existieren bis auf den Kliniksozialdienst, der bereits seit Bestehen der Klinik ein fester Bestandteil ist, in der heutigen Form ebenfalls erst seit den frühen 90er Jahren. Gleiches lässt sich auf die Allgemeinen Sozialdienste der Jugendämter und die Mutter-Kind-Einrichtungen in ihrer jetzigen Form übertragen, deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum größten Teil seit Anbeginn der Einrichtung **angegliedert** sind. Am längsten in ihrem Beruf tätig waren laut eigenen Angaben eine Mitarbeiterin einer Förderschule (33 Jahre), eine Mutter-Kind-Heim-Leiterin (26 Jahre), eine Kliniksozialarbeiterin und eine Hebamme (je 25 Jahre), ganz neu dabei war ein Jugendamtsmitarbeiter.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Interviews zum Großteil mit Mitarbeiterinnen mittleren Alters und unterschiedlicher Konfession geführt wurden. Sie sind fast durchweg gemäß dem Themengebiet mit den erforderlichen Qualifikationen ausgerüstet und oftmals seit Bestehen der jeweiligen Einrichtung vor Ort tätig, teilweise haben sie diese sogar mit gegründet. Darüber hinaus verfügen sie über durchschnittlich 12 Jahre Berufserfahrung und zusätzliche berufliche Qualifikationen.

2 Wege zur Beratung

Im Sinne der zentralen Fragestellung der vorliegenden Arbeit soll im Folgenden dargestellt werden, welche Angebote zur Beratung und Betreuung minderjähriger Schwangerer in Sachsen bestehen und in welcher Weise sie genutzt werden. Von besonderem Interesse ist auch, wie es den befragten Einrichtungen gelingt, ihre Klientel zu erreichen.

2.1 Kontakte mit der Klientel

Dass Teenager-Schwangerschaften vielerorts als Randerscheinung wahrgenommen werden, belegen die Angaben der Interviewten sowohl in den Städten als auch in den ländlichen Gebieten. Sie wurden gefragt, wie viele schwangere Jugendliche zu ihnen in die Schwangerenberatung kämen. Bei den Antworten handelt es sich in den seltensten Fällen um korrekte statistische Angaben – meist sind es Schätzwerte, die wahlweise auf den Monat oder das Jahr bezogen angegeben wurden. Eine Einteilung dieser Schätzwerte in vier Gruppen ergibt im Stadt-Land-Vergleich folgendes Bild:

Tabelle 6: Wie viele minderjährige Schwangere und Mütter kommen pro Monat (pro Jahr) zu Ihnen?

Einrichtung	Region	Fälle von minderjährigen Schwangeren/Müttern pro Jahr: wenig (bis 10)	mittel (11 bis 25)	viel (26 bis 50)	sehr viel (ab 50)
gesamt	gesamt	25	11	8	3
	Leipzig	9	5	1	2
	Stadt Chemnitz	1	1	4	–
	Land Chemnitz	15	5	3	1
Beratungsstellen	gesamt	9	7	5	–
	Leipzig	1	3	1	–
	Stadt Chemnitz	–	–	1	–
	Land Chemnitz	8	4	3	–
Jugendhilfe, Schulen, Medizinische Einrichtungen	gesamt	16	4	3	3
	Leipzig	8	2	-	2
	Stadt Chemnitz	1	1	3	–
	Land Chemnitz	7	1	–	1

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften Sachsen“ 2004. N=50, n=47

Nach eigenen Angaben haben die Befragten aus Jugendämtern[64], Förder- und Berufsschulen sowie Mutter-Kind-Heimen (letzteres aus der begrenzten Kapazität der Heime heraus) wenig Kontakt zu minderjährigen Schwangeren und Müttern. Bei den Gynäkologinnen, den Hebammen und den Mitarbeiterinnen der Kliniksozialdienste ist die Kontakthäufigkeit breit gestreut. Aufgrund der notwendigen prä-, peri- und postnatalen Betreuung können sich die jungen Frauen dem Kontakt zu ihnen kaum entziehen. Der Kliniksozialdienst kann während der Ruhezeiten nach der Geburt auf die jugendlichen Mütter zugehen und so fast alle erreichen. Die Kontakthäufigkeit der Jugendnotdienste mit den minderjährigen Schwangeren reicht von wenigen bis sehr vielen Kontakten, was sicherlich den unterschiedlichen Aufgabenstellungen und der Arbeitsweise der Einrichtungen (Heim vs. Telefon) geschuldet ist.

Die Beratungsstellen werden ebenfalls unterschiedlich häufig aufgesucht: Im Schnitt liegt die angegebene Kontakthäufigkeit im mittleren Bereich (11 bis 25 Neukontakte pro Jahr), VertreterInnen freier gemeinnütziger Träger und öffentlicher Einrichtungen gaben sogar eine Vielzahl von Kontakten (mehr als 25 pro Jahr) an. Somit sind weder die Region noch der Träger der Einrichtung beim Ermessen über das Aufsuchen einer Beratungsstelle relevant, vielmehr scheint die Erreichbarkeit eine wesentliche Rolle zu spielen.

Ob sich die Anzahl der minderjährigen Schwangeren und Mütter nach Einschätzung der Befragten erhöht hat, soll an dieser Stelle nicht weiter erörtert werden. Es sei jedoch auf die Angaben der Statistischen Ämter des Bundes bzw. des Landes Sachsen verwiesen[65] und auf die diesbezüglichen Einschätzungen von zwei befragten ExpertInnen. Auf die Frage: *„Haben Sie das Gefühl, dass das zugenommen hat?“*, wurde geantwortet: *„Weniger von der Stadt, aber ich merke den Zulauf aus dem Umkreis“* (Jugendhilfe, Stadt) und: *„Wir haben schon immer minderjährige Schwangere gehabt, auch zu DDR-Zeiten. Wir haben das auch immer irgendwie besonders beachtet. Aber ein gravierender Anstieg, das ist mir eigentlich erst nach 2000 aufgefallen.“* (Beratungsstelle, Land)

Erstschwangerschaft ist der Regelfall

Ob es für die Ratsuchenden die erste Schwangerschaft war oder ob im Vorfeld ein Schwangerschaftsabbruch oder bereits eine Geburt stattgefunden hat, konnte von 40 Einrichtungen beantwortet werden. Die Palette der Aussagen veranschaulicht folgendes Zitat: *„Die meisten sind zum ersten Mal schwanger, die nächstgrößere Gruppe ist, die einen Abbruch hatten und das zweite Mal schwanger sind und dann*

64 Die geringe Nennung der Jugendämter kommt aufgrund der Aufteilung in Zentrale und Außenstellen auf verschiedene Stadtgebiete zustande, womit sich die Zuständigkeiten für die Vormundschaft minderjähriger Mütter ebenfalls verteilt.

65 Siehe Exkurs Kap. 1.1

das Kind austragen. Und die dritte Variante, die kleinste, ist mehrere Schwangerschaften." (Beratungsstelle, Stadt) Über die Hälfte gaben an, dass die meisten der Jugendlichen das erste Mal schwanger sind und nur in Ausnahmefällen ein Schwangerschaftsabbruch oder eine Geburt voranging. Ein knappes Drittel ging von ausschließlich primären Schwangerschaften aus und nur zwei Befragte meinten, mehrere Schwangerschaften im Minderjährigenalter kämen häufiger vor. Es handelte sich hierbei um eine Ärztin und eine Befragte aus einem Mutter-Kind-Heim.

2.2 Bekanntheit der Beratungsstellen

Wie die jugendlichen Schwangeren zu einer Beratungsstelle bzw. einer der angegliederten Institutionen und Personen finden, bildete einen weiteren Themenbereich der Interviews. Welche Möglichkeiten im Einzelnen genannt werden, wie die Jugendlichen auf die Einrichtung aufmerksam werden, zeigt folgende Übersicht:

Tabelle 7: Wie werden die Jugendlichen auf Ihre Einrichtung aufmerksam?

Einrichtung		gesamt	Beratungs-stellen	Jugendhilfe, Schulen, Medizin
Die Jugendlichen kommen:	aus Eigeninitiative	11	–	11
	vermittelt von Beratungsstellen	5	–	5
	auf unsere Initiative hin	5	–	5
	vermittelt vom Jugendamt ASD	4	1	3
	vermittelt von Eltern oder Freunden	4	–	4
	vermittelt von Kliniken	3	–	3
	Anzahl der betreffenden Einrichtungen	20	1	19
Die Jugendlichen erhalten die Informationen durch:	GynäkologInnen	26	22	4
	die Schule, den Ausbildungsplatz	12	11	1
	Familie, Freunde, Bekannte	12	9	3
	Printmedien, Telefonbücher	10	7	3
	Ämter (Gesundheits-, Jugendamt)	8	6	2
	Mundpropaganda	8	5	3
	Kliniken/ÄrztInnen, Hebammen	3	1	2
	Anzahl der betreffenden Einrichtungen	33	23	10

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften Sachsen" 2004. N=50, 111 Nennungen

In Tabelle 7 spiegeln sich deutlich die unterschiedlichen Strukturen der Institutionen wider. Beratungsstellen sind mit ihrer sogenannten Komm-Struktur auf das Aktionspotential der Hilfesuchenden angewiesen, um ihr Repertoire an Hilfe- und Unterstützungsangeboten wirkungsvoll zur Verfügung zu stellen: „*Da wir eine Komm-Struktur haben, gehen wir nicht auf die Leute zu, sondern die Frauen kommen her. Sie kommen in der Regel, weil sie den Druck haben wegen des Beratungsscheins oder weil sie Geld brauchen. Sie wollen ja auch etwas*." (Beratungsstelle, Stadt) Ein anderes Beispiel: „*Das ist ja eine freiwillige Beratung*." (Beratungsstelle, Land) Dagegen können LehrerInnen und SozialpädagogInnen in Berufs- und Förderschulen auf die Jugendlichen zugehen. Diese zugehende Beratung ist auch charakteristisch für die Vermittlung an Kliniksozialdienste, die über minderjährige Schwangere und Mütter von den ÄrztInnen und Stationsmitarbeiterinnen informiert werden, und für Mutter-Kind-Heime: „*Vermittelt wird über das Jugendamt. Manche jungen Mädchen kommen auch selbst hierher und informieren sich, aber eingewiesen wird immer über das Jugendamt.*" (Jugendhilfe, Stadt) Es fällt auf, dass neben den genannten Einrichtungen des schulischen Bereichs und aus der Jugendhilfe (außer Kliniksozialdienst) auch die Jugendämter und die befragten Hebammen auf ein erhebliches Maß an Eigeninitiative verweisen, das minderjährige Schwangere zur Wahrnehmung von Hilfeleistungen selbstbestimmt an den Tag legen. Als ein weiteres Beispiel werden direkt die Beratungsstellen als Vermittler an die betreffenden, weiterführenden Einrichtungen genannt. Informationen über die hilfegebenden Stellen (nicht Beratungsstellen) erhalten die minderjährigen Schwangeren und Mütter vorrangig durch Mundpropaganda, ortsansässige GynäkologInnen, die Medien und über Freunde und Familie, jedoch sind diese Nennungen weit geringer als die Hinweise auf vermittelnde Instanzen oder aber das Kommen auf eigene Initiative. Hier lassen sich auch kaum Stadt-Land-Unterschiede festmachen, lediglich der Informationsfluss über Mundpropaganda scheint in Leipzig nicht so recht zu funktionieren, zumindest wird diese Art nicht angegeben.

Beratungsstellen werden Jugendlichen meist durch GynäkologInnen und private Hinweise empfohlen

Schaut man sich die Antworten der Beratungsfachkräfte an, ergibt sich gegenüber den oben genannten hilfegebenden Stellen ein konträres Bild: Vermittelt durch Dritte werden die Jugendlichen kaum, lediglich einmal wurde auf das Jugendamt verwiesen. Dagegen gaben bis auf zwei alle Beratungsstellen an, dass die Jugendlichen fast immer über gynäkologische Praxen vermittelt würden. „*Also erstens immer über die Ärzte, die Frauenärzte.*" (Beratungsstelle, Land) Das hänge damit zusammen, dass es Aufgabe der gynäkologischen Praxen sei, spätestens bei Feststellung der Schwangerschaft auf eine der ortsnahen Schwangerenberatungsstellen aufmerksam zu machen: „*Die schicken auch ganz einfach und vermuten schon von sich aus, wenn eine Schwangere minderjährig ist, dass es irgendein soziales Problem gibt.*" (Beratungsstelle, Land) Neben Aussagen wie „*Wir haben da eine recht*

gute Zusammenarbeit mit den Gynäkologen im Kreis" und „*Wir haben ganz engen Kontakt zu den ansässigen Gynäkologen, die die Schwangeren zu uns schicken*" (beide Beratungsstelle, Land) steht allerdings auch Kritik von Beraterinnen: „*Aber manchmal stellen wir fest, dass die Ärzte da nicht so wirksam sind und die Frauen es nicht von ihrem Gynäkologen erfahren, obwohl wir unsere Faltblätter, Hinweise und Informationen hier überall bei den umliegenden Frauenärzten ausliegen haben.*" (Beratungsstelle, Land) Eine ähnliche Einschätzung: „*Wenn die Gynäkologen hinweisen, das tun leider nicht alle.*" (Beratungsstelle, Stadt) Einige zeigten deutlich ihre Unsicherheit, ob die niedergelassenen GynäkologInnen tatsächlich auf die Beratungsstellen hinweisen: „*Ansonsten ist das ja eine Altersgruppe, die wirklich kein Geld hat und von daher müssen sie zur Beratung kommen und das sagen* ***eigentlich*** *[Hervorhebung der Autorinnen] die Frauenärzte*." Ein weiteres Beispiel dazu: „*Das läuft über die Ärzte vor allem, über die Gynäkologen, weil das ja der erste Anlaufpunkt ist für die Schwangeren. Dort soll es* ***eigentlich*** *[Hervorhebung der Autorinnen] weitergegeben werden. Das klappt unterschiedlich gut.*" (beide Beratungsstelle, Stadt) Andere wiederum favorisierten gleich die Informationsangebote außerhalb der gynäkologischen Praxen: „*Also viele kommen, weil irgendwelche Freunde und Angehörige sagen, da gibt es so eine Stelle. Das ist eigentlich so das Häufigste, dass Freunde und Angehörige das weiter erzählen, dass es irgendwie publik ist*." (Beratungsstelle, Stadt) „*Mundpropaganda unter Freunden und Bekannten, das ist vielleicht das, wodurch Frauen häufiger zu uns finden.*" (Beratungsstelle, Land) Damit wurden bereits ergänzende Informationsquellen aufgezeigt, die den betroffenen jungen Frauen die nötigen Hinweise übermitteln: Neben Familie, Freunden und Bekannten informieren Lehr- und Ausbildungskräfte an (Berufs-)Schulen, Zeitungsartikel und Inserate, aber auch Broschüren in Ämtern: „*Also da, wo alle anderen auch Werbung machen, tun wir das auch.*" (Jugendhilfe, Stadt) Vieles wird, wie bereits erwähnt, über Mundpropaganda abgedeckt. Ob die Berufsgruppe der GynäkologInnen ihre Funktion als Informationsvermittler angemessen wahrnimmt oder ob das soziale persönliche Netzwerk immer noch die bessere Alternative darstellt, kann anhand der vorliegenden Ergebnisse nicht beurteilt werden. Zur Beantwortung dieser Frage wäre eine Befragung der jugendlichen Schwangeren und Mütter selbst erforderlich.

Unterschiede in der (Informations-)Vermittlung bestehen kaum zwischen Stadt und Land. Lediglich in der Umgebung von Chemnitz werden Ämter wie das Jugend-, Gesundheits- und Sozialamt häufiger als Instanzen der Informationsverbreitung angegeben.

Beratungsangebote werden vor allem in gynäkologischen Praxen, in den Schulen und in den Medien bekannt gemacht

Die Antworten auf die Frage, ob und wie die Einrichtung bzw. die Beratungsangebote öffentlich bekannt gemacht werden, zeigt Tabelle 8:

Tabelle 8: **Machen Sie Ihre Einrichtung/Beratungsangebote öffentlich bekannt?**

Wo wird die Einrichtung bekannt gemacht?		Wie wird die Einrichtung bekannt gemacht?	
Gynäkologen	15	Faltblätter, Flyer	24
Schulen	14	Aushänge und Schilder	4
Medien (Tageszeitung)	14	Informationsveranstaltungen	11
Kliniken	6	persönliches Vorstellen	10
Telefon-/Branchenbuch	5		
Ämter	4		
Beratungsstellen	2	keine Öffentlichkeitsarbeit	5

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften Sachsen" 2004. N=50, 114 Nennungen

Mitarbeiterinnen von fünf Einrichtungen[66] gaben an, keiner Initiative bezüglich Öffentlichkeitsarbeit nachzugehen mit der Begründung: *„Nein, das war bis jetzt noch nicht nötig."* (Medizin, Stadt) Als häufigste Form der öffentlichen Präsentation wurden Faltblätter und Flyer genannt: *„Ich habe so ein Faltblatt, das ich den Gynäkologen gebe, wo alles draufsteht."* (Medizin, Land) Eine weniger häufig genannte Form sind *„große Aushänge und Schilder, zum Beispiel im Sozialamt."* (Beratungsstelle, Land) Für stärkeres Engagement in der Öffentlichkeit, das über das bloße Verteilen von Faltblättern oder Aushängen hinausgeht, um die Effizienz der Präsentation zu erhöhen und damit eine größere Nähe aufzubauen, wählen einige der Befragten den Weg, sich persönlich vorzustellen: *„Ich führe auch regelmäßig Gespräche mit den Gynäkologen, meistens mit jedem so ein Mal im Jahr. Die fordern aber die Flyer auch an, wenn sie alle sind und manchmal nehme ich mir dann einfach die Zeit und fahre selber hin, um dann irgendetwas noch mal abzuklären."* (Beratungsstelle, Land) Insgesamt drei der Beratungsstellen gingen auf diese Art in die Öffentlichkeit, während das Verteilen von Flyern unter den Beratungsfachkräften die häufigste Variante darstellt.

Flyer, Informationsveranstaltungen und persönliches Vorstellen sind bevorzugte Kommunikationswege

Alternativen zu Informationsblättern bieten neben dem persönlichen Gespräch Informationsveranstaltungen über das Angebot der Einrichtungen oder auch spe-

66 Zwei Hebammen und eine Gynäkologin, aber auch zwei Beratungsstellen, wobei davon auszugehen ist, dass eine explizite Erwähnung einer Öffentlichkeitsarbeit innerhalb des gewohnten Rahmens (Flyer) für nicht notwendig gehalten wurde.

zifische sexualpädagogische Veranstaltungen: *„Mehr in dem Rahmen, dass wir dann direkt mit Schulen zusammenarbeiten."* (Beratungsstelle, Land) Dass hier noch mehr Bedarf besteht, der aber oftmals wegen der begrenzten personellen, zeitlichen und finanziellen Kapazitäten der Einrichtungen nicht gedeckt werden kann, zeigen zwei Zitate von Beratungsfachkräften: *„Wir hatten in den Anfangsjahren zu den Schulen Kontakt und haben da Präventionsarbeit geleistet, aber das ist einfach nicht mehr machbar.";* und: *„Informationsveranstaltungen eher selten, da ich allein die zwei Beratungsstellen habe. Wenn, dann in Schulen, aber sehr selten. Leider, obwohl es nötig wäre."* (beide Beratungsstelle, Land)

In Bildungseinrichtungen und in Frauenarztpraxen können Betroffene laut ExpertInnenmeinung am besten erreicht werden. Ergänzend bieten Zeitungsberichte, Einträge in lokale Telefon- und Branchenbücher, Kliniken und auch ausgewählte Ämter die Möglichkeit, den jungen Frauen die nötigen Informationen über die jeweiligen Beratungs- und Betreuungsangebote zukommen zu lassen.

Medien und Präsentationen in Schulen werden zur Bekanntmachung der Angebote im Stadt-Land-Vergleich unterschiedlich genutzt. Beratungsstellen im ländlichen Raum integrieren Artikel und Inserate in Zeitungen sowie Präsentationen in den Schulen häufiger in die Öffentlichkeitsarbeit als im städtischen Gebiet. Printmedien werden außerdem häufiger von Beratungsstellen genutzt als von Schulen, Einrichtungen der Jugendhilfe oder medizinischen Einrichtungen. Das kann damit zusammenhängen, dass ausschließlich Befragte aus dem Chemnitzer Umland die sexualpädagogischen Veranstaltungen als Art der Bekanntmachung erwähnten. Das soll nicht heißen, städtische Einrichtungen würden keine Sexualaufklärung anbieten, sie sehen diese aber eher als Teil der Präventionsarbeit statt als Möglichkeit, sich und ihr Arbeitsfeld für die Öffentlichkeit publik zu machen.

Die InterviewpartnerInnen berichteten von einer Reihe von Angeboten, die sich aufgrund ihres speziellen Zuschnitts für minderjährige Schwangere bzw. wegen des außergewöhnlichen Aufwandes besonders auszeichnen: *„Dieses Jahr ist es uns gelungen, mit dem Kinderschutzbund eine Aktion zu starten, und diese beiden Nummern mehr präsent zu machen. Wir konnten da die LVB [Leipziger Verkehrsbetriebe] gewinnen und jetzt hängen in den meisten Straßenbahnen und Bussen Aufkleber von uns, so dass Jugendliche, die sich nicht nach Hause trauen, gleich auf der Straße eine Nummer haben."* (Jugendhilfe, Stadt) Eine Beratungsfachkraft sprach über *„die Soziale Börse in Leipzig, wo die ganzen sozialen Einrichtungen sich vorstellen. [...]. Regelmäßig ist immer die Sozialbörse und Kirche auf dem Markt."* (Beratungsstelle, Stadt) Eine Leipziger Ärztin veranstaltet alle drei Monate in ihrer Praxis eine Teenagersprechstunde, wo Schülerinnen zu ihr kommen, mit ihr sprechen und Fragen stellen können. Ähnlich handhabt es eine Beratungsstelle in der Chemnitzer Gegend: *„Wir laden einmal im Jahr zum Gespräch ‚Schwanger mit 16' ein. Wenn ich da gerade ein Mädel in dem Alter da habe, frage ich sie, ob sie damit einverstanden wäre, wenn wir ein paar Schulklassen einladen. Da machen wir das hier im Haus. Mit den Lehrern*

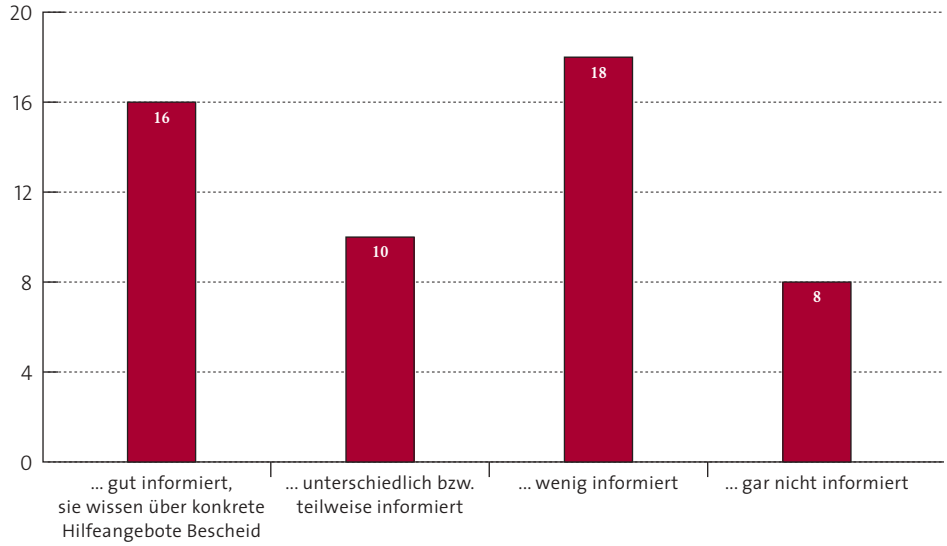
zusammen und ‚pro und contra Schwangerschaft mit 16'. Das wird immer sehr gut angenommen." (Beratungsstelle, Land) Eine Befragte bietet *„einmal im Monat eine einmalige Beratung, Säuglingspflege, Ernährung, Baden, Wickeln. Das ist kein Kurs. Da ist es oft eine ganz individuelle Sache und die Jugendlichen kommen."* (Beratungsstelle, Land) Eine Hebamme berichtet: *„Ich arbeite ziemlich eng mit einer Lehrerin zusammen, die Hauswirtschaft unterrichtet an einem Berufsschulenzentrum. Sie kommt regelmäßig mit ihren Klassen her, die [gerade] das Thema Schwangerschaft, Neugeborenenpflege, Wochenpflege behandeln. Und dann [vermittle] ich hier in der Praxis noch mal meinen Standpunkt dazu, was die Pflege betrifft. Dann gucken wir einen Film an über die Geburt. Sie leiht sich auch verschiedene Materialien aus."* (Medizin, Land)

2.3 Resonanz bei der Klientel

Die Öffentlichkeitsarbeit und Verbreitung von Informationen über die Angebote der Beratungsstellen, aber auch der medizinischen und sozialpädagogischen Anlaufstellen, ist für die befragten ExpertInnen ein wichtiger Bestandteil ihrer Arbeit. Deshalb sollten sie auch einschätzen, ob und wie die Informationen die gewünschte Zielgruppe erreichen und worin eventuelle Wissensdefizite bestehen könnten (Abbildung 6).

Abbildung 6: **Wie gut sind die minderjährigen Schwangeren und Mütter über die Arbeit in Ihrer Einrichtung informiert?**

Die Jugendlichen sind über die Beratungs- und Hilfeangebote ...



Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften Sachsen" 2004. N=50, n=46, 52 Nennungen

Relativ einhellig wurde insgesamt eingeschätzt, dass die Jugendlichen nur teilweise, wenig oder gar nicht über die Beratungsangebote informiert sind. Die Hälfte der Befragten gab an: *„Die wissen wahrscheinlich erst mal nicht so recht, was unsere Arbeit beinhaltet und was sie hier erwartet. Die haben so ihre Fragen, werden ja manchmal auch geschickt vom Arzt oder einer Bekannten. Aber was sie erwartet, haben wir mitunter den Eindruck, ist denen gar nicht bekannt."* (Beratungsstelle, Land); und: *„Wenn so eine Schwangere in eine Beratungsstelle oder zum Arzt kommt, dann wird die oftmals das erste Mal von so einer Stelle hören."* (Jugendhilfe, Land) Ein Fünftel interpretierte das Wissen als unterschiedlich bzw. teils gut, teils mangelhaft und zu einem knappen Drittel wurden die Kenntnisse der minderjährigen Schwangeren und Mütter als gut eingeschätzt und als konkret, was die Hilfeangebote anbelangt. Dabei wird auf eine besonders informierte Gruppe jugendlicher Schwangerer hingewiesen, die im Rahmen der Milieubeschreibung und der Ursachenklärung[67] genauer untersucht wird: *„Jugendliche aus schwachem sozialem Milieu, sie wissen genau, welche Leistungen ihnen zustehen."* (Jugendhilfe, Stadt)

Die Beratungsfachkräfte halten die Jugendlichen für insgesamt besser informiert, jeweils zur Hälfte schätzen sie die Kenntnisse der über die Beratungs- und Hilfeangebote als gut/konkret bzw. als mangelhaft/nicht vorhanden ein: *„Es kommen Frauen, die nur vom Hörensagen gehört haben, dass sie sich bei mir melden sollen, z. B. haben sie von ihrem Frauenarzt einen Flyer bekommen. Die wissen gar nicht, was auf sie zukommt. Es gibt aber auch diese jungen Frauen, die von ihrer Freundin, ihrer Mutter gehört haben, dass sie Stiftungsleistung beantragen können."* (Beratungsstelle, Land)

Das Wissen darüber, wie und wo finanzielle Ansprüche bzw. Ansprüche auf Betreuung geltend gemacht werden können, ist meistens defizitär

Die jungen Schwangeren wissen, dass sie Geld beantragen können, dass sie Ratschläge und Informationsmaterial bekommen. Was sie nicht wissen, ist nach Auskunft der Befragten in erster Linie: *„Wie der Mutterschutz vonstatten geht. Wo kommen die Gelder her? Wo sind Anträge zu stellen? Auch wenn sie sich eine Wohnung suchen wollen, was kommt auf sie zu mit dem Wohngeld beantragen?"* (Beratungsstelle, Land) Hinzu kommen Wissensdefizite über pränatale Beratung und Betreuung, über Geburtsvorbereitungskurse und allgemeine soziale Fragen. Die Mitarbeiterinnen der Beratungsstellen bestätigen im Wesentlichen dieses Bild.

Vereinzelt lehnen Jugendliche nach ExpertInnenmeinung aus Klischeedenken und Vorurteilen Hilfen von vornherein ab: *„Diese Bezeichnung Heim ist ja nach wie vor in der Öffentlichkeit recht negativ besetzt."* (Jugendhilfe, Stadt); und: *„Ich hatte*

67 Siehe Kap. 5

jetzt gerade wieder so ein junges Mädchen, der ich das angeboten habe und die hatte gesagt, wir kommen dann zum Kontrollieren nach Hause." (Medizin, Stadt)

Jugendliche Schwangere aus dem ländlichen Raum sind meist besser informiert

Unterscheiden sich die minderjährigen Schwangeren aus dem ländlichen Raum von ihren städtischen Altersgenossinnen, sind sie besser informiert? In der Tat stellen ExpertInnen aus dem Umland von Chemnitz häufiger fest, dass die minderjährigen Ratsuchenden über konkrete Hilfeangebote besser Bescheid wissen und allgemein besser informiert sind (11:5 Nennungen). Städtische Fachleute hingegen beurteilten die Kenntnisse der jungen Schwangeren eher als teils gut, teils mangelhaft (7:3 Nennungen). Bedenkt man, dass ländliche Einrichtungen größeres Augenmerk auf Informationsveranstaltungen und Präsentationen an Schulen legen, liegt die Interpretation nahe, dass damit die Jugendlichen besser erreicht werden als ausschließlich mit Faltblättern.

Die meisten minderjährigen Schwangeren kommen relativ früh in die Beratung

Einen weiteren Anhaltspunkt, wie gut potentiell Betroffene über Beratungsangebote informiert sind, stellt der Zeitpunkt der Schwangerschaft dar, an dem Ratsuchende die Hilfen wahrnehmen. Die meisten ExpertInnen kamen sehr zeitig mit den Jugendlichen in Kontakt. Die minderjährigen Schwangeren suchten die entsprechenden Einrichtungen größtenteils bis zur 20. Schwangerschaftswoche auf, ein erheblicher Teil sogar bis zur 12. Woche.[68] Die wenigsten, das bestätigen auch die Beratungsfachkräfte, treten erst nach der 20. Schwangerschaftswoche mit den Einrichtungen in Kontakt[69], denn sie müssen *„bis zur 20. Woche da gewesen sein, sonst kann der Antrag an die Bundesstiftung, Hilfe für Mutter und Kind' nicht mehr gestellt werden. Und da sind wir natürlich sehr auf die Hilfe des Arztes angewiesen, der weiß, dass es so ist."* (Beratungsstelle, Land) Dass die meisten jugendlichen Schwangeren rechtzeitig erscheinen, spricht für einen ausreichenden Informationsfluss und eine gut funktionierende Wissensvermittlung, speziell durch den behandelnden Gynäkologen: *„Das wissen die Ärzte und die weisen dann darauf hin."* (Beratungsstelle, Land) Spät in die Beratung kommen die jungen Schwangeren nach Auskunft der Beratungsfachkräfte, wenn die Schwangerschaft vor den Eltern oder nahestehenden Personen verheimlicht werden soll, aber auch, wenn die Schwangerschaft verdrängt wird: *„Das ist gar nicht so selten, dass das überhaupt nicht*

68 Es ist davon auszugehen, dass es sich hierbei auch um Konfliktberatungen handelt.
69 Das betrifft primär Hebammen und Personen aus der Jugendhilfe – an den Schulen ist der Kontakt zeitlich breit gestreut.

wahrgenommen wird [...] und sie es körperlich nicht gemerkt haben." (Beratungsstelle, Stadt) Ein Mitarbeiter in der Jugendhilfe spricht sogar davon, *„dass die Mehrheit der minderjährigen Mütter so lange wie möglich die Schwangerschaft verbirgt. Das ist eine grundsätzliche Erfahrung."* (Jugendhilfe, Stadt) Problematisch ist dabei, *„dass das Wachstum des Kindes schon sehr weit fortgeschritten ist"* (ebd.), und dass Hilfeangebote wie Vorsorgeuntersuchungen und Vorbereitungskurse sowie die sozialbetreuerische Begleitung der jungen Frau weniger wahrgenommen werden können.

Zusammenfassend ergibt sich folgendes Bild: Aus Gründen der Konfliktberatung erscheinen die jungen Mädchen sehr früh in den entsprechenden Institutionen. Auch wenn sich minderjährige Schwangere für das Austragen des Kindes entschieden haben, über die Hilfeangebote und rechtzeitige Antragstellung informiert wurden und ein gutes Verhältnis zu ihren Vertrauenspersonen haben, nehmen sie früh Beratungsangebote wahr: *„Wenn die Schwangeren ein gutes Vertrauensverhältnis zu den Eltern haben, kommen sie meist sehr früh in Begleitung einer Vertrauensperson vor der 20. Schwangerschaftswoche."* (Beratungsstelle, Land) Überwiegt dagegen die Angst vor den Eltern, so die Beraterin, versucht das junge Mädchen die Schwangerschaft zu verheimlichen oder nimmt sie vorerst nicht wahr. Sie wird sich damit nicht oder erst sehr spät an die zuständigen Personen wenden. Es zeigt sich, dass das Wahrnehmen der Beratungsangebote mit der Frage zusammenhängt, ob die Schwangerschaft in der Familie und im Umfeld, in der Schule oder beim Arzt bzw. bei der Ärztin bekannt gemacht werden soll.

3 Beratungssituation und Beratungsinhalte

Im folgenden wird dargelegt, wie die Beratungssituation gewöhnlich aussieht, welche Themen nach Auskunft der ExpertInnen während der Beratung bzw. Betreuung angesprochen und welche Hilfeangebote vorwiegend zur Verfügung gestellt werden.

3.1 Gesprächssituation und Begleitpersonen

Wichtig für den Verlauf der Beratung ist es, zu wissen, welche Personen am Beratungsgespräch teilnehmen. Jugendliche Schwangere nehmen die Beratungsangebote häufig in Begleitung einer Vertrauensperson wahr. Bei der Entscheidung, allein bzw. in Begleitung zu gehen, scheint das Alter der jungen schwangeren Frauen eine Rolle zu spielen: *„Je jünger die sind, dann oftmals mit der Mutter. Je älter sie sind, so 17/18, da kommen sie auch alleine."* (Beratungsstelle, Stadt) Diese Einschätzung wurde von vier weiteren Beratungsstellen geteilt.

Die Mutter der minderjährigen Schwangeren ist meistens Begleitperson

Sowohl aus der Sicht aller ExpertInnen als auch speziell der Beratungsstellen kommen die jugendlichen Schwangeren vorwiegend mit ihren Müttern, zum Teil auch mit ihren Vätern in die Einrichtung. Das gilt für den ländlichen Raum noch stärker als für die Städte. Aber auch Partner oder Freundinnen wurden relativ oft als BegleiterInnen der jugendlichen Schwangeren genannt.

Tabelle 9: **Kommen die Jugendlichen allein zu Ihnen? Wenn Nein, wer begleitet sie?** (Ergebnisse im Stadt-Land-Vergleich)

	alle Interviews	Beratungs-stellen	begleitende Person	alle Interviews	Beratungs-stellen	
Stadt (Leipzig + Chemnitz)	8	1	eher allein	10	3	Land (Chemnitz Land)
	9	4	Mutter	14	11	
	5	4	Freund oder Partner	6	5	
	6	3	Freundin(nen), Vertrauensperson	5	5	
	1	–	Familienmitglieder (Oma, Schwester, Tante)	2	2	
	5	3	Eltern	5	3	
	3	1	fachspezifische Begleitung (Erziehungsbeistand, sozialpädagogischer Betreuer, Sozialarbeiter Jugendamt/ASD, Lehrer)	1	–	
	1	–	Bekannte, Nachbarn, Mitschüler	–	–	

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften Sachsen“ 2004. N=50, 81 Nennungen

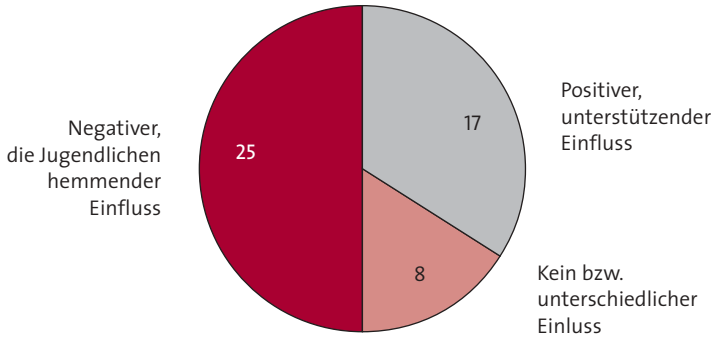
Ein wesentlicher Grund für die häufige Teilnahme der Mütter der jugendlichen Schwangeren an den Beratungsgesprächen, insbesondere im ländlichen Raum, könnten die infrastrukturellen Gegebenheiten der Region sein, die das Erreichen einer Einrichtung ohne Auto und damit ohne erwachsene Begleitperson erschweren. Bezogen auf die Art der Einrichtung lässt sich feststellen, dass Beratungsstellen häufiger in Begleitung aufgesucht werden. Die Hebammen gaben an, dass die Mütter der jugendlichen Schwangeren immer mitkommen. Mit Ausnahme der Beratungsstellen wurde jedoch auch sehr oft angegeben, dass die jungen Frauen allein kommen (8 Nennungen im städtischen, 10 im ländlichen Raum).

Begleitpersonen können das Beratungsgespräch wesentlich beeinflussen

Welche Auswirkungen hat nun die Begleitperson auf das Gespräch? In der Schwangerenberatung wird der Einfluss anders bewertet als in der Konfliktberatung: *„Wo ich es eher hinderlich fand, war in Gesprächen, wo es wirklich um den Schwangerschaftskonflikt ging.“* (Beratungsstelle, Stadt) Aber auch in der Schwangerenberatung kann es zu Spannungen kommen und ein offenes Gespräch durch die Begleitperson sogar behindert werden: *„Es gibt auch Situationen, wo man die Mutter rausschickt, weil die Tochter so unter Druck steht, dass sie nicht reden kann.“* (Beratungsstelle, Stadt)

Insbesondere die Mütter wirken maßgeblich auf das Gespräch ein: *„Sie fragen konkreter. Eigentlich rede ich mehr mit der Mutter. Die Schwangeren sitzen da mehr oder weniger dabei, hören schön zu, sind schön aufmerksam und interessiert, aber die Fragen und konkreten Sachen kommen von der Mutter. Und meist entwickelt sich das Gespräch mehr mit der Mutter."* (Medizin, Land); und: *„Die Eltern übernehmen die Sprecherrolle. Die Jugendlichen sind ruhig. Die haben mit sich zu tun, mit diesem Problem, ein Kind zu kriegen."* (Jugendhilfe, Land) Insgesamt wird der Einfluss von Begleitpersonen (meist der Mutter) als nicht unerheblich bewertet.

Abbildung 7: **Welche Auswirkung hat der Begleiter/die Begleiterin auf das Gespräch?**



Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften Sachsen" 2004. N=50, n=36, 50 Nennungen

Die Hälfte der ExpertInnen, insbesondere aus dem ländlichen Raum, betont, dass das Beratungsgespräch dann belastet wird, wenn

- die Begleitperson dominant das Gespräch führt,
- die junge Frau bevormundet oder übervorsorglich mit ihr umgegangen wird,
- nicht die Interessen der Minderjährigen im Vordergrund stehen und
- die junge Schwangere dadurch befangen ist und selbst kaum spricht.

Vor allem die Beratungsfachkräfte sprachen in 20 von 21 Interviews die genannten, eher negativen Auswirkungen an.

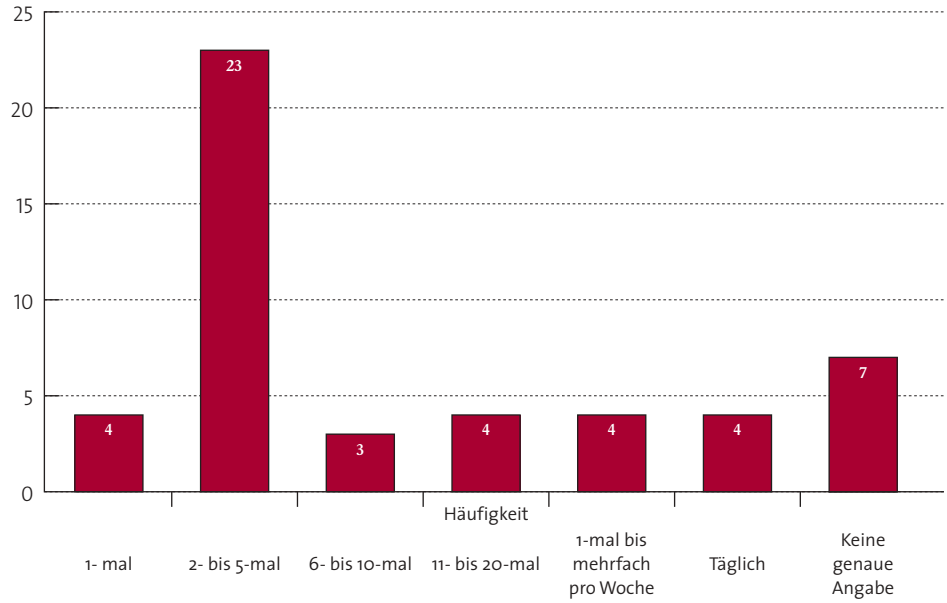
In den meisten Aussagen wurde allerdings darauf hingewiesen, dass Begleitpersonen prinzipiell sowohl förderlich als auch hinderlich auf das Gespräch einwirken können. Damit wird klar, dass der negative Einfluss der Begleitperson im Gegensatz zum Wunsch steht, jemanden mitzubringen, der *„stabilisierend, unterstützend, ergän-*

zend, helfend" (Jugendhilfe, Stadt) auftritt. Immerhin stimmte ein Drittel der Befragten folgender Aussage zu: *„Die Mutter ebnet so ein bisschen den Weg [...]. Das ist so eine erste Schwelle, die die Mutter vielleicht für das junge Mädchen nimmt."* (Beratungsstelle, Land) Familiärer Beistand und Unterstützung seien dringend notwendig: *„Im Gespräch zeigt sich, dass die Betroffenen meist den Schutz brauchen."* (Schule, Land) Hier wird wieder von den Fachleuten die Notwendigkeit eines funktionierenden sozialen und familiären Netzes betont, damit minderjährige Schwangere nicht allein gelassen werden auf dem Weg in die Mutterschaft und ins Erwachsenenalter, vorausgesetzt, das junge Mädchen kann selbstbestimmt entscheiden.

3.2 Gesprächshäufigkeit

Die Arbeitsfelder unserer InterviewpartnerInnen im Umgang mit minderjährigen Schwangeren sind unterschiedlich definiert. Ihr Auftrag reicht von der einmaligen Beratung bis hin zur intensiven täglichen Betreuung. Die dabei entstehenden Differenzen in der Kontakthäufigkeit mit den Klientinnen zeigt Abbildung 8:

Abbildung 8: Wie viele Beratungstermine nimmt eine minderjährige Schwangere oder Mutter im Durchschnitt wahr?



Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften Sachsen" 2004. N=50, n=49

Im Normalfall beschränkt sich die Anzahl der Kontakte der Beratungsstellen mit den minderjährigen Schwangeren auf drei bis vier Termine, nur zwei gaben eine Zahl von mehr als fünf an. Das ist in städtischen Beratungseinrichtungen nicht anders

als in ländlichen. Hebammen hingegen haben häufiger Kontakt mit den jungen Mädchen, die Betreuung ist mit sechs bis 20 Kontakten zeitintensiver. Täglichen Kontakt mit den minderjährigen Schwangeren bzw. den jungen Müttern, den der Rahmen einer Intensivbetreuung vorgibt, haben die Mitarbeiterinnen der Mutter-Kind-Einrichtungen. Die verbleibenden ExpertInnen legten sich weniger fest, hier ist die Kontakthäufigkeit von Fall zu Fall unterschiedlich bzw. nicht genau festzustellen.

Dass es zu individuellen Unterschieden unter den jungen Frauen kommt, begründen die Befragten zum größten Teil mit dem familiären System, das unterschiedlich viel Unterstützung bietet: *„Wenn es Hilfemöglichkeiten in der Familie gibt, dann sind es weniger Termine."* (Jugendhilfe, Stadt) Wenn aber *„die Stütze durchs Elternhaus fehlt"* (Beratungsstelle, Land), und das junge Mädchen sich *„somit um alles allein kümmern muss"* (Beratungsstelle, Land), dann *„ist der Gesprächs- und Hilfebedarf größer."* (Schule, Land)

Tabelle 10: **Worin sehen Sie die Ursachen für Unterschiede in der Beratungs- und Betreuungshäufigkeit?**

Unterstützender bzw. hemmender Einfluss der Familie	22
Persönlichkeit, Bedarf und Interesse der Klientin	14
Nachreichen fehlender Unterlagen macht mehrmalige Kontakte notwendig	10
Schulische Situation der Klientin	8
Die Notwendigkeit, weitere Anlaufstellen aufzusuchen	3
Umgang mit dem Kind	2

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften Sachsen" 2004. N=50, n=38, 59 Nennungen

Mehr als ein Drittel der Antworten hob den Einfluss der Familie hervor. Als zweitwichtigste Ursache wird die Persönlichkeit der Klientin gesehen, welchen Redebedarf sie hat und welches Interesse sie zeigt, *„wie sie sich fühlt und ihre momentane Gefühlslage sieht"* (Jugendhilfe, Land).

Ebenso häufig wurde genannt: *„[Das hängt] mit dem Intellekt zusammen. Was bringt das junge Mädel mit an Wissen?"* (Beratungsstelle, Stadt) Als weitere Ursachen werden externe Faktoren genannt, etwa wenn Unterlagen nachgereicht werden müssten, spezielle Hilfestellungen beim Umgang mit Ämtern und Institutionen notwendig seien oder die aktuelle Situation der Jugendlichen in Bezug auf Schule und Ausbildung unterschiedlichen Klärungsbedarf erfordere. Ebenso spielen Entscheidungen, ob weitere Bezugspersonen oder SozialarbeiterInnen einbezogen bzw. andere Bera-

tungsstellen in Anspruch genommen werden müssen und wie sich der Umgang mit dem Kind gestaltet, eine wichtige Rolle. Entscheidend für das Zustandekommen unterschiedlicher Beratungs- und Betreuungstätigkeit ist auf jeden Fall die individuelle Prüfung der Ressourcen und Möglichkeiten der jungen Frau auf ihrem Weg in die Mutterschaft.

3.3 Inhalte der Beratungsgespräche und Hilfeangebote

Die Aufgabenfelder der Interviewten unterscheiden sich sehr stark, wie bereits dargestellt wurde. Daraus resultieren erwartungsgemäß auch unterschiedliche Gesprächsinhalte und Hilfeangebote für jugendliche Schwangere. Im folgenden Abschnitt sollen die inhaltlichen Schwerpunkte der Gespräche und Hilfeangebote sowohl danach angeführt werden, was die ExpertInnen ansprechen als auch danach, was die Hilfesuchenden nachfragen.

Hilfegebende sprechen in erster Linie die Themen rund um die zukünftige Gestaltung des Lebens an

Im Folgenden werden alle Antworten dargestellt, die von den InterviewpartnerInnen auf die allgemeine Frage: „Welche Themen sprechen Sie als BeraterIn während des Gesprächs an?“ geäußert und als Kategorien gebündelt wurden. Neben der ganz allgemeinen Erfassung der Lebenssituation, die oft mit Hilfe der klientenzentrierten, offenen Beratung realisiert wird, findet sich eine Reihe spezifischer Themen (Tabelle 11):

Tabelle 11: **Welche Themen sprechen Sie als BeraterIn während des Gesprächs an?**

Themen	Beratungs-stellen	Jugend-hilfe	Schulen	Medizin	gesamt
Finanzielle Hilfen, gesetzliche/ staatliche Leistungen, Stiftung	20 (20,6)	6 (13,4)	–	2 (12,5)	28 (15,9)
Schul- und Berufsausbildung	18 (18,6)	3 (6,7)	1 (5,6)	2 (12,5)	24 (13,6)
Zukunftsperspektive mit Kind: Wohnsituation, Selbstständigkeit	12 (12,4)	8 (17,8)	1 (5,6)	–	21 (11,9)
Vormundschaft, Sorgerecht	7 (7,2)	2 (4,4)	1 (5,6)	–	10 (5,7)
Schwangerschaft/Geburt: Lebensstil, Vorbereitung, Ernährung, Gesundheit, Sport, Risikoverhalten, Frauenarzt, Hebamme	4 (4,1)	–	3 (16,6)	5 (31,2)	12 (6,8)
Tagesablauf mit Kind, Stillen, Pflege, Mutter sein, Erziehung	–	2 (4,4)	1 (5,6)	3 (18,7)	6 (3,4)
Betreuung des Kindes, Unterbringung	5 (5,2)	1 (2,2)	–	–	6 (3,4)
Verhältnis zu Kindesvater/Partner, Liebe, Vaterschaftsanerkennung, Unterhalt	9 (9,3)	4 (8,9)	3 (16,6)	1 (6,3)	17 (9,7)
Verhältnis zu den Eltern	8 (8,2)	4 (8,9)	2 (11,1)	–	14 (8,0)
Eltern informieren	–	1 (2,2)	1 (5,6)	–	2 (1,1)
Kontakt zu Ämtern und anderen Beratungsstellen herstellen	3 (3,1)	5 (11,1)	–	1 (6,3)	9 (5,1)
Ungewollte/gewollte Schwangerschaft, Einstellung zum Kind	4 (4,1)	1 (2,2)	5 (27,7)	1 (6,3)	11 (6,3)
Momentane Lebenssituation erfassen	7 (7,2)	8 (17,8)	–	1 (6,3)	16 (9,1)
Anzahl der Nennungen	97	45	18	16	176

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften Sachsen“ 2004. N=50, 176 Nennungen, %-Angaben in Klammern

2

Da es sich bei den Klientinnen um minderjährige Jugendliche handelt, die sich größtenteils in der Ausbildung befinden, liegen die Schwerpunkte vorrangig auf Fragen zur zukünftigen Gestaltung des eigenen Lebens. Der Weg in die Selbstständigkeit kann nur mit Hilfe finanzieller Unterstützungen erfolgen, die einerseits durch staatliche/gesetzliche Leistungen, andererseits durch das familiäre Netzwerk gewährleistet werden. Insbesondere die Beratungsfachkräfte erachten die letztgenannten Aspekte als wesentlich, ihre Antworten spiegeln aber auch deutlich wider, dass sich die Beratung allumfassend gestaltet. In der Jugendhilfe stehen ebenfalls die Zukunftsgestaltung und die finanziellen Hilfen im Vordergrund, zusätzlich liegt ein Schwerpunkt in der Erfassung der momentanen Lebenssituation. Befragte aus dem schulischen Bereich behalten neben der Partnerkonstellation auch Aspekte zu Schwangerschaft und Geburt und die Frage nach der Schwangerschaftsintention im Auge. MedizinerInnen und Hebammen sprechen vorrangig die Thematik Schwangerschaft, Geburt und Tagesablauf mit dem Kind an.

Hilfesuchende fragen in erster Linie nach finanziellen Hilfeangeboten

Was aber wollen die minderjährigen Schwangeren wissen, welche Fragen haben sie, wie bringen sie sich in das Gespräch ein? Bedenkt man, dass laut Aussagen der ExpertInnen ca. drei Viertel der Jugendlichen selbst kaum das Wort ergreifen, sondern dies der Begleitperson (meist der Mutter) überlassen, erscheint es fast verwunderlich, dass nur 13-mal erwähnt wurde: *„Die fragen ganz wenig"* (Medizin, Stadt) bzw.: *„Viel fragen tun die gar nicht. Die setzen sich her und lassen das alles über sich ergehen."* (Beratungsstelle, Land) Interpretiert man aber die Frage „Was wollen die Jugendlichen wissen?" im Sinne von „Welche Fragen werden von den Jugendlichen gestellt", so sind Betroffene und Begleitperson als Einheit zu sehen, wobei in der Interaktion mit den Beratenden die jugendlichen Schwangeren durch die Begleitperson vertreten werden: *„Die Fragen kommen gar nicht so häufig von den Jugendlichen selber, sondern das ist dann mehr von den Eltern. Und die verlassen sich auch sehr darauf, dass sie das ausgebreitet bekommen – beide: Mutter und Tochter."* (Beratung, Land) Nichtsdestotrotz konnten die befragten ExpertInnen eine Reihe von Fragen nennen, die ihrer Erfahrung nach im Laufe des Gesprächs oder der Betreuung von den Jugendlichen geäußert werden (Tabelle 12).

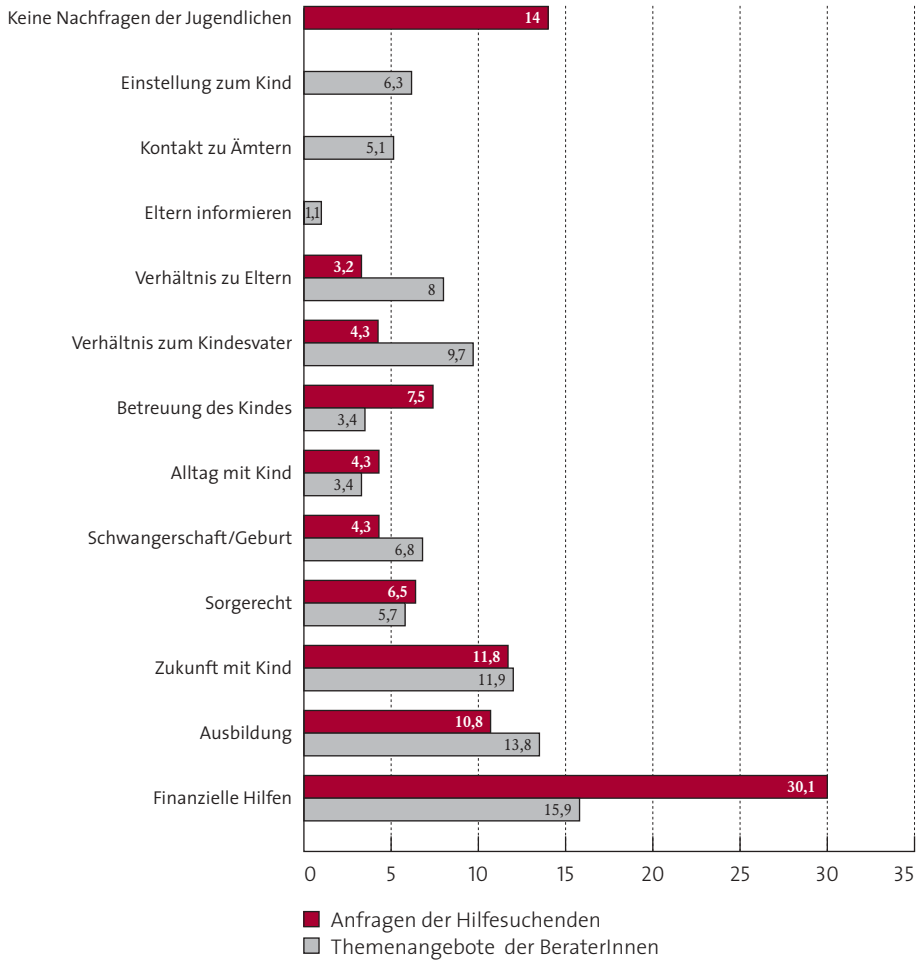
Tabelle 12: Was wollen die Jugendlichen wissen, fragen/wünschen sie?

Themen	Beratungs-stellen	Jugend-hilfe	Schulen	Medizin	gesamt
Finanzielle Hilfeangebote	19 (38,8)	7 (25,0)	2 (22,2)	–	28 (30,1)
Berufliche/schulische Ausbildung	6 (12,2)	3 (10,7)	1 (11,1)	–	10 (10,8)
Zukunftsperspektiven mit Kind: Wohnsituation, Selbstständigkeit	4 (8,2)	6 (21,5)	1 (11,1)	–	11 (11,8)
Sorgerecht und Vormundschaftsregelungen, Adoption	3 (6,1)	3 (10,7)	–	–	6 (6,5)
Schwangerschaft und Geburt: Ernährung, Geburtsvorbereitung, Frauenarzttermine etc.	–	2 (7,1)	2 (22,2)	–	4 (4,3)
Tagesablauf nach Geburt, Stillen, Säuglingspflege	1 (2,1)	–	–	3 (42,8)	4 (4,3)
Kinderbetreuung	5 (10,2)	2 (7,1)	–	–	7 (7,5)
Kindesvater/Partnerschaft, Vaterschaftsanerkennung, Unterhalt	3 (6,1)	1 (3,6)	–	–	4 (4,3)
Auseinandersetzung mit Eltern	2 (4,1)	1 (3,6)	–	–	3 (3,2)
Was soll ich jetzt machen?	–	1 (3,6)	2 (22,2)	–	3 (3,2)
Jugendliche fragen kaum nach	6 (12,2)	2 (7,1)	1 (11,1)	4 (57,2)	13 (14,0)
Anzahl der Nennungen	49	28	9	7	93

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften Sachsen“ 2004. N=50, 93 Nennungen, %-Angaben in Klammern

Die ExpertInnen sprechen vorrangig finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten, Fragen der weiteren Ausbildung und der Zukunftsperspektiven sowie der Wohnungssituation an. Auch die Jugendlichen interessieren sich in erster Linie für die finanziellen Hilfen. An zweiter Stelle wird aber von den ExpertInnen darauf verwiesen, dass die Jugendlichen kaum Fragen stellen (Abbildung 9). Die Hilfesuchenden fragen nach Ansicht der Beraterinnen auch häufiger nach den Möglichkeiten der Kinderunterbringung, der Alltagsgestaltung mit dem Kind und dem Sorgerecht für das Kind, während das Verhältnis zum Vater des Kindes und zu den Eltern der jugendlichen Schwangeren sowie zur momentanen Lebenssituation häufiger von den Beraterinnen thematisiert werden.

Abbildung 9: **Relation zwischen Themenangeboten der BeraterInnen und Anfragen der Hilfesuchenden** (Angaben in %)



Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften Sachsen“ 2004

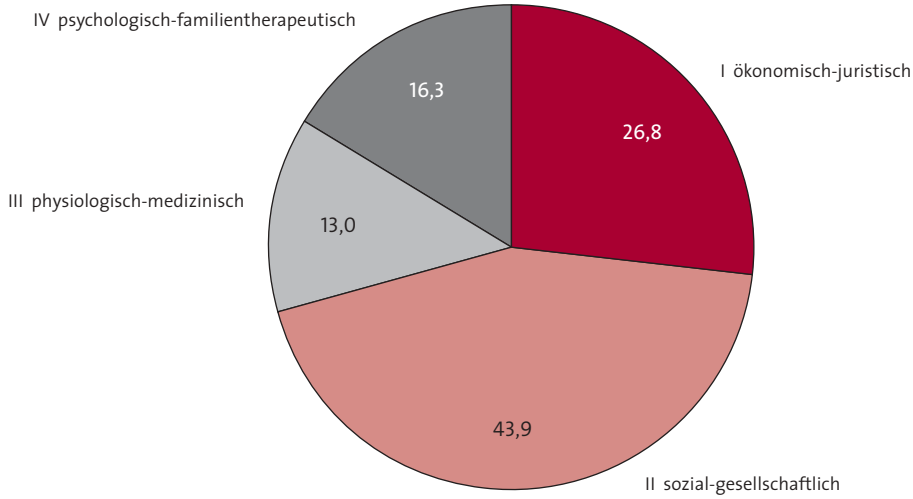
Je nach Profession werden die ExpertInnen von den Hilfesuchenden unterschiedlich häufig auf die genannten Themen angesprochen. Knapp zwei Drittel aller Antworten der Beratungsfachkräfte umfassen den Themenbereich der finanziellen Unterstützungsmöglichkeiten. Dass im Rahmen einer Schwangerenberatung Stiftungsgelder beantragt werden können, scheint ein Großteil der minderjährigen Schwangeren zu wissen. Von Fachkräften der Jugendhilfe wünschen die jungen Schwangeren vorrangig Informationen bezüglich Ausbildung und Selbstständigkeit, aber auch zu finanziellen Hilfen. Angaben zur Schwangerschaft und Geburt spielen im Gegensatz zu Pflege- und Betreuungsfragen kaum eine explizite Rolle im Gespräch mit medizinischen Fachkräften. Es könnte sein, dass dieser Themenkreis von den befragten medizinischen Fachleuten nicht erwähnt wurde, weil sie dies für selbstverständlich hielten. Mehr als die Hälfte der Angaben aus dem medizinischen Bereich bezieht sich auf die fehlende Eigeninitiative der jungen Schwangeren – ein Hinweis darauf, dass das Kompetenzgefälle zwischen ÄrztIn und Patientin bzw. Hebamme und Klientin einer Abhängigkeit gleicht: *„Häufig sind die eher mundfaul. [...] Man merkt, dass die wahrscheinlich noch nicht so viel Selbstbewusstsein haben wie eine erwachsene Frau."* (Medizin, Stadt) Den jungen Schwangeren wird abverlangt, alles über sich ergehen zu lassen. Hier besteht offenkundig ein Ansatzpunkt und Bedarf zur Verbesserung des Versorgungsangebots in Form einer angepassten Gesprächsführung, indem minderjährige Schwangere trotz ihrer altersbedingten Unsicherheit als Patientinnen wahrgenommen werden.

Hilfeangebote können vier Beratungstypen zugeordnet werden

Anhand der vorangegangenen Tabellen und Auswertungen lassen sich spezielle Beratungstypen bzw. thematische Orientierungen bestimmen, die sich in der Schwangerenberatung und berufsspezifisch in den Bereichen Schule, Medizin und Jugendhilfe wiederfinden:

I ökonomisch-juristisch
II sozial-gesellschaftlich
III physiologisch-medizinisch
IV psychologisch-familientherapeutisch

Abbildung 10: Verteilung der Beratungstypen (Angaben in %)



Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften Sachsen“ 2004

Zuordnen lassen sich diese Beratungstypen auch den konkreten Hilfe- und Beratungsangeboten, die den jugendlichen Müttern am häufigsten zur Verfügung gestellt werden (Tabelle 13):

Tabelle 13: Hilfeangebote mit Zuordnung zu Beratungstyp

	Hilfeangebote	Beratungs-stellen	Jugend-hilfe	Schulen	Medizin	gesamt
Beratungstyp I	Finanzielle Hilfen (Stiftungen, Kirchenfonds etc.)	21 (32,3)	4 (9,8)	1 (12,5)	1 (11,1)	27 (22,0)
	Rechtliche Information (Vormundschaft, Sorgerecht, Vaterschaft, Unterhalt)	4 (6,2)	2 (4,9)	–	–	6 (4,9)
Beratungstyp II	Berufliche Perspektive/ Ausbildung, Kontakt herstellen	4 (6,2)	3 (7,3)	–	–	7 (5,7)
	Begleitung zu und Vernetzung mit Ämtern, Hilfen bei der Antragstellung, Vermittlung an Dritte (Beratungsstellen etc.)	16 (24,6)	8 (19,5)	4 (50,0)	2 (22,2)	30 (24,3)
	Zukunftsperspektiven mit Kind (Lebenshilfe, Netzwerkplanung)	7 (10,8)	10 (24,4)	–	–	17 (13,8)
Beratungstyp III	Hilfen und Kurse zu Schwangerschaft und Geburt: Infos und Adressen zu Kliniken, Kursen, Mütterzentren Vermitteln und Begleiten zu Gynäkologen, Hebammen	6 (9,2)	2 (4,9)	–	2 (22,2)	10 (8,1)
	Betreuung des Kindes nach der Geburt (Wochenbett, Stillen, Säuglingspflege)	–	3 (7,3)	–	3 (33,4)	6 (4,9)
Beratungstyp IV	Einbeziehung des Kindesvaters/Partners	–	3 (7,3)	–	–	6 (2,4)
	Elternberatung für die Großeltern	1 (1,5)	3 (7,3)	1 (12,5)	–	5 (4,1)
	Psychologische Beratung und Betreuung, Ansprech- und Bezugsperson, Angstabbau	6 (9,2)	3 (7,3)	2 (25,0)	1 (11,1)	12 (9,8)
	Anzahl der Nennungen	65	41	8	9	123

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften Sachsen“ 2004. N=50, 123 Nennungen, %-Angaben in Klammern

Ein Viertel der genannten Hilfeangebote bezieht sich auf die Vernetzung mit Ämtern bzw. die Vermittlung an Dritte. In den Beratungsstellen stehen entsprechend des Auftrages ökonomische und soziale Beratungsangebote im Vordergrund, bei den ÄrztInnen und Hebammen die medizinisch-physiologische Beratung. Schwerpunkt in der Jugendhilfe sind nicht rechtliche Informationen (außer im Jugendamtsbereich Vormundschaft), sondern ebenfalls Themen der Zukunftsperspektive allgemein, ergänzt durch die Vermittlung an bzw. Vernetzung mit weiterführenden Institutionen. Warum die befragten ExpertInnen im schulischen Bereich den Aspekt der Ausbildung nicht erwähnen, kann nur damit erklärt werden, dass sie diesen Punkt im Rahmen der schulischen Ausbildung und der Eingliederung in die pädagogische Einrichtung ohnehin durch ihre Tätigkeit für abgedeckt halten.

Knapp die Hälfte aller genannten Hilfe- und Beratungsangebote beinhalten sozialgesellschaftliche Themen und gehen damit intensiv auf die momentane Lebenssituation der minderjährigen Schwangeren ein. Aber auch psychische Aspekte bleiben nicht unberücksichtigt, ebenso wie das familiäre und partnerschaftliche Umfeld. Etwa ein Viertel der Hilfeangebote bezieht sich auf potentielle ökonomische Unterstützung, und ein kleiner Teil umfasst den zur Schwangerschaft gehörenden medizinischen Bereich.

3.4 Thema Verhütung in der Beratung

Die Frage nach der Verhütung sprechen bis auf eine Beraterin und zwei Kliniksozialarbeiterinnen alle Befragten an. Je nach Art und Aufgabe der Beratung steht die Verhütungsthematik stärker oder weniger stark im Vordergrund. Manche verweisen zur genaueren Beratung auf andere spezielle Angebote wie z. B. die Beratung bei GynäkologInnen und einige entscheiden in der konkreten Situation, ob sie vertiefend darauf eingehen, z. B. wenn sie das Gefühl haben, dass die Schwangerschaft ungewollt war.

Nur drei Befragte sprechen das Thema Verhütung ausdrücklich nicht an. Das folgende Zitat liefert eine Begründung dazu: *„Nein, weil sie eine Schwangerschaft schon vorweisen und dieses Kind bekommen, ist es für mich nicht das Thema, irgendwelche Schuldzuweisungen auszusprechen, warum habt ihr nicht richtig verhütet, wieso ist die Schwangerschaft jetzt entstanden. Also ich frage auch nicht unbedingt, ob es ein gewolltes Kind ist, wenn ich das nicht irgendwie höre. Wenn sie sich für Verhütung interessieren, merke ich das. Ich habe meine Verhütungsmittel hier liegen. Und manche fragen dann auch, was ist denn das und dann kommen wir natürlich drüber ins Gespräch. Und danach [nach der Schwangerschaft] ist Verhütung wieder ein Thema. Aber das ist, wenn sie zur Schwangerenberatung kommen, eher nicht das Thema. Während der Schwangerschaft müssen sie nicht verhüten und bis zum Ende der Schwangerschaft ist noch ganz viel Zeit. So dass das eher dann wieder auf dem Tisch des Arztes landet oder aber wenn sie jetzt die Geburtsurkunde vor-*

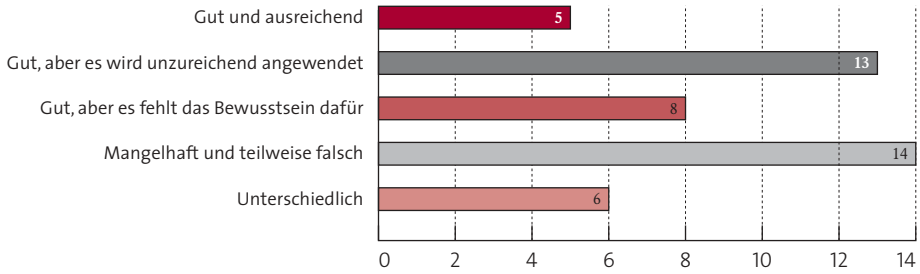
beibringen und wir hier noch mal sitzen, dann spreche ich es an." (Beratungsstelle, Land)

Die Frage der „Verhütung nach der Geburt" wird nur von der Hälfte der Befragten direkt angesprochen. Einige verweisen in diesem Zusammenhang auf GynäkologInnen oder sprechen das Thema nur an, wenn es im Rahmen der Beratung angebracht erscheint.

Das Verhütungswissen der jugendlichen Schwangeren ist nicht ausreichend und überwiegend mangelhaft

Nur fünf Befragte schätzen die Jugendlichen als gut und ausreichend informiert ein. Unterschiede gibt es vor allem hinsichtlich der Art der Wissenslücken, wie Abbildung 11 verdeutlicht:

Abbildung 11: **Wie ist das Wissen der Jugendlichen über Verhütung?**



Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften Sachsen" 2004. N=50, n=43, 46 Nennungen

Die ExpertInneneinschätzung des Verhütungswissens verdeutlicht den unterschiedlichen Aufklärungs- und Beratungsbedarf bei den Jugendlichen. Im Folgenden werden die Antwortenkategorien anhand beispielhafter Zitate erläutert. Die Zitate veranschaulichen die unterschiedlichen Formen des Verhütungswissens und geben Hinweise für künftige Aufklärungsarbeit.

Mangelhaftes und falsches Wissen:

„Denkbar schlecht, also das haben wir so jetzt in den Schulen festgestellt, dass da Verhütung [als Thema] sehr lax gehandhabt wird, also dass einfach auch viel über Medien zu viel rüberkommt. Einfache Dinge werden häufig nicht mitgeteilt, nur kompliziertere Sachen, womit Jugendliche sich auseinander setzen. Aber wenn es um konkrete Maßnahmen in der Verhütung geht [...], existieren auch noch viele Binsenweisheiten [..], dass auch hormonelle Verhütungsmittel abgelehnt werden. Und bei Barrieremethoden, also Kondome etc., passieren durch falsche Handhabung und so weiter eben häufig Verhütungspannen." (Beratungsstelle, Land)

Gutes Wissen, aber Fehler bei der Anwendung:

„Das [Wissen] ist eigentlich schon ganz gut. Nur wissen sie auch ganz genau, warum sie jetzt schwanger geworden sind, warum das nicht funktioniert hat. [Sie erzählen zum Beispiel] ‚ja, ich nehme die Pille, aber mir war schlecht und ich habe gebrochen, dadurch ist es sicherlich passiert.' Wo ich mir hinterher sage, wenn ich das weiß, müsste ich ja vorsichtiger sein. Aber vielleicht kommt die Erkenntnis erst hinterher. Am allerhäufigsten wird man schwanger durch Präservative. Also wird es schlecht und falsch gehandhabt." (Beratungsstelle, Land)

Gutes Wissen, aber kein Bewusstsein für die Anwendung:

„Es ist nicht so, dass die nichts wissen, die unterschätzen nur die Ernsthaftigkeit, die Möglichkeit, dass man schwanger werden kann: Mir passiert das jetzt nicht. Ich habe nicht gedacht, dass das jetzt gleich oder dass das so schnell gehen kann. [...] Also dass generell nicht an Verhütung gedacht wird oder dass das nicht bekannt ist, so ist es nicht." (Beratungsstelle, Stadt)

Wissen ist unterschiedlich:

„Ein Großteil weiß Bescheid, aber ich habe auch Schüler, die können damit gar nicht umgehen. Auch in der 9. Klasse sitzen Mädchen und Jungs, die davon noch gar keine Ahnung haben." (Schule, Land) *„Die Jugendlichen sind über Verhütung aufgeklärt, bei den Behinderten [Lernbehinderte mit einbezogen, d. A.] mangelt es etwas an Aufklärung über Verhütung."* (Beratungsstelle, Stadt)

Stadt und Land unterscheiden sich bei der Empfehlung von Verhütungsmethoden

Bezüglich der Einschätzung des Verhütungswissens gibt es keine regionalen Unterschiede. Allerdings unterscheiden sich die Empfehlungen zu den Verhütungsmethoden (Abbildung 14).

Tabelle 14: Empfohlene Verhütungsmethoden nach Region und Einrichtungsart

		Kondom	Pille	Pille danach	Spirale	Pessar	Hormon-depots 3-M-Spritze	Sonstiges*
Beratungsstelle	Stadt	5	5	1	–	–	2	2
	Land	14	16	10	–	1	4	–
Jugendhilfe	Stadt	3	–	2	–	2	1	
	Land	4	–	2	–	–	–	
Schulen	Stadt	3	3	–	–	–	–	–
	Land	2	2	–	1	–	–	–
Medizin	Stadt	4	2	–	1	–	–	–
	Land	–	–	–	1	–	2	–
Gesamt		36	35	11	7	1	10	3

*Z. B. ausführliches Beratungsgespräch bei GynäkologInnen
Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften Sachsen“ 2004. N=50, 106 Nennungen

Am häufigsten geben die Befragten als Verhütungsempfehlung Pille und Kondom an. Die „Pille danach“ wird ausschließlich in der Region Chemnitz und nur von Beratungsstellen als Methode der Nachverhütung empfohlen. Hier zeigen sich deutliche regionale Unterschiede des Beratungsangebots und Unterschiede der Professionen. Gerade im medizinischen Bereich gibt es offenkundig keine Empfehlung der „Pille danach“, die nur als Notlösung, aber keinesfalls als reguläres Verhütungsmittel empfohlen werden kann.

Pille, Kondom und gar keine Verhütung sind die häufigsten Angaben zu verwendeten Verhütungsmethoden

Die von den ExpertInnen empfohlenen Verhütungsmethoden unterscheiden sich deutlich von den Vorlieben und Praktiken der jungen Schwangeren, wie die folgende Übersicht zeigt. Die Angaben zu den verwendeten Verhütungsmethoden beruhen auf den Erfahrungswerten der befragten ExpertInnen und geben daher nur bedingt Auskunft über das tatsächliche Verhütungsverhalten von Teenagern.

Tabelle 15: Verwendete Verhütungsmethoden nach Region und Einrichtungsart

		Kondom	Pille	Pille danach	Spirale	Pessar	Hormon-depots 3-M-Spritze	Coitus inter-ruptus	Nichts
Beratungsstelle	Stadt	7	7	–	–	–	2	2	4
	Land	16	15	3	–	–	–	7	12
Jugendhilfe	Stadt	2	5	–	1	–	3	1	3
	Land	3	2	–	1	–	1	–	1
Schulen	Stadt	3	3	–	–	–	–	–	1
	Land	2	2	–	–	1	–	–	2
Medizin	Stadt	5	6	3	1	–	–	3	5
	Land	–	1	–	–	–	–	–	1
Gesamt		38	41	6	3	1	6	13	29

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften Sachsen“ 2004. N=50, 131 Nennungen

Erwartungsgemäß berichten die Fachleute, dass viele Schwangere gar nicht verhütet haben. Bemerkenswert erscheint, dass trotz Aufklärungs- und Verhütungskampagnen der „Coitus interruptus“ immer noch von Jugendlichen als taugliche Methode der Empfängnisverhütung gewertet und angewendet wird. Der Vergleich mit der Repräsentativbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zu Jugendsexualität[70] zeigt, dass auch bundesweit Kondome und Pille als bevorzugte Verhütungsmethoden genannt werden.

70 BZgA (2002), S. 91 ff.

Im Aufklärungsgespräch stehen Informationen über Verhütungsmethoden im Vordergrund

Die Durchführung von Aufklärungsgesprächen gehört bei vielen Befragten (n=35) zum üblichen Beratungsangebot. In den Gesprächen werden unterschiedliche inhaltliche Schwerpunkte gesetzt. Bei den meisten steht jedoch die Aufklärung über Verhütungsmethoden im Vordergrund. Weitere wichtige Themen sind die Schwangerschaft und das Muttersein oder Fragen über Liebe, Sexualität und Partnerschaft sowie die eigene Lebensplanung der jungen Frauen.

Wichtige Hinweise für die zukünftige Gestaltung von Angeboten geben die Antworten der Befragten, die selbst keine Aufklärungsgespräche durchführen. Sie gaben an, wie ihrer Meinung nach Aufklärung gestaltet und durchgeführt werden sollte. Verhütung sollte demnach ein ganz normales Thema sein und regelmäßig von LehrerInnen und Eltern angesprochen werden. Dazu werden neue Formen der Wissensvermittlung in der Schule vorgeschlagen, sexualpädagogische Angebote sollten „von außen“ kommen, wie die folgenden Zitate deutlich machen.

- *„Verhütung sollte so zeitig wie möglich beginnen, Schulen sollten sich verstärkt um sexualpädagogische Hilfen bemühen, Aufklärung kann schon im Kindergarten beginnen.“* (Jugendhilfe, Stadt)

- *„Da braucht man einen Außenstehenden, wo sie alles Mögliche fragen können, ohne rot zu werden und ohne dass wir das wissen als Betreuer. Schwerpunkt ist immer erst mal die Verhütung. Auf die anderen Themen können sie sich schwer einlassen. Das geht so ans Eingemachte.“* (Jugendhilfe, Stadt)

- *„Das lässt sich im Unterricht nicht bereden, wo sonst rational Wissen abgefragt wird [...]. Dazu gehört, ein anderes Umfeld zu schaffen [...] und das vielleicht auch geschlechtsspezifisch zu machen, um die Fragen besser aufkommen zu lassen, weil das ist natürlich schambesetzt vor dem anderen Geschlecht [...]. Aber das lässt sich unserer Meinung nach von den Lehrern gar nicht rüberbringen. Da sind viele bestimmt motiviert und wollen das auch, aber das ganze Unterrichtsumfeld macht das fast unmöglich.“* (Beratungsstelle, Land)

4 Angebote, Bedarf und Vernetzung der Beratungs- und Hilfeangebote aus professioneller Sicht

Die Nichtinanspruchnahme von Hilfe- und Beratungsangeboten hat unterschiedliche Ursachen, deren Analyse Aufschluss darüber gibt, in welcher Weise sich Beratungs- und Hilfeangebote zukünftig entwickeln müssen. Erfolgreiche, aber auch defizitäre oder für jugendliche Schwangere unangemessene Angebote lassen sich nachweisen, ebenso die Suche nach neuen Wegen, um diese Zielgruppe besser erreichen bzw. präventiv wirksam werden zu können.

4.1 Ursachen für die Nichtwahrnehmung von Beratungs- und Betreuungsangeboten

Auch wenn sich die unmittelbaren Erfahrungen der Beratungsfachkräfte auf die Jugendlichen beziehen, die eine der entsprechenden Einrichtungen aufsuchen, so wurden sie dennoch befragt, woran es ihrer Meinung nach liegen könnte, dass minderjährige Schwangere nicht erreicht werden und somit durch das Raster der Hilfeangebote fallen.

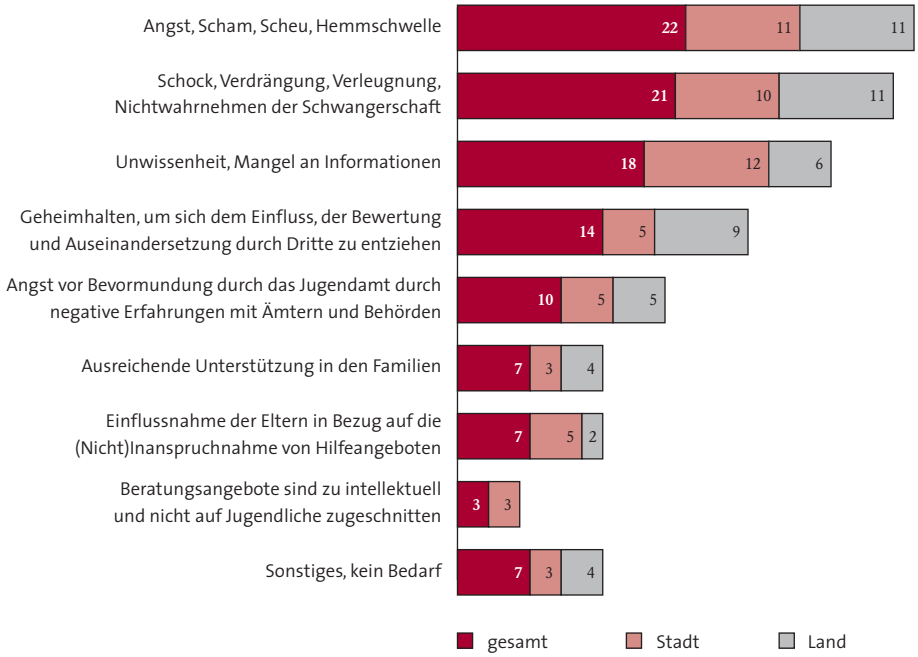
Angst und Scham sind die häufigste Ursache für das Meiden von Beratungsangeboten

Abbildung 12 bietet einen Überblick über die Antworten im Stadt-Land-Vergleich. Auf der einen Seite stehen Gründe, die im Einflussbereich der Jugendlichen selbst liegen. Gezieltes oder unbewusstes Vermeidungsverhalten aus Angst und Scham heraus wird in über 60 % der Aussagen als Grund für das Meiden von Beratungsangeboten gesehen und zeigte sich bereits in der Antwort auf die Frage, weshalb der Zeitpunkt der Hilfesuche so unterschiedlich ausfällt. *„Also die spüren, ich bin wahrscheinlich schwanger oder da ist was, aber die verdecken das: ‚Ich verdränge das, vertusche das. Meiner Familie und allen gegenüber.' Und die schaffen es dann erst recht nicht in eine Beratungsstelle."* (Beratungsstelle, Stadt) Und: *„Schwellenängste sind da."* (Beratungsstelle, Land) *„Die Scheu davor, dass da jemand Älteres sitzt, der den Zeigefinger hebt."* (Schule, Land)

Während die ExpertInnen im städtischen Raum in erster Linie fehlende Informiertheit der Jugendlichen als Ursache für die Nichtinanspruchnahme der Angebote sehen, werden in ländlichen Regionen stärker Scham, Verdrängung, Geheimhaltung angesprochen. Fehlende Anonymität und damit verbunden die Angst vor der sozialen Kontrolle führt auf dem Land dazu, dass bestehende Hilfeangebote nicht im notwendigen Umfang genutzt werden. Darauf verwiesen auch

die Ergebnisse im Rahmen einer Studie zu Lebenswelten behinderter Kinder und Jugendlicher in Sachsen.[71]

Abbildung 12: **Worin sehen Sie Ursachen für das Nichtwahrnehmen von Beratungs- und Betreuungsangeboten (absichtlich und unabsichtlich)?**



Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften Sachsen“ 2004. N=50, 109 Nennungen

Auf der anderen Seite gibt es Gründe, die für eine Fremdbestimmung der jungen Schwangeren sprechen. In erster Linie wird hierfür die Familie als Problemlöseinstanz angegeben, deren Einfluss sich die jugendlichen Schwangeren kaum entziehen können: *„Das Vorleben des Elternhauses, dass die Eltern vielleicht auch der Meinung waren, wir kriegen das alles alleine hin.“* (Beratungsstelle, Land)

Zu beachten ist die Meinung der ExpertInnen aus der Stadt, dass bestehende Angebote die Jugendlichen intellektuell nicht erreichen. Sowohl sehr junge Schwangere als auch werdende Mütter aus dem Bereich der Lernförderschulen und Lernförderberufsschulen werden durch vorhandene Informations- oder Beratungsangebote überfordert. *„Das ist nicht altersgerecht. Für Minderjährige in eine Beratungsstelle zu gehen, ist nicht deren Art, sich irgendetwas zu holen.“* (Beratungsstelle, Stadt)

71 Michel, Riedel, Häussler-Sczepan (2003), S. 74 ff.

Auf mangelnde Angebote für Jugendliche mit Lernbehinderungen wurde in mehreren Diskussionsbeiträgen während der Fachtagung „Teenager-Schwangerschaften in Sachsen“[72] verwiesen. Daraus leitet sich auch die Forderung ab, Materialien in leichter Sprache für diese Zielgruppe bereitzustellen.

Beratungsfachkräfte und andere Befragungsgruppen unterscheiden sich kaum in ihrer Beurteilung zu den Ursachen für das Nichtwahrnehmen von Angeboten

Differenziert nach den unterschiedlichen Professionen der ExpertInnen nannten nur die Mitarbeiterinnen der Beratungsstellen Angst, Scham und das bewusste Geheimhalten etwas häufiger als andere Befragte. Somit zeigt sich, dass die Gründe, weshalb minderjährige Schwangere Beratungsangebote verweigern bzw. nicht wahrnehmen, von allen Befragten ähnlich gesehen werden. Vollständigerweise muss jedoch erwähnt werden, dass alle Befragten davon ausgehen, dass es kaum minderjährige Mädchen gibt, die im Laufe ihrer Schwangerschaft keinerlei Unterstützung in Anspruch genommen haben. Eine typische Aussage hierzu: *„[Es] ist eine Ausnahme, dass eine Minderjährige entbindet, die nirgends war.“* (Jugendhilfe, Land) Auch eine Ärztin meinte, Teenager kämen nicht seltener ohne Mutterpass und wären nicht häufiger Frühgebärende als Frauen anderer Altersgruppen. Inwieweit diese Einzeleinschätzung der allgemeinen Sachlage entspricht, ließe sich nur mit Hilfe einer medizinischen Daten- und Aktenanalyse überprüfen und kann daher hier nicht beurteilt werden.[73] Im Rahmen der Fachtagung verwies eine Ärztin darauf, dass im Jahr 2003 von 1.200 Schwangeren in ihrer Klinik 30 Teenagerschwangere waren, die ausschließlich alle in die Intensivbetreuung überwiesen werden mussten wegen risikohaften Verläufen, Alkoholabusus, Infektionen und Mangelversorgungen.[74]

72 „Teenager-Schwangerschaften in Sachsen“, Fachtagung am 15. Juni 2004 in Leipzig

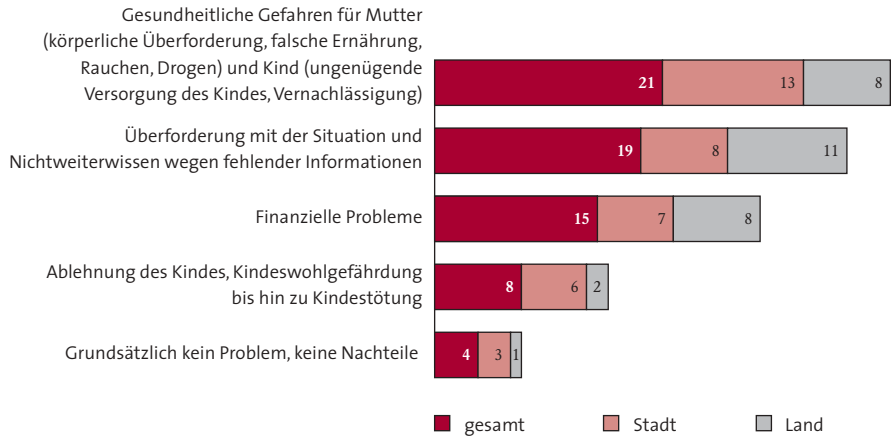
73 Eine Dissertation an der Selbständigen Abteilung für Sozialmedizin der Universität Leipzig befasst sich mit der Thematik „Teenager-Schwangerschaften“ aus der Sicht von GynäkologInnen und PädiaterInnen.

74 Heike Pachmann: Podiumsdiskussion anlässlich der Fachtagung „Teenager-Schwangerschaften in Sachsen“ am 15. Juni 2004 in Leipzig

Gesundheitsschäden für Mutter und Kind sind das größte Risiko, wenn keine Beratung erfolgt

Die Frage nach den möglichen Risiken einer Nichtinanspruchnahme von Hilfe- und Beratungsangeboten wurde von den ExpertInnen unterschiedlich beurteilt (Abbildung 13).

Abbildung 13: **Worin sehen Sie Risiken, wenn Hilfe- und Beratungsangebote nicht genutzt werden?**



Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften Sachsen" 2004. N=50, 67 Nennungen

Während in der Stadt besonders die gesundheitlichen Risiken für Mutter und Kind sowie die Ablehnung und damit Gefährdung des Kindes als Hauptprobleme der Nichtinanspruchnahme der Beratungsangebote gesehen wurden, hoben die Expertinnen im ländlichen Raum vor allem die mögliche Überforderung der jungen Mutter hervor. Differenziert man die Aussagen nach Professionen, so zeigt sich, dass Beratungsfachkräfte neben finanziellen Problemen das größte Risiko im falschen Umgang mit dem Kind und der daraus resultierenden Überforderung sehen: *„Wenn niemand da ist, dann kann es auch passieren, dass so eine junge Frau mit dem Kind alleine vielleicht so verantwortungslos handelt, dass so ein Kind dann verwahrlost."* (Beratungsstelle, Land) Eine ähnliche Einschätzung: *„[Problematisch ist], dass sie ihre Kinder oft wie Puppen behandeln, mit denen man spielt, solange es schön ist und die man weglegt, wenn es nervt."* (Jugendhilfe, Land)

Abgesehen von den hier aufgezählten Risiken nach der Geburt des Kindes gibt es eine Reihe von Problemen, die bereits während der Schwangerschaft auftreten können und von allen Befragten gleichermaßen häufig genannt werden: *„[Das sind] medizinische Probleme. Wir haben nicht selten junge angehende Mütter, die große*

Hemmnisse haben, den Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe aufzusuchen. Auch das stellt ein Problem dar, dass man regelmäßig zum Arzt geht." (Jugendhilfe, Stadt) Die Reihe ließe sich beliebig fortsetzen: *„Das Risiko, die Beratungsstelle zu meiden, bringt ja auch für die Jugendlichen gesundheitliche Risiken mit sich."* (Beratungsstelle, Stadt) Eine Hebamme, deren Aussagen mehrfach bestätigt wurden: *„Es gibt welche, die nicht zu einer Schwangerenvorsorge gehen [...] viele von den ganz Jungen waren eben nicht zu einer Geburtsvorbereitung [...] wir bieten Nachsorge an und viele von denen nehmen das schon mal gar nicht in Anspruch [...] in einem Haushalt, wo geraucht wird, rauchen auch die Kinder, die Jugendlichen und auch die Schwangeren."* (Medizin, Stadt) Auch dieser Aspekt wurde noch einmal nachdrücklich von TeilnehmerInnen der Fachtagung betont.[75]

4.2 Fehlende Angebote und Verbesserungsvorschläge

Wir haben unsere InterviewpartnerInnen auch gefragt, welche Angebote speziell für minderjährige Schwangere und Mütter aus ihrer Sicht fehlen und sie um Verbesserungsvorschläge gebeten.

Beratungsangebote müssen speziell auf jugendliche Schwangere zugeschnitten werden

Befragte aus dem ländlichen Raum nannten fast durchweg mehr Verbesserungsvorschläge in den einzelnen Kategorien als städtische Befragte (Tabelle 16). Die insgesamt 44 Aussagen umfassten dabei primär Angebote für Mütter: *„Das Ganze danach, wenn das Kind dann da ist. Wie gehe ich damit um? Wie geht das alles weiter? Das Hilfeangebot ist sehr, sehr gering."* (Schule, Land); und: *„Gerade im ländlichen Raum wird oft überhaupt nichts angeboten."* (Beratungsstelle, Land) Wichtig sei auch, Angebote vor Ort zu machen, die Anfahrtswege seien sehr lang, und: *„Jugendliche fahren für unangenehme Themen nicht meilenweit."* (Jugendhilfe, Stadt) Aber auch schon im Vorfeld, in der Geburtsvorbereitung sei einiges möglich, denn: *„Wie fühlt die sich, wenn die zwischen 30/35-Jährigen sitzt und ist 15 Jahre alt und kriegt ein Kind? Da müsste man vielleicht einen Kurs nur für Teeniemütter machen."* (Medizin, Stadt) In den Schulen und an den Ausbildungsplätzen werde wenig Rücksicht genommen: *„Einige Jugendliche nehmen die Rückbildungsgymnastiktermine nicht wahr, da sie schon wieder in die Schule gehen und deswegen dafür keine ausreichende Zeit haben"* (Medizin, Stadt); und: *„Jeder, der arbeitet, darf Elternzeit, also Teilzeit machen, aber in der Berufsausbildung ist Teilzeit nicht möglich."* (Beratungsstelle, Stadt) Nachsorge- und Säuglingskurse würden zwar angeboten, seien aber für die jungen Mütter aufgrund ihrer materiellen Situation nicht erreichbar: *„Da kommen die jungen Frauen kaum, weil das bezahlt werden muss."* (Beratungsstelle, Land)

75 „Teenager-Schwangerschaften in Sachsen", Fachtagung am 15. Juni 2004 in Leipzig

Tabelle 16: **An welchen Angeboten mangelt es speziell für minderjährige Schwangere und Mütter?**

	gesamt	Stadt	Land
Beratungs- und Austauschangebote speziell für Teenager, davon:	30	12	18
Austausch unter Schwangeren und Müttern, Geburtsvorbereitungs- und Säuglingspflegekurse	10	3	7
Mütter-, Großeltern-, Teenager-, Ernährungs-, Ämterberatung	10	6	4
Spezielle Ansprechpartner, Vertrauens- und Bezugspersonen in Schulen mit Sensibilität für das Thema	10	3	7
Betreuungsangebote für Mutter und Kind, davon:	13	4	9
Mutter-Kind-Häuser, alternative/betreute Wohnprojekte	7	2	5
Ausreichend Kindertages- und Krippenplätze, Tagesmütter als Ergänzung	6	2	4
Finanzielle Hilfen	6	2	4
Flexible Ausbildungsangebote, Teilzeitausbildung für minderjährige Mütter	4	1	3
Broschüre für minderjährige Schwangere mit Überblick über Hilfen und Angebote, Öffentlichkeitsarbeit und Kooperation der bestehenden Institutionen	4	1	3
Mehr Angebote vor Ort, da die Schwangeren sonst lange Fahrtzeiten und öffentliche Verkehrsmittel in Kauf nehmen müssen	4	2	2
Prävention	4	2	2
Kein Mangel	10	7	3
Gesamt	75	31	44

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften Sachsen“ 2004. N=50, 75 Nennungen

Einen Mangel an Betreuungs- und Unterbringungsangeboten für Mutter und Kind stellten vorrangig die Beratungsfachkräfte fest. Ansonsten zeigte sich in der Einschätzung, welche Angebote für minderjährige Schwangere und Mütter fehlen, bei den unterschiedlichen Befragten ein eher homogenes Bild. Ein Unterschied ließ sich lediglich in der Einschätzung finden, es würde gerade in Leipzig kein Mangel herrschen. *„Es ist eher die Frage des Bekanntheitsgrades und der Inanspruchnahme. Am Angebot kann es nach unserer Auffassung nicht liegen.“* (Jugendhilfe, Stadt)

Es fehlen zielgruppengerechte Informationsmedien

Nach Meinung einiger InterviewpartnerInnen reicht die gängige Art der Öffentlichkeitsarbeit nicht aus, um alle Jugendlichen zu erreichen und für die Thematik zu sensibilisieren. *„Es verlangt sehr viel Eigeninitiative, solche Beratungsstellen aufzusuchen. Wer innerhalb einer Familie integriert ist, der ist sicherlich daran interessiert und informiert sich auch, aber junge Frauen, die dieses stabile Umfeld nicht haben, glaube ich nicht, dass da so was in dem Maße gemacht wird."* (Jugendhilfe, Stadt) Die Verschiedenartigkeit der Jugendlichen, ihr unterschiedliches kognitives und psychosoziales Entwicklungsniveau bliebe unbeachtet. Stattdessen würden Handlungskompetenzen vorausgesetzt, die besonders bei Problemgruppen, *„die ganz schwierige Verhältnisse haben, auf der Straße leben, es mit den Eltern schwer haben, denen es mit sozialen Kontakten schwer fällt"* oder auch bei Förderschülern nur in einem geringeren Maße vorhanden seien. Solche Jugendliche würden deshalb *„nie in eine Beratungsstelle gehen". „Niederschwellige Angebote fehlen"* (alle Beratungsstelle, Stadt) oder sie sind, wie oben bereits erwähnt, besonders für diese jungen Menschen zu intellektuell, weshalb eine Lehrerin angab, sie *„habe noch niemanden zu pro familia oder zur Schwangerschaftskonfliktberatung geschickt. Das würden die möglicherweise gar nicht annehmen."* (Schule, Stadt) Das Zugehen auf Problemgruppen und die Inanspruchnahme von Hilfeangeboten durch Lehrkräfte als Vertrauensperson fand bisher keine oder eine zu geringe Beachtung.

Jugendliche Schwangere müssen aktiv informiert werden

Wie sollte Beratung deshalb heutzutage aussehen? *„Nicht die Jugendlichen müssen zu uns kommen, sondern wir sollten zu ihnen hingehen"* (Jugendhilfe, Stadt), war eine Einschätzung. Sinnvoll seien Informationsveranstaltungen, mit deren Hilfe sowohl die Institution bzw. Fachkraft an sich vorgestellt werden könnte, aber auch Hilfe- und Beratungsangebote bedarfsgerecht bekannt gemacht werden könnten. Denn *„irgendwelche bunten Flyer, das bringt meist gar nicht viel"* (Medizin, Stadt), wie auch die Einschätzungen der ExpertInnen über das Wissen der Jugendlichen zu den Hilfe- und Beratungsangeboten gezeigt haben. *„Die Hemmschwelle, sich hier anzumelden, ist bestimmt zu groß."* (Beratungsstelle, Stadt) Diese Hemmschwelle zu überwinden ist ein großes Problem für Jugendliche, die im Vorfeld ihrer Schwangerschaft nicht oder kaum mit Behörden und Ämtern Kontakt hatten. Über die Vernetzung mit sozialpädagogischen Fachkräften in der unmittelbaren Umgebung der Jugendlichen können z. B. durch das persönliche Vorstellen in den Schulen oder wahlweise das Einladen von Schulklassen in die Einrichtungen Hemmschwellen abgebaut und Informationslücken geschlossen werden: *„In Schulen oder Ausbildungseinrichtungen z. B. müsste doch noch mehr auf die Schwangeren zugegangen werden, damit den jungen Frauen bekannt wird, welche Hilfen möglich sind. Für die ganz jungen Frauen ist es ja doch ein bisschen schwierig, die Angebote wahrzunehmen, weil sie im Leben sowieso erst mal suchen müssen, wie sie zurechtkom-*

men. Sie wissen über Angebote nicht so gut Bescheid und fragen sie auch nicht nach." (Beratungsstelle, Land) In diesem Zusammenhang müssen Begriffe wie „Heim" oder „Beratungsstelle" entstigmatisiert werden, denn *„alles, was mit Beratung zu tun hat, ist etwas, was noch hoch tabuisiert ist. [...] Und viele Familien vertreten den Standpunkt. Und dann ist es für einen Jugendlichen, der minderjährig ist, besonders schwierig, sich gerade gegen solche Standpunkte zu stellen."* (Beratungsstelle, Stadt). Es ist daher wichtig, *„für die Eltern sag ich mal da ein bissel Aufklärung zu betreiben [...] dann wenden sich vielleicht auch Eltern an solche Stellen."* (Jugendhilfe, Stadt) Aufklärung ist essentiell; es sollte den Jugendlichen als eine Selbstverständlichkeit vermittelt werden, dass Hilfe suchen und annehmen kein Zeichen von Schwäche oder Bevormundung ist, sondern eine Möglichkeit und Chance, in einer schwierigen Lebenssituation die optimale Lösung für sich und das ungeborene Leben zu finden. Eine große Verantwortung kommt dabei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten zu. Die Auskunft des Arztes bzw. der Ärztin wird allgemein als extrem wichtig bewertet im Sinne von „Der Arzt hat gesagt ..." und somit der Einfluss auch bei Teenagern als sehr hoch eingeschätzt. Ein Vorschlag wäre eine Verknüpfung von sozialer und medizinischer Beratung, *„dass es in den Mutterpass mit eingetragen wird, so wie Geburtsvorbereitung einfach angekreuzt wird, wenn drüber beraten worden ist [...] Das als Normalität hinzustellen und als wirkliches Hilfeangebot. Die Gynäkologen haben den Schlüssel in der Hand."* (Beratungsstelle, Land)

Es fehlen spezielle Beratungen für die Zeit nach der Geburt

Ein weiterer Vorschlag richtet sich auf die Zeit nach der Geburt. Wenn das Kind entbunden wurde, könnte eine Art Mütterberatung (Mütterzentren, Mutter-Kind-Kreis) eine Gelegenheit sein, *„wo man die Mädchen regelmäßig bestellt, wo sie ihre Sorgen loswerden, wo sie über alles reden können."* (Beratungsstelle, Land) Der Zeitfaktor spielt dabei eine große Rolle, denn ausführliche Beratung fehlt häufig gerade in der medizinischen Betreuung. Im Rahmen der Mütterberatung könnte die Chance für Großeltern und Großmütter bestehen, sich adäquat in die Familiendynamik zu involvieren, *„denn sie müssen ja auch lernen, damit umzugehen. Dort passiert überhaupt noch nichts."* (Schule, Land) Die Schulsozialarbeiterin, von der das vorausgehende Zitat stammt, sprach im Interview Probleme an, die sich auf die neuen Rollenkonflikte der werdenden Großmütter bezogen: *„Dieses damit umgehen fällt auch vielen schwer. [...] Da kann ja eine Psychologin kommen oder jemand von einer Schwangerenberatungsstelle und was können wir tun, um zu helfen."* Damit könnten in Zukunft Fälle wie diese die unvermeidbare Ausnahme bleiben: *„Kriegen dann vielleicht irgendwo ein Kind und waren noch bei gar keiner Beratung."* (Beratungsstelle, Stadt)

4.3 Vernetzung der Einrichtungen

Austausch und Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen sind wichtige Grundlagen für eine optimale Betreuung der minderjährigen Schwangeren, weshalb 92 % (n=46) der befragten Institutionen eine bestehende Kooperationstätigkeit angaben. *„Wir arbeiten also mit vielen Stellen zusammen, dadurch, dass wir auch eine Beratungsstelle sind mit vielen verschiedenen Bereichen, also wir haben noch die Erziehungsberatung, Ehe- und Lebensberatung, auch Schuldnerberatung, Betreuung psychisch-chronisch Kranker, Aussiedlerberatung, also ein breites Spektrum. Da haben wir zu ganz vielen Institutionen gute und kurze Kontakte."* (Beratungsstelle, Land); und: *„Wir haben da eine gute Zusammenarbeit, weil das alles in einem Haus ist. Das ist der Vorteil. Dass wir auch zum ASD [Allgemeinen Sozialen Dienst] die guten Kontakte haben und wissen, wer da der Ansprechpartner ist."* (Beratungsstelle, Land) Vier InterviewpartnerInnen gaben an, nicht mit anderen Einrichtungen zusammenzuarbeiten, eine Mitarbeiterin einer Förderschule, eine Hebamme und zwei Gynäkologinnen.

Tabelle 17: **Arbeiten Sie mit anderen Einrichtungen zusammen?**

	Nennungen	Angaben in %
Abteilungen des Jugend- und Sozialamtes: ASD, SPFH, Vormundschaft, Adoptionsvermittlung	27	58,7
Beratungsstellen: Erziehungs-, Schwangeren-, Schuldner-, Suchtberatung, Mutter-Kind-Zentren, SPZ	23	50,0
ÄrztInnen (GynäkologInnen, KinderärztInnen, PsychiaterInnen)	22	47,8
Arbeitskreise und Institutionen mit gleichem Arbeitsauftrag	16	34,8
Schulen und Ausbildungsstätten	15	32,6
Ämter (v. a. Arbeitsamt), Bürgeramt	13	28,3
Kliniken, Entbindungsstationen	12	26,1
Hebammen	11	23,9
Mutter-Kind-Heime, Kinderheime	9	19,6
Krankenkassen	6	13,0
Gerichte, JuristInnen	5	10,9
PsychologInnen	3	6,5
Nein	4	8,7

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften Sachsen" 2004. N=50, n=46, 166 Nennungen

Eine gute Zusammenarbeit wird von vielen der Befragten angegeben (Tabelle 17), doch wie gestaltet sich die Vernetzung? Finden regelmäßige Zusammenkünfte und Austausche statt und wenn ja, worin werden die Vorteile im Gegensatz zu sporadischen, situationsbedingten Treffen gesehen? Die Antworten dazu finden sich in Tabelle 18:

Tabelle 18: **Gibt es regelmässige Treffen und gemeinsame Aktivitäten zum Erfahrungsaustausch?** (mit Erläuterungen, soweit angegeben)

Das Aufgabengebiet der Einrichtungen ist:				Befragte Einrichtungen und Personen			
ja	ähnlichen	abweichenden	ähnlichen und abweichenden		nein	wäre aber nützlich	nicht erforderlich
17	11	1	4	Beratungsstelle	6	3	–
2	–	1	1	Jugendamt	4	1	–
2	–	1	1	M-K-Heim	1	–	–
1	–	1	–	Kliniksozialdienst	2	–	2
1	–	–	–	Jugendnotdienst	1	–	–
2	2	–	–	Förderschule	1	1	–
1	1	–	–	Berufsschule	2	1	–
–	–	–	–	Gynäkologe	3	1	–
3	2	1	–	Hebamme	1	–	1
29	16	5	6	Gesamt	21	7	3

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften Sachsen“ 2004. N=50, 87 Nennungen

Über die Hälfte (knapp 3/5) der Befragten gab an, dass regelmäßige Zusammenkünfte sowohl mit Einrichtungen aus ähnlichen Arbeitsfeldern stattfinden als auch mit Institutionen anderer Tätigkeitsfelder. Vor allem Beratungsfachkräfte finden sich kontinuierlich zusammen mit Kolleginnen aus anderen Beratungsstellen in Form von gemeinsamen Supervisionen, Arbeitskreisen, Fachgruppen und Arbeitstreffen – um nur einige der beschriebenen Aktivitäten zu benennen. Und selbst dort, wo es diese Treffen nicht gibt, wird deren Nützlichkeit erkannt: *„Aber ich würde solche regelmäßigen Treffen sehr begrüßen, das ist etwas, was uns sehr fehlt.“* (Beratungsstelle, Land); und: *„[Dass] man sich vielleicht halbjährlich oder einmal im Jahr trifft und sagt, o.k. uns gibt es und wir machen die und die Erfahrungen, welche macht ihr?“* (Medizin, Stadt) Dass dafür kein Bedarf besteht, meinten zwei von drei Interviewpartnerinnen aus Kliniksozialdiensten.

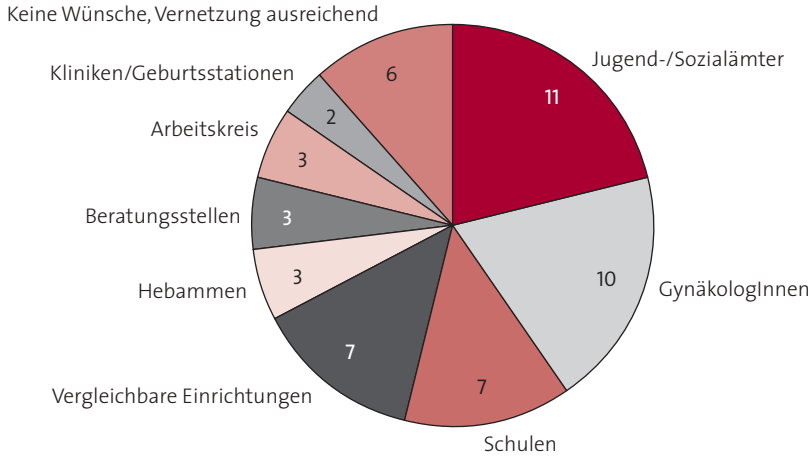
Kooperation erhöht die Qualität des Betreuungs- und Hilfeangebots

Worin sehen die Befragten die Vorteile einer kontinuierlichen Kooperation? *„Wir müssen uns unsere Informationen, Gesetzesänderungen usw. alles selbst erarbeiten."* (Beratungsstelle, Land) – diesen Arbeitsaufwand einzudämmen, geben 16 Befragte als den größten Nutzen an. Der Informations- und Erfahrungsaustausch über den neusten Stand der sozialrechtlichen Regelungen ist deshalb entscheidend, *„weil man in jedem Gespräch mit anderen etwas erfährt, was wichtig ist. Manches wird aufgefrischt, manches ist sogar neu."* (Beratungsstelle, Land) Dieser Gewinn an Informationen wird vorrangig von Befragten aus dem ländlichen Raum gesehen. Aber nicht nur sie erkennen den Vorteil, der aus dem Erfahrungsaustausch resultiert, wie zwölf der insgesamt 50 Nennungen belegen: *„Es bringt einen großen Bonus für unsere Klientel, wenn wir mit den Ämtern gut zusammenarbeiten." „Es gibt dem Jugendlichen ein breiteres Spektrum zu wissen, wo man sich hinwenden kann, also die Eigenständigkeit zu fördern."* (beide Beratungsstelle, Land) Neben den bestmöglichen Betreuungs- und Hilfeangeboten wird der Kenntnisgewinn über die Arbeitsweise sowohl von angrenzenden Aufgabenfeldern (7 Nennungen), maßgeblich von Befragten aus dem städtischen Raum, als auch von vergleichbaren Bereichen genannt (6 Nennungen): *„Mal zu hören, wie das anderswo läuft, wie die Probleme dort gelagert sind, wie die Berater dort reagieren."* (Beratungsstelle, Land) Letzteres wird vorrangig von Befragten aus dem ländlichen Raum angegeben, was sich mit der Aussage über die Art der regelmäßigen Treffen deckt. Zusätzlich kann die beratende bzw. betreuende Fachkraft an kompetente Ansprechpartner weitervermitteln (6 Nennungen), denn *„jeder hat sein Spezialgebiet und kann auf eine andere Art helfen"* (Medizin, Land). Zugleich wird die eigene Einrichtung mit den angebotenen Hilfen besser bekannt gemacht (3 Nennungen).

Vernetzung findet meist mit Fachkräften aus dem gleichen Arbeitsbereich statt – gewünscht wird eine bessere interdisziplinäre Zusammenarbeit

Bei den in Tabelle 18 aufgeführten elf Beratungsstellen, deren Mitarbeiterinnen sich regelmäßig mit Einrichtungen mit einem ähnlichen Aufgabengebiet treffen, handelt es sich ausnahmslos um Beratungsfachkräfte aus dem ländlichen Raum. Insgesamt erfolgt der Austausch noch am ehesten mit Fachkräften aus dem gleichen Arbeitsbereich – was der Vielschichtigkeit der Thematik Teenager-Schwangerschaft nicht gerecht wird. Daher ist es nicht verwunderlich, dass der Wunsch nach einer verbesserten bzw. erweiterten Vernetzung zur Sprache gebracht wurde.

Abbildung 14: **Einrichtungen, mit denen eine bessere/erweiterte Vernetzung gewünscht wird**



Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften Sachsen" 2004. N=50, n=39, 52 Nennungen

An erster Stelle stand die Aussage: *„Mit dem allgemeinen sozialen Dienst könnte ich mir teilweise eine bessere Zusammenarbeit vorstellen."* (Jugendhilfe, Stadt) Eine verstärkte Zusammenarbeit mit Jugend- und Sozialämtern wurde von allen ExpertInnen gewünscht, am häufigsten im städtischen Raum. Alle drei befragten Gynäkologinnen verneinten den regelmäßigen Erfahrungsaustausch zum Thema Teenager-Schwangerschaften. Dieses Defizit wird offensichtlich auch auf Seiten der Beratungsfachkräfte gesehen, denn sieben ExpertInnen wünschten sich *„mehr Zusammenarbeit mit den Ärzten"* (Beratungsstelle, Land). *„Manchmal würde ich mir auch wünschen, mit den Gynäkologen ein Rundtischgespräch zu haben, wo man auch viele Dinge mal ansprechen kann."* (Beratungsstelle, Stadt) Es handelt sich hierbei ausschließlich um Beratungsfachkräfte. *„Ein Optimalfall wäre, wenn in der Region ich z. B. mit Ärzten regelmäßigen Kontakt hätte oder wenn ich mit den Mitarbeitern des Sozialamtes einen festen Termin hätte, [...] wo ich mich mal mit denen unterhalten könnte, wie wir das alles koordinieren."* (Beratungsstelle, Land) Als weitere Institutionen wurden Schulen, v. a. im ländlichen Raum, und ähnliche Einrichtungen genannt. Weitere Befragte könnten sich eine (bessere) Vernetzung mit Hebammen und Beratungsstellen und einen Arbeitskreis mit allen vom Thema Betroffenen vorstellen, ebenso wie einen Austausch mit den Kliniken und Geburtsstationen. Sowohl im ländlichen als auch im städtischen Raum gab es ExpertInnen, die keine Verbesserungsvorschläge hatten und meinten, die Zusammenarbeit sei so, wie sie gerade sei, in Ordnung.

5 Lebenssituation der jugendlichen Schwangeren

Ein inhaltlicher Schwerpunkt der Interviews bezog sich auf die Lebenssituation der jungen schwangeren Frauen. Die im folgenden Kapitel dargestellten Ergebnisse sind daher Fremdeinschätzungen aus dem Blickwinkel beratender und betreuender Personen. Sie beschreiben die „Wahrnehmung" der Lebenssituation der jugendlichen Schwangeren durch Angehörige unterschiedlicher Berufsrichtungen. Dies muss bei der Interpretation der Aussagen stets mitbedacht werden, die in diesem Sinne als „Erfahrungswissen" von professionell Tätigen zu werten sind. Die unmittelbare Lebenssituation aus der Sicht der jungen Schwangeren wurde in der vorliegenden Untersuchung nicht erfasst.

5.1 Herkunftsfamilien und -schichten

Auf die offen formulierte Frage „Was können Sie zu den Herkunftsfamilien der jungen Frauen sagen?" erhielten wir überwiegend Antworten zu Milieu und sozialer Schicht. *„Sie kommen aus allen sozialen Schichten"* (Beratungsstelle, Land), war die häufigste und spontanste Antwort, insbesondere der Beratungsfachkräfte. Ein Großteil der Befragten relativierte diese Aussage im Anschluss und stellte die Herkunftsfamilien differenzierter dar und verwies auf bestehende soziale Problemlagen. Einige Zitate aus dem Jugendhilfebereich:

„Es sind oft Familien, wo eine gewisse soziale Kompetenz bei den Kindern nicht entwickelt werden konnte." (Beratungsstelle, Stadt)

„Es gibt keine für die Kinder erkennbaren Regeln, Normen und Werte, an denen sich die Kinder orientieren können." (Jugendhilfe, Stadt)

„Es passiert in ganz normal bürgerlichen Familien. Aber die meisten minderjährigen Schwangeren kommen aus einem Milieu, die selbst schon Defizite aufweisen. Wenig Bildung, wenig Zuneigung, selbst in der eigenen Kindheit. Problembehaftete Familien. Meistens kinderreiche Familien. Alkoholiker. Die meisten Eltern haben keine Arbeit. Das sind oft Familien, wo schon die Eltern in der Jugendhilfe waren und das zieht sich wie ein roter Faden. Meistens fehlt der Vater. Häufig hat die Großmutter dann auch mehrere Partner gehabt und Kinder wieder von anderen Partnern." (Jugendhilfe, Land)

Wie sich die Angaben der Beratungsfachkräfte von den Antworten der anderen Professionellen aus Jugendhilfe, Pädagogik und Medizin unterscheiden bzw. inwieweit die unterschiedlichen Zugänge zu den Jugendlichen in der Wahrnehmung der sozialen Hintergründe der minderjährigen Schwangeren eine Rolle spielen, zeigt Tabelle 19:

Tabelle 19: Einschätzungen zur Spezifik der Herkunftsfamilien differenziert nach Einrichtungen

Herkunftsfamilie (zusammengefasste Gruppen)	Beratungs-stellen (n=23)	Jugendhilfe, Schulen, Medizin (n=27)	gesamt
Alle Schichten	14	8	22
Mittel- und gehobene Mittelschicht, „behütete" Familien	9	9	18
Unteres soziales Milieu allgemein: Sozialhilfe, finanzielle Notlage, geringe Bildung	4	18	22
Problemfamilien speziell: unvollständige Familien, Alkohol und Gewalt, gestörte Mutter-Tochter-Beziehung, Arbeitslosigkeit der Eltern	7	11	18
Heimkinder, Pflegefamilien	1	3	4
Teenagermutter als Familientradition, Vorbildwirkung der Mutter	3	3	6
Kinderreiche Familien	2	7	9
Keine Aussage möglich	1	1	2
Gesamt	41	60	101

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften Sachsen" 2004. N=50, 101 Nennungen

Der in der einschlägigen Literatur häufig geschilderte Fall von emotional und sozial deprivierten jugendlichen Schwangeren[76] lässt sich auch in den Äußerungen der befragten ExpertInnen wiederfinden, auch wenn immer wieder betont wird, dass alle sozialen Milieus betroffen sind. Dass in den Beratungsstellen häufiger die Herkunft „aus allen sozialen Schichten" angegeben wird, lässt sich aus der unterschiedlichen Aufgaben- und Klientenstruktur erklären. Minderjährige Schwangere, die eine Beratungsstelle aufsuchen, kommen eben wirklich aus allen sozialen Schich-

76 Vgl. z. B. Garst (2003), S. 24

ten, während (sozial-)pädagogische Fachkräfte speziell mit benachteiligten Kindern und Jugendlichen arbeiten und für die Befragung auch gezielt ausgewählt wurden.[77] Lediglich die Antworten der zehn Einrichtungen bzw. Personen aus dem medizinischen Bereich (Hebammen und GynäkologInnen) und dem Kliniksozialdienst, die von allen minderjährigen Schwangeren frequentiert werden, geben ein unabhängigeres Bild, da sie mit allen Gruppen Kontakt bekommen und nicht nur mit denen, die sich in einer sozialen Problemlage befinden (Tabelle 20):

Tabelle 20: **Einschätzungen zur Herkunftsfamilie der minderjährigen Schwangeren – medizinischer Bereich**

Niedrige soziale Schicht	8	Gehobenes Milieu	4
Kinderreiche Familie	4	Teenager-Schwangerschaft als Familientradition	3
Problemfamilie	2	Kein Schichtunterschied (alle Schichten)	4

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften Sachsen" 2004. N=50, n=10, 25 Nennungen

In der Gesamtbefragung traten mehrfach Hinweise auf, dass es sich um Familien handelt, *„wo viele Kinder in der Familie leben und wo es dann auf ein Kind mehr oder weniger auch nicht mehr ankommt."* (Jugendhilfe, Stadt) Insgesamt sechs Befragte aus allen Bereichen vermerkten, dass die Großmütter auch noch sehr jung sind: *„Wo die Mutter vielleicht selber früh ihr Kind gekriegt hat."* (Medizin, Stadt) Zwei BeraterInnen aus der Stadt und eine aus der ländlichen Gegend berichten über die Erfahrung, dass sich junge Frauen aus gebildeten Schichten im Gegensatz zu ihren Altersgenossinnen aus unteren sozialen Schichten häufiger für den Schwangerschaftsabbruch entscheiden.

5.2 Verhältnis zum sozialen Umfeld

Wesentlich für die Problem- und Lebensbewältigung minderjähriger Schwangerer ist die Einbindung in das unmittelbare soziale Umfeld, d. h. vor allem die Herkunftsfamilie als potentiellen Kreis der Menschen, die Hilfe und Unterstützung bieten können. Zudem haben die Eltern der jungen Frauen die gesetzliche Verantwortung für ihre minderjährige schwangere Tochter und spielen damit ohnehin eine wichtige Rolle bei der Bewältigung der neuen Lebenssituation. Es ist daher

77 In den Jugendämtern z. B. wurden die Gespräche vorrangig mit Mitarbeiterinnen des Allgemeinen Sozialdienstes geführt, die im Gegensatz zum Bereich Vormundschaft speziell auf benachteiligte Familien eingehen. Dabei muss bedacht werden, dass jede minderjährige Mutter den Weg über die Abteilung Vormundschaft im Jugendamt gehen muss.

von besonderer Bedeutung, wie die Familien der jungen Frauen auf die Schwangerschaft reagieren und welche Hilfen das familiäre Netz bieten kann (Tabelle 21).

Tabelle 21: **Wie gestaltet sich das Verhältnis zwischen der Familie und den Jugendlichen während und nach der Schwangerschaft?**

Positiv	48
Hilfe und Unterstützung durch die Großeltern	34
Positive Entwicklung hin zu Freude und Akzeptanz von Seiten der Großeltern	14
Negativ	40
Bevormundung durch die Großeltern	12
Wunsch nach Abstand von Seiten der Tochter	11
Ablehnung der Tochter von Seiten der Großeltern	15
Beziehung trotz positiver Tendenzen von Überforderung geprägt	2
Neutral	22
Keine Veränderungen im Beziehungsgefüge	9
Keine Aussage möglich	13

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften Sachsen" 2004. N=50, 110 Nennungen

Von den insgesamt 110 Aussagen bewerten 48 das Verhältnis zwischen Familie und den Jugendlichen positiv, wie die folgenden beiden Aussagen zeigen: *„In der Regel ist es so, dass die erst mal in der Familie verbleiben und erst mal ihre Ausbildung oder Schule zu Ende führen und dass es mit der Unterstützung der Eltern gut geht."* (Beratungsstelle, Land); und: *„Es ist ein ganz enges Hilfesystem. Bei manchen habe ich den Eindruck, die wachsen mit ihrem eigenen Kind wie in einem Geschwisterverhältnis auf, dass die Mutter doch noch der übergeordnete Faktor ist."* (Medizin, Land) Obwohl allgemein nach dem Verhältnis zur Herkunftsfamilie gefragt wurde, dominiert nach den Angaben der Befragten die Mutter der Schwangeren im Hilfesystem. Sie nimmt eine wichtige Rolle ein, indem sie bei der Betreuung des Kindes hilft oder der minderjährigen Schwangeren bzw. Mutter ein Zuhause bietet.

Die Reaktionen auf die Schwangerschaft können jedoch genauso negativ ausfallen. Es gibt *„Familien, wo die Eltern sich selbst noch mal ein Stück Jugend zurückholen wollen und ihr Enkelkind einverleiben als ihr eigenes und die Mutti eigentlich außen vor lassen."*; und *„Omas, die über die Tochter herziehen, dass sie das Kind nicht richtig erzieht."* (beide Jugendhilfe, Land) Die InterviewpartnerInnen berichteten von Töchtern, *„wo die Schwangerschaft dafür gebraucht wurde, um endlich klar zu sein: ‚Ich will hier raus'."*, und *„Eltern, die ihre Kinder vor die Tür setzen in der Situation."* (beide Beratungsstelle, Stadt)

Bevormundung, Einmischung, Annektieren des Enkelkindes, negativ belegte Abhängigkeit, der Wunsch nach Abstand vom familiären Umfeld, der Wille nach Abgrenzung und Ablösung mit dem Versuch der eigenständigen Konfliktlösung z. B. mit Hilfe einer Mutter-Kind-Einrichtung, Ablehnung der minderjährigen Schwangeren, die Schwangere im Stich lassen und vollkommener Abbruch der Beziehung umfasst der Katalog an möglichen negativen Entwicklungen, von denen unsere InterviewpartnerInnen berichteten. Ein völliger Bruch mit der Herkunftsfamilie wird von den Expertinnen aus Beratungsstellen seltener, von Fachkräften der Jugendhilfe hingegen häufiger berichtet.

Wenn das Kind geboren ist, verändert sich das Familienklima häufig zum Positiven

Die vielfach genannten positiven Effekte, die eine Schwangerschaft auf das Eltern-Tochter-Verhältnis haben kann, entsprechen nicht dem Bild des problematischen Elternhauses, das bei vielen Jugendlichen beschrieben wird. Offensichtlich vollzieht sich laut Aussagen der ExpertInnen häufig eine positive Entwicklung: *„Wenn das Enkelkind dann da ist, sind die Großeltern kaum noch zu halten. Vorher war es sehr angespannt."* (Jugendhilfe, Land) Antworten wie diese beschreiben ein Verhältnis, das im Vorfeld der Schwangerschaft von Konflikten und Diskrepanzen bestimmt war oder nicht existierte und das sich im Laufe der Schwangerschaft bzw. mit der Geburt des Kindes positiv entwickelte, indem die minderjährige Mutter Akzeptanz, Freude und Unterstützung erfuhr. Weniger häufig wurde berichtet, dass sich entweder nichts durch die Schwangerschaft veränderte oder dass der seltene Fall auftrat, dass die Beziehung trotz anfänglicher positiver Tendenzen im weiteren Verlauf an Überforderung scheiterte.

Kontakte ausserhalb der Herkunftsfamilie sind wichtig

Neben der Familie sind MitschülerInnen, FreundInnen und Bekannte wichtige Kontakt- und Unterstützungspersonen für jugendliche Schwangere. Gleichaltrige bieten Chancen für eine neue Orientierung und geben Halt außerhalb der Herkunftsfamilie. Wie sich das Beziehungsgefüge durch die Schwangerschaft verändern kann, zeigt Tabelle 22:

Tabelle 22: **Wie gestaltet sich das Verhältnis zum sozialen Umfeld*?**

Positiv	22
Integration, Toleranz, Unterstützung	18
Bewunderung	4
Negativ	18
Verringerung des Freundeskreises	11
Verlust des Freundeskreises	7
Neutral	19
Neue Freunde/Kontakte	11
Keine Freunde	2
Keine Aussage möglich	6

* FreundInnen, Bekannte, MitschülerInnen

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften Sachsen" 2004. N=50, n=44, 59 Nennungen

Hilfreiches, solidarisches und tolerantes Verhalten überwiegt, die jungen Frauen sind in Cliquen und Freundeskreisen integriert, teilweise *„steht man im Mittelpunkt mit der Schwangerschaft und ist interessant"* (Schule, Land), wird bewundert. *„Es gibt viele Jugendliche, die Freunde und Bekannte haben, die sich auch mal um das Kind kümmern, die sich gegenseitig unterstützen."* (Jugendhilfe, Land)

Kontakte zu anderen minderjährigen Müttern sind eine Alternative zum bestehenden Freundeskreis

Die Möglichkeit, mit Hilfe der Schwangerschaft insbesondere neue Kontakte zu anderen minderjährigen Müttern zu knüpfen, bietet eine Alternative zum bisherigen Freundeskreis. *„[Oft ist es so], dass die erste Zeit die Kontakte schon noch da sind, weil das Kind neu und niedlich ist. Wenn sie aber merken, dass Einschnitte da sind, sie verzichten müssen, bricht der Kontakt meistens weg. Da kommt von außen nicht mehr viel, kaum noch Besuche. Die Gemeinsamkeiten fehlen und es gibt Unterschiede in der Entwicklung."* (Beratungsstelle, Land) Die Beobachtung, dass sich die anfängliche Begeisterung für die junge Mutter im Laufe der Zeit ändert, dass sich nur noch wenige, gute Freundinnen und Freunde melden und der Freundeskreis aufgrund unterschiedlicher Interessen wegbricht, beschreibt ca. ein Drittel der befragten Fachleute. In diesem Fall ist der Kontakt zu anderen minderjährigen Müttern oftmals die einzige Möglichkeit, nicht der sozialen Isolation ausgesetzt zu sein: *„Hier in [...] haben wir den ganz speziellen Fall, dass sich die jungen Mütter – ich weiß nicht, ob das abgesprochen ist – treffen und sich gegenseitig helfen. Die treffen sich auf der Straße oder auch mal in der Wohnung, tauschen sich aus usw. Dass eben keine*

soziale Isolation stattfindet, sondern dass eher es ganz positiv ist. Helfen sich auch bei Erziehungsfragen." (Beratungsstelle, Land) Gleichzeitig können Freundinnen und Mitschülerinnen auch eine Vorbildwirkung haben, denn bei den sozial Schwachen sind es *„ja sehr viele Gleichaltrige, die auch Kinder haben."* (Beratungsstelle, Land) Somit ist es für einige Beratungsfachkräfte keine Seltenheit, wenn sie hören, *„meine Freundin hat auch schon ein Kind"* (Beratungsstelle, Land) oder Fälle haben wie diesen: *„Ein Mädel, was ich jetzt da habe, die will im Grunde ein Kind, weil ihre Freundin Zwillinge hat."* (Beratungsstelle, Stadt)

5.3 Angestrebter Schulabschluss

Hinweise auf die Schichtzugehörigkeit der jugendlichen Schwangeren finden sich auch bei den Angaben zur schulischen Bildung bzw. dem angestrebten Schulabschluss der jungen Frauen. *„Ein Teil hat gar keinen Schulabschluss; ein großer Teil, wenn überhaupt, Hauptschulabschluss, aber mehr keinen Schulabschluss. Ein Teil hat angefangen mit dem BVJ [Berufsvorbereitendes Jahr], einige haben eine Ausbildung angefangen. Also ohne Schulabschluss, würde ich sagen, sind 70 %."* (Jugendhilfe, Land)

Niedrige Bildungs- und Ausbildungswege überwiegen

Nach mehrheitlicher Einschätzung der Fachleute sind jugendliche Schwangere meistens Haupt- und Förderschülerinnen, Schülerinnen im Berufsvorbereitenden Jahr sowie Jugendliche ohne Abschluss, die ihre Ausbildung abgebrochen oder lediglich ein Abgangszeugnis erhalten haben (Tabelle 23).

Tabelle 23: Angestrebter Schulabschluss/besuchter Schultyp

Kein/niedriger Abschluss, darunter:	26
zusammengefasst niedrige Bildung und schlechte Schulleistung	11
Ausbildung abgebrochen, Abgangszeugnis	3
Hauptschule	6
Förderschule	5
Berufsvorbereitendes Jahr	1
Realschule	6
Alle Schultypen	5

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften Sachsen" 2004. N=50, n=35, 37 Nennungen

Ein kleiner Teil der Befragten (darunter vier Mitarbeiterinnen von Beratungsstellen) konnte keine Typisierung nach spezifischen Schulabschlüssen vornehmen, weil nach ihrer Erfahrung alle Schultypen vertreten sind. Der Realschulabschluss als Bildungsweg der jungen Frauen wurde nur sechsmal genannt, der Gymnasialabschluss blieb unerwähnt. In der Wahrnehmung der befragten ExpertInnen sind minderjährige Schwangere *„oftmals Mädchen, die Probleme im Elternhaus haben, die Probleme in der Schule haben, die sich verweigern, ja die von zu Hause weglaufen und schon Jahre auf der Straße gelebt haben, die gering belastbar sind, wenig motivierbar“.* Eine ähnliche Aussage: *„Lapidar würde ich sagen, es sind die geistig nicht so Fitten. Das hängt aber eher mit dem Umfeld zusammen, die weniger Geförderten, die in den Tag hinein leben, die nicht so den Rückhalt in der Familie haben, [wo] nicht so auf Schule und Ausbildung geguckt wird, oftmals 5./6. Klasse abgebrochen, Schulbummelei – die werden eher schwanger.“* (beide Jugendhilfe, Stadt)

5.4 Förderschülerinnen

Nach den Ergebnissen einer aktuellen Studie zur „Lebenssituation behinderter Kinder und Jugendlicher in Sachsen“[78] lebten von den befragten Kindern und Jugendlichen ausschließlich Förderschülerinnen bereits mit einem oder mehreren eigenen Kindern zusammen.[79] Weitere Hinweise auf die besondere Lage und den Hilfebedarf dieser Gruppe von minderjährigen Schwangeren können aus den Interviews mit vier sonderpädagogischen Fachkräften in unserer Untersuchung gewonnen werden. Die wesentlichen Aussagen dieser vier ExpertInnengespräche werden im Folgenden vorgestellt.

Förderschülerinnen sind überproportional unter den jugendlichen Schwangeren vertreten

Eine Befragte berichtete bereits im Vorfeld des Interviews von neun minderjährigen Schwangeren bei insgesamt 150 Schülern eines Kursus des Berufsvorbereitenden Jahrs und erläuterte dazu: *„Auf einen Jahrgang finde ich das sehr viel.“* Als Erklärung für eine solche Entwicklung werden von den Fachkräften verschiedene Ursachen benannt.

An erster Stelle steht die Tatsache des Förderbedarfs selbst, d. h., altersgerechte intellektuelle und kognitive Fähigkeiten sind nur ungenügend ausgeprägt und bedürfen einer besonderen schulischen Förderung. Ein Vertrauenslehrer formuliert es so:

78 Michel, Riedel, Häussler-Sczepan (2003), S. 35

79 Nach einer nicht publizierten Sonderauswertung der Daten zur Studie „Lebenswelten behinderter Kinder und Jugendlicher in Sachsen“ handelt es sich hierbei um sechs junge Frauen (0,4 % der Gesamtstichprobe) im Alter von 14 bis 19 Jahren, jedoch wurde nicht nach dem Alter der Kinder gefragt.

„Unsere Schüler sind emotionaler, d. h. sie kompensieren mangelnden Intellekt durch übertriebene Emotionen. Sie entscheiden vieles aus dem Bauch heraus." Eine Sozialarbeiterin spricht von *„unteren Intelligenzgraden"*, eine weitere betont: *„Die haben ganz andere Gedankengänge"* und *„Die einfachsten Sachen wissen die nicht."* Diese emotionale und kognitive Besonderheit äußert sich sowohl im Umgang mit Sexualität als auch mit der Schwangerschaft.

Die jungen Frauen suchen Aufmerksamkeit und verstehen sexuelles Werben als Liebe. Sie haben häufige Partnerwechsel und machen sich wenig Gedanken, wenn sie Geschlechtsverkehr haben. Nicht selten kommt es vor, dass die Partizipation und Verantwortlichkeit der Kindesväter an der Schwangerschaft abgelehnt und gesagt wird: *„Der, der oder der hätte es auch sein können."*

Das Wissen über den eigenen Körper ist defizitär

Mangelndes Wissen über den eigenen Körper hat Konsequenzen für das Verhütungsverhalten. Das zeigt sich darin, *„dass unsere Mädels wirklich nicht mal richtig über die Menstruation, also über die Regelmäßigkeit und, und, und, Bescheid wissen"*. Wirkungsvolle Verhütung setzt jedoch die konsequente Anwendung von Kontrazeptiva (insbesondere orale Verhütungsmittel) voraus. Öfters komme es vor, *„dass die Mädchen völlig ahnungslos sind, was Schwangerschaftsanzeichen betrifft"*, […] *„weil sie ihren Körper nicht kennen und somit nicht wissen, dass sie schwanger sind"*. Die Mädchen wissen nicht, was es bedeuten könnte, wenn die Regel ausbleibt oder wenn ihnen übel ist. Sie haben eine *„ganz dubiose Vorstellung von Schwangerschaft"*, sie kennen sich und ihre Umwelt zu wenig.

Dass sie viel zu spät Hilfe suchen, führt unweigerlich zur unzureichenden Herausbildung eines Verantwortungsgefühls dem eigenen Körper und dem ungeborenen Leben gegenüber: *„Denen ist das vielleicht gar nicht so bewusst, dass wir ihnen hätten helfen können im Vorfeld mit der ganzen Schwangerschaftsproblematik."* Eine Lehrerin *„interessiert sehr, dass die Mädchen ein ganz, ganz leises Stück Ahnung davon bekommen, dass sie schon in der Schwangerschaft und damit überhaupt für einen anderen Menschen verantwortlich sind"*. Sie versucht z. B. die Schädlichkeit des Rauchens bildlich zu erklären. Risikoverhalten wie Rauchen in der Schwangerschaft ist nicht untypisch bei Minderjährigen: *„Die haben Sport mitgemacht, Stepptanz. [...] die rauchen normal weiter, die essen oder essen nicht. Für die hat sich eigentlich nichts geändert."* Die jugendlichen Schwangeren wollen leben wie vorher auch – gerade Heranwachsende stellen ihre Bedürfnisse ungern zurück, teilweise sind sie auch nicht in der Lage dazu: *„Für die ist eine Schwangerschaft nichts Besonderes. Ich glaube, die gehen so etwas von unproblematisch an die Schwangerschaft heran ..."*

Schwangerschaft als Kompensation mangelnden Selbstbewusstseins

Weitere Punkte, die alle vier Befragten aus dem Förderschulbereich ansprachen, sind die Ursachen, die hinter einer Schwangerschaft stehen und die Auswirkungen, wie sie das Mädchen erlebt. Sollte die Schwangerschaft tatsächlich lange verheimlicht worden sein, kann der Grund mit einer gewissen Sicherheit in der mangelnden Körperwahrnehmung liegen: Die meisten Betroffenen gehen offen, sobald sie es wissen, mit ihrer Schwangerschaft um, sie sagen stolz, dass sie schwanger sind. Eine Sozialarbeiterin hat davon erfahren, *„weil die Mädchen kein Geheimnis daraus gemacht haben“.* Was bewegt die jungen Frauen zu diesem Schritt? *„Erst mal steht man im Mittelpunkt mit der Schwangerschaft und ist interessant“,* berichtet eine Sozialarbeiterin von ihren Lehrlingen. Der Wunsch nach Aufmerksamkeit und Bewunderung ist teilweise so groß, dass mit dem Thema Schwangerschaftsabbruch unverantwortlich und fast schon inflationär umgegangen wird. Eine Sozialarbeiterin fragt sich: *„Sollen wir es glauben oder ist es nur mal wieder so ein Rumerzählen? Also davon wird öfters gesprochen, [...], aber was dran ist, das ist immer so ein heißes Eisen.“*

Nach Aussagen der Fachleute haben Förder- und Berufsförderschülerinnen einen sehr großen Medienkonsum: *„Und die gucken extrem viel Fernsehen.“* Hier wird ein Zusammenhang mit der steigenden Zahl der Teenager-Schwangerschaften gesehen, wenn im Nachmittagsprogramm Sendungen über minderjährige Mütter laufen, die trotz Kind die Schule besuchen. *„Das fanden unsere Mädels so etwas von fantastisch.“* Die Sozialarbeiterin selbst *„fand die Aufmachung der Sendung eigentlich sehr abartig“,* denn sie sieht das Risiko darin, dass das positiv verzerrte Einzelschicksal von ihren Schülerinnen *„nachgespielt“* wird. Das Gesehene wird ungefiltert übernommen, das notwendige Reflexionspotential ist (noch) nicht vorhanden und wird es vielleicht nie sein.

Zukünftige Lebensgestaltung bedarf meistens professioneller Unterstützung

Und wie sind die Zukunftsprognosen der Förderschülerinnen mit Kind aus Sicht der Befragten? *„Da kommen noch einige Kinder. Beruflich ist da nicht viel. Die haben irgendwann mal einen Teilabschluss. Die werden auf alle Fälle nicht viel besser als ihre Eltern. Die bleiben so auf ihrem Level.“ „Weil sie den Teufelskreis, in den die Mädchen reingehen, ich glaube, dass die den nicht durchbrechen können. Dazu fehlt ihnen eigentlich das Bildungspotenzial. Sich auf eigene Beine zu stellen, selbst das Leben in die Hand zu nehmen. Weil sie alleine durch ihre Lernschwäche, dann kommt noch ein Kind dazu, was sie versorgen müssen, überfordert sind.“* Sicherlich treffen diese Aussagen über die zukünftige Lebensgestaltung minderjähriger Mütter aus dem Förderschulbereich nicht auf alle Betroffenen zu. Zwar sind die Möglichkeiten,

einen anderen Lebensweg zu gestalten, bei diesen Klientinnen problematischer und schwieriger, jedoch mit Hilfe professioneller Einwirkung auf dem sozialarbeiterischen Gebiet durchaus zu bewältigen.

Inwieweit die besondere defizitäre Konstitution von Förderschülerinnen bei der Schwangerenberatung berücksichtigt wird und ob Beratungsfachkräfte auf diese Klientel besonderes Augenmerk legen, zeigt sich z. B. darin, ob in der öffentlichen Präsentation diese Gruppen angesprochen werden oder die Beratungseinrichtungen speziell auf bestimmte Gruppen wie FörderschülerInnen zugehen. Denn wie eine Sozialarbeiterin treffend äußert, ist das *„ganz selten, dass diejenigen den Kontakt zu uns suchen. [...] Also direkt zu uns gekommen sind die nicht."* (Schule, Stadt) Eigeninitiative kann bei solchen Jugendlichen nicht vorausgesetzt werden: *„[Die] Hemmschwelle, eine Beratungsstelle aufzusuchen, ist für die zu groß."* (Schule, Stadt) Ein Mitarbeiter der Jugendhilfe: *„Da gehen wir dann auf die Jugendlichen zu und wenn es problematisch ist, dann mit dem Jugendsozialarbeiter, der für diesen Bereich zuständig ist."* (Jugendhilfe, Land) Im Hinblick auf den Umgang mit FörderschülerInnen lassen sich die Aussagen der MitarbeiterInnen der 13 Schwangerenberatungsstellen, die wir befragt haben, drei Tendenzen zuordnen:

- Der überwiegende Teil (n=7) hat keinen Kontakt: *„Aber es ist auch noch keine Förderschule direkt auf uns zugekommen, ne? Also wir auch nicht, aber sie auch nicht."* (Stadt)
- Drei Befragte gaben an, die Zusammenarbeit mit den entsprechenden Schulen bestehe noch nicht, sei aber geplant. *„Aber wir haben jetzt erkannt, dass es ein unbedingt notwendiges Angebot wäre."*; und: *„Bis jetzt noch nicht. Aber ich hatte schon eine Nachfrage. Da müssen wir unser Programm dann sicher etwas umstellen und anpassen."* (beide Land)
- Drei Einrichtungen konnten explizit auf die Berücksichtigung von Förderschülerinnen in ihrer Arbeit verweisen.

Angesichts der Voraussetzungen der förderbedürftigen jungen Frauen – ihre Unwissenheit und Hilfebedürftigkeit, das Risikoverhalten und die mangelnden Möglichkeiten der Zukunftsgestaltung – sind dringend Maßnahmen notwendig, das Bewusstsein für die Sonderstellung der Schwangeren zu wecken, die Arbeit mit ihnen zu intensivieren. Vor allem müssen die Angebote an das kognitive Leistungsvermögen angepasst werden, denn *„[die Angebote, die es gibt], sind für unsere Mädchen nicht stimmig. Sie sind zu intellektuell [...] man muss das runtertransformieren."* (Schule, Stadt) Während auf der Fachtagung angesprochen wurde, dass in Sachsen entsprechende Angebote für junge Mädchen und Frauen mit Lernschwierigkeiten fehlen, verwiesen TagungsteilnehmerInnen auf sexualpädagogische Projekte, die von der Aktion Mensch bzw. pro familia Sachsen angeboten werden.[80]

80 „Teenager-Schwangerschaften in Sachsen", Fachtagung am 15. Juni 2004 in Leipzig

5.5 Rolle und Alter der Partner

In den Einschätzungen der ExpertInnen zur Rolle der werdenden Väter überwiegt der Eindruck, dass den Partnern der minderjährigen Schwangeren in der Mehrzahl der Fälle keine große Bedeutung zukommt. Aus den zum Teil ausführlichen Erläuterungen zu dieser ganz allgemein und offen formulierten Frage konnten insgesamt 99 Nennungen von 47 GesprächspartnerInnen ermittelt werden. Dabei lassen sich folgende Antworttendenzen unterscheiden:

Tabelle 24: **Welche Rolle spielen die werdenden Väter?**

Rolle	Verhältnis zum Vater	Beispielzitate
Keine Rolle n=42	• Vater unbekannt, als Partner nicht vorhanden (n= 14) • Partnerschaft infolge Schwangerschaft zerbrochen (n=17) • wechselnde Partner (n=5) • Vaterschaft ungeklärt (n=6)	*„Sehr häufig ist es, dass das Mädchen sagt: Ich habe es dem Freund erzählt und nun hat er mich verlassen."* (Jugendhilfe, Land)
Untergeordnete Rolle n=24	• Kindesvater bekundet kein Interesse • Kindesvater kann/will (noch) keine Verantwortung übernehmen	*„Bei einem Großteil der Kindesväter ist es leider so, dass sie sich der Verantwortung entziehen [...] Es sind eigentlich mehr oder weniger junge Vatis, die eigentlich noch weniger in der Lage sind, die Verantwortung mitzutragen, sich kontinuierlich um das Kind zu kümmern."* (Jugendhilfe, Land)
Entlastende und unterstützende Rolle n=33	• Kindesvater fühlt sich verantwortlich • Kindesvater ist engagiert	*„Es gibt junge Männer, die lebhaft Anteil nehmen und das einfordern und mit einbezogen werden möchten. [...] Das ist wichtig, denn sie übernehmen eine entlastende Funktion."* (Jugendhilfe, Land)

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften Sachsen" 2004. N=50, 99 Nennungen

Zwei Drittel der Partner spielen nach Einschätzung der ExpertInnen keine oder nur eine untergeordnete Rolle. Das entspricht im Wesentlichen den Aussagen in der Literatur.[81] Neu ist jedoch der relativ hohe Anteil an unterstützenden Partnern, die nach ExpertInnenaussagen ca. ein Drittel ausmachen.

Zum sozialen Hintergrund der Väter finden sich nur vereinzelte Aussagen: *„Häufig sind es junge Männer, die aus inkompletten Familien kommen.“;* oder: *„BVJ – da sind einige dabei.“* (Beratungsstelle, Land) Das Verhältnis zur Partnerin gestaltet sich unterschiedlich: *„Die Väter aus den normalen Familien begleiten schon die Mädchen ein Stück weit.“* Mädchen aus sozial schwachem Milieu *„haben generell keine Kindsväter.“* (beide Beratungsstelle, Land)

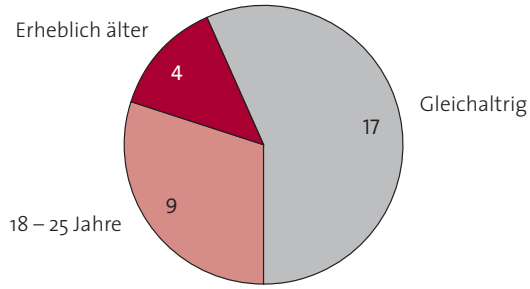
Betont wird manchmal auch die stärkere Bedeutung der Familie des Mädchens als die des Partners: *„Die sind noch hilfloser als die Frauen, die kommen schlechter zurecht.“* (Beratungsstelle, Stadt) Eine Befragte hob dies in ihren Antworten immer wieder hervor, indem sie meinte, *„die spielen jedenfalls nicht so eine große Rolle wie die Mutter. [...] ich konzentriere mich da eigentlich mehr auf die Mutter. [...] die [...] haben schon mehr Einfluss als diese jungen Väter.“* (Medizin, Stadt)

Die Väter sind meist im gleichen Alter

Interessant sind die Angaben der Fachleute zum Alter der Väter. Garst[82] schreibt: *„Die Väter sind oft selber noch sehr jung“,* was sich im Wesentlichen mit den Aussagen in unserer Studie deckt. Die von der Hälfte der ExpertInnen (n=25) erwähnten Altersangaben hoben die Gleichaltrigkeit der jungen Eltern hervor. 17 Antworten bestätigen, die Partner wären *„meistens in dem gleichen Alter wie die Mädchen. [...] Die sind meistens um ein oder zwei Jahre älter.“* (Beratungsstelle, Stadt) Neunmal waren die Väter zwischen 18 und 25 Jahren und nur viermal wurde von einem erheblich älteren Partner gesprochen. Die Jugendlichkeit der werdenden Väter und die damit verbundene soziale und wirtschaftliche Unreife zeigt deutlich den Handlungsbedarf an Beratungs- und Betreuungsangeboten für eine Zielgruppe, die bisher nur wenig Beachtung gefunden hat.

81 Garst (2003), S. 27
82 Garst (2003), S. 26

Abbildung 15: **Alter der Väter nach Angaben der ExpertInnen**

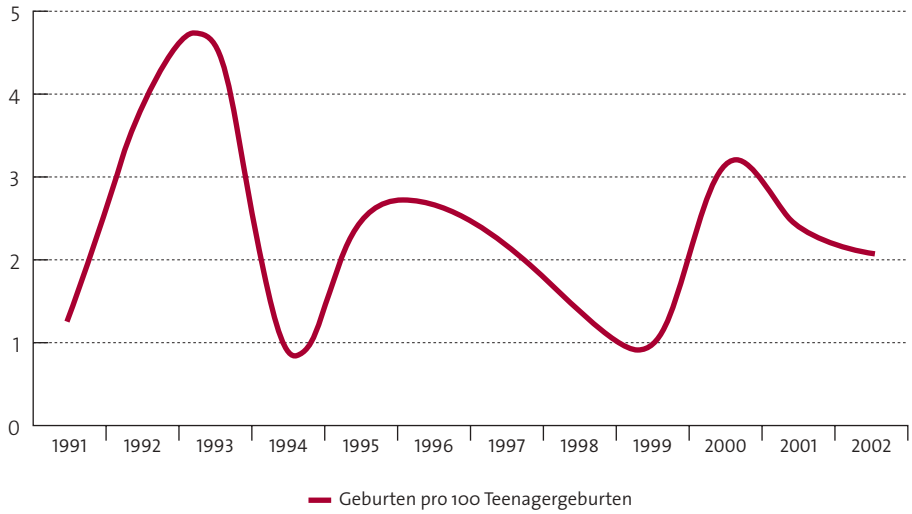


Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften Sachsen“ N=50, n= 25, 30 Nennungen

5.6 Ausländerinnen und Spätaussiedlerinnen[83]

Wie sind die Erfahrungen der ExpertInnen mit ausländischen Mitbürgerinnen? Gehören sie zu denjenigen, die eine Schwangerenberatung aufsuchen? Laut Statistischem Landesamt Sachsen ist der Prozentsatz an minderjährigen Müttern verschwindend gering.

Abbildung 16: **Ausländeranteil bei minderjährigen Müttern in Sachsen in %** (Geburtsjahrmethode)



Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen, Stand 2003

83 In diesem Kapitel werden die Erfahrungen der ExpertInnen mit minderjährigen Ausländerinnen bzw. Spätaussiedlerinnen wiedergegeben. Das Thema Teenager-Schwangerschaften innerhalb dieser Personengruppen war nicht Gegenstand der Befragung.

Herkunftsländer der minderjährigen Schwangeren sind v. a. ehemalige Ostblockstaaten wie Rumänien, das ehemalige Jugoslawien, Russland und Kasachstan, aber auch türkische Mädchen sind vereinzelt zu finden. Insgesamt ist die Anzahl der ausländischen jugendlichen Schwangeren gering. Ihr Anteil an den Teenagergeburten überstieg in einem Zeitraum von elf Jahren nicht die 5 %-Grenze, was sich in den Antworten der ExpertInnen widerspiegelt. Von 44 Befragten gaben knapp zwei Drittel an (n=27), unter den Ratsuchenden gäbe es keine Ausländerinnen. Kamen sie doch in die Beratung, so waren es nur wenige (n=7) bzw. bildeten sie die Ausnahme (n=8).[84] Als Herkunftsgebiete wurden der arabische und osteuropäische Raum und vereinzelt asiatische Länder genannt. Die ExpertInnen wiesen darauf hin, dass auch Fragen des Aufenthaltsrechts, Sprachbarrieren und ein abweichendes kulturelles Verständnis dazu führen können, dass Beratungsangebote nicht wahrgenommen werden.

Schwangere Spätaussiedlerinnen werden häufig durch feste Familienstrukturen gestützt

Ähnlich wie bei ausländischen Schwangeren gestaltet sich die Beratung und Betreuung von Spätaussiedlerinnen. In 14 Gesprächen wurden Erfahrungen mit Russlanddeutschen dargelegt. Sie sind im städtischen Raum (n=5) noch mehr als in der ländlichen Gegend (n=9) eine Seltenheit. Drei Befragte meinten hinsichtlich der Beratungsgestaltung: *„Die ist nicht großartig anders. [...] Und es wird genauso beraten, wie jede andere auch."* (Beratungsstelle, Land) Zwei hingegen betonten den unterschiedlichen Erfahrungshintergrund und die damit verbundenen Schwierigkeiten. Das Gefühl der Fremde, Heimatlosigkeit und Verschlossenheit, verbunden mit einer starken familiären Eingebundenheit, erschwere zusätzlich zu den Sprachproblemen die Beratung: *„Gerade diese Aussiedlerinnen sind ja sehr in ihrem Familienverband verhaftet und werden auch anders erzogen, als unsere jungen Mädchen. Da gibt es eher Hemmschwellen Fremden gegenüber. Sie sind auch in der Sexualerziehung bei weitem nicht so aufgeklärt." „Die bringen im Allgemeinen, weil sie ja oft der deutschen Sprache nicht so mächtig sind, irgendeine Vertrauensperson mit und das wird ein bisschen schwierig, weil es ja nicht Beratungssinn ist, sondern eher eine Informationsveranstaltung wird über das, was möglich ist. Sie können ja ihre Probleme gar nicht so rüberbringen."* (beide Beratungsstelle, Land)

Auf der anderen Seite hat die familiäre Integration einen durchaus positiven Effekt: *„Die kommen mit Eltern, mit der Familie sind die im ganzen Klan hier und so geht das für sie auch weiter. Die sind eingebettet. [...] Im Unterschied zu den deutschen schwangeren Minderjährigen ist dort also der Familienzusammenhalt völlig klar, wird nicht in Frage gestellt. [...] Die Bevormundung ist ja an der Stelle nicht nur*

84 Zweimal wurde keine Angabe bezüglich der Häufigkeit gemacht.

negativ zu sehen, sondern es gibt ja auch eine gewisse Sicherheit: ‚Meine Eltern wissen, wo es langgeht, ich kann denen vertrauen.'" (Beratungsstelle, Land) Somit können Spätaussiedlerinnen, die minderjährig ein Kind bekommen, kaum zu der Problemgruppe der nicht erreichbaren und isolierten jungen Frauen gezählt werden.

5.7 Motive und Ursachen für Teenagerschwangerschaften

Die von den ExpertInnen geäußerten Vermutungen und Einschätzungen zu den Hintergründen und Motiven von Teenagerschwangerschaften entsprechen im Wesentlichen den Erklärungsansätzen der einschlägigen Literatur.[85] Sowohl Aussagen über defizitäres Verhütungsverhalten als auch Hinweise zu spezifischen psychosozialen Prädispositionen und geringen beruflichen Teilhabeerwartungen findet man in den Antworten wieder. Welche weiteren Ursachen neben den bereits genannten von den Befragten angegeben wurden, zeigt Tabelle 25:

Tabelle 25: **Worin sehen Sie die Ursachen, dass Teenager schwanger werden?**

Keine, unzureichende oder falsche Anwendung von Verhütungsmitteln infolge mangelnder Aufklärung oder spontanen Geschlechtsverkehrs	33
Neugier, Sorglosigkeit, Sich-Ausprobieren und damit Fehleinschätzen der Situation	19
Definition des Selbstwerts über Sexualität, auf der Suche nach Geborgenheit wird Sex mit Liebe verwechselt	13
Wunsch nach einem Kind als emotionaler Ersatz, als Liebesobjekt, mit dem man kuscheln kann, das nur einem selbst gehört	10
Fehlende Berufschancen und Perspektiven erzeugen eine gewisse Orientierungslosigkeit	8
Jugendliche Mütter als eine Art Familientradition, der Einfluss des sozialen und familiären Umfelds ist maßgebend	5
Mutterschaft als Lebensentwurf, die eine gesellschaftliche Aufwertung bewirkt	5
Ablösung oder Flucht aus dem Elternhaus	5
Soziale Absicherung über die Mutterschaft	5
Vorbilder in den Medien	4
Wunsch, den Partner zu binden oder in ihm einen Vater zu sehen	4
Einfluss von Drogen und Alkohol in der Disco oder auf Partys	2
Sexueller Missbrauch	2

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften Sachsen" 2004. N=50, 115 Nennungen

85 Vgl. Exkurs, Kap. 3.3

Mangelnde Verhütung infolge schlechter Aufklärung oder Fehleinschätzung der Situation steht im Vordergrund und wird als Hauptursache gesehen. *„Die unterschätzen die Möglichkeit, wie man schwanger werden kann, bis dahin, das komplett zu ignorieren."* (Beratungsstelle, Land) Hinter der mangelnden Verhütung steckt jedoch nach Meinung der ExpertInnen in den seltensten Fällen ungenügende Aufklärung. Spontane Situationen führen ebenso zu unerwünschten Schwangerschaften wie übertriebene Sorglosigkeit und der Glaube an die eigene Unverletzbarkeit. Verhütungspannen bergen ein ähnliches Risiko wie eine Abgabe der Verantwortung an den Partner: *„[Wenn] das Mädchen [nachgibt und] sich überzeugen lässt, dass Verhütungsmittel nicht unbedingt notwendig sind."* (Schule, Land)

Ein Mangel an emotionaler Wärme und Stabilität wird häufig durch ein eigenes Kind ausgeglichen

Jedoch verbergen sich hinter den Ursachen, die im direkten Zusammenhang mit Verhütungsmethoden und deren Anwendung stehen, manchmal auch tiefere Wünsche und Hoffnungen, die mit den sozialen und psychischen Erlebnissen der Jugendlichen zusammenhängen.[86] Sexuelle Identität entwickelt sich unter einer Reihe von Faktoren, u. a. durch die emotionale Wärme im Elternhaus. Fehlt sie, sind die Jugendlichen oft bestrebt, den Mangel durch Zuwendung zu Gleichaltrigen zu kompensieren. Sie können jedoch die Echtheit der Gefühle kaum abschätzen: *„Die Mädchen hier haben sehr wenig Kenntnisse über ihren Körper, über Liebe. Sie wissen nur, wie ein Kind gezeugt wird, aber Sexualität umfasst ja durchaus auch mehr als nur den Akt. Da sind große Defizite da. Oftmals wird eine Partnerschaft auch nur betrieben, um nicht alleine zu sein. Weniger daraus, weil es derjenige ist, den ich auch liebe."* (Jugendhilfe, Stadt) Nachahmungseffekte spielen ebenso eine Rolle wie der Wunsch nach Aufwertung und Statuserwerb: *„[weil] auch so ein Druck in der Gesellschaft herrscht. Also du musst, wenn du ‚in' sein willst, wäre es eben gut, wenn du mit 13/14 Jahren … Dann bist du wer. Das ist vor allem in sozial schwachen Milieus. Wenn du dich da zierst, bist du sozusagen der ‚Loser'."* (Medizin, Stadt) Findet man keine Zuwendung oder nur ungenügende im Freundeskreis, kann das Kind als Ersatz fungieren. Der Wunsch, *„etwas Eigenes zu haben"* (Jugendhilfe, Stadt), spiegelt erlebtes Verlustempfinden und Ablehnung in der eigenen Kindheit wider.[87]

Die Mutterschaft bietet die Möglichkeit der sozialen Absicherung und Stärkung des Selbstwertgefühls

Neben der psychosozialen Ebene werden von den ExpertInnen auch mangelnde Zukunftsperspektiven in bestimmten sozialen Milieus als Ursache benannt. *„Wenn*

86 Garst (2003), S. 25, Osthoff (2000), S. 2
87 Garst (2003), S. 24/25

man die Biographien der betroffenen jungen Mädchen zugrunde legt, aus welchen Elternhäusern kommen sie, aus welchen sozialen, psychischen Situationen kommen sie, dann spielt auf jeden Fall das Thema Perspektive/ Perspektivlosigkeit eine Rolle, d. h. viele wissen ja durch ihre Schulabschlüsse, dass sie nicht zu den Leistungsträgern gehören. Und dass dort sicher eine Rolle spielt, mit einem Kind Perspektive zu haben. Es gibt auch die These in einkommensschwachen Familien, dass Kinder eine Einnahmequelle sind." (Jugendhilfe, Stadt) Reproduktives Verhalten als Konsequenz zu: *„Ich werde keine Lehre kriegen, das ist alles sinnlos – dann wenigstens ein Kind."* (Beratungsstelle, Stadt) Mutterschaft wird auch explizit als Möglichkeit der sozialen Absicherung gesehen: *„Wo die Eltern gesagt haben, besser kannst du es doch gar nicht haben, kriegst eine Wohnung, kriegst sie noch eingerichtet vom Sozialamt."* (Jugendhilfe, Stadt) Die Aufwertung der eigenen Person durch die gesellschaftlich anerkannte Mutterschaft spielt dabei eine wesentliche Rolle. Insbesondere Kinder und Jugendliche aus sozial schwachen Familien, deren Eltern meist Sozialhilfe- bzw. Arbeitslosenhilfeempfänger sind, nehmen die Mutterschaft als Teilhabechance in der Gesellschaft wahr.

Weitere Hintergründe jugendlicher Schwangerschaften, jedoch in geringerem Maße, sind laut Einschätzung der ExpertInnen Vorbilder minderjähriger Schwangerer durch die Herkunftsfamilie, die Medien oder, wie oben gezeigt, durch den Freundes- und Bekanntenkreis.[88] Der Einfluss von Drogen und sexueller Missbrauch als Ursachen treten laut ExpertInnenmeinungen in den Hintergrund, häufiger hingegen werden mit der Schwangerschaft verbundene Wünsche im Hinblick auf die Partnerschaft und die Ablösung vom Elternhaus geäußert.

Die Motive aus Sicht der Jugendlichen und die ExpertInnen-einschätzung zu den Ursachen für das Austragen einer Schwangerschaft decken sich im Wesentlichen

Viele der bereits genannten Motive finden sich in den Antworten auf die Frage wieder, worin die Gründe für das Austragen der Schwangerschaft gesehen werden. Neben ethischen Bedenken der jugendlichen Schwangeren und dem gewollten oder ungewollten Überschreiten des letztmöglichen Schwangerschaftsabbruchtermins sind es im Wesentlichen dieselben oder aber ähnliche Gründe, die von den ExpertInnen genannt werden (Tabelle 26):

88 Vgl. Kap. 5.2

Tabelle 26: **Welche Motive aus Sicht der Jugendlichen für das Austragen einer Schwangerschaft sind Ihnen bekannt?**

Emotional-individuelle Ebene	
Ablehnung eines Schwangerschaftsabbruchs oder Angst davor, da er als Mord angesehen wird und damit gar nicht in Frage kommt. Die Jugendliche übernimmt Verantwortung für das Leben	30
Wunsch nach etwas Eigenem, dem man all seine Liebe geben kann	28
Schwangerschaft wird nicht wahrgenommen, verdrängt oder die Bekanntgabe wird hinausgeschoben, teils aus Angst vor Reaktion der Eltern, so dass der Zeitpunkt für einen möglichen Schwangerschaftsabbruch überschritten wird	16
Aus Liebe zum Partner mit dem Wunsch, ihn an sich zu binden	9
Angst, nach einem Schwangerschaftsabbruch nicht mehr schwanger werden zu können oder unter psychischen Problemen zu leiden	8
Kinderwunsch aus der Liebe zu Kindern heraus	4
Existentiell-gesellschaftliche Ebene	
Wegen mangelnder beruflicher Perspektiven wird die Flucht in die Mutterschaft gewählt, womit eine neue Aufgabe mit dem Muttersein verbunden wird	18
Aufwertung der eigenen Person durch Gleichberechtigung und Erwachsenenstatus	10
Die Situation wird akzeptiert nach dem Motto: „Ich zieh das jetzt durch."	10
Protest gegen die Eltern, der an den Willen gekoppelt ist, ihnen die nötigen Erziehungskompetenzen zu beweisen und über die eigenen, oft negativen Erziehungserfahrungen hinwegzukommen	10
Soziale und finanzielle Absicherung über Mutterschaft und die damit verbundenen Hilfeangebote	8
Ablösung oder Flucht aus dem Elternhaus	5
Desinteresse an einer Ausbildung oder einem Beruf	3

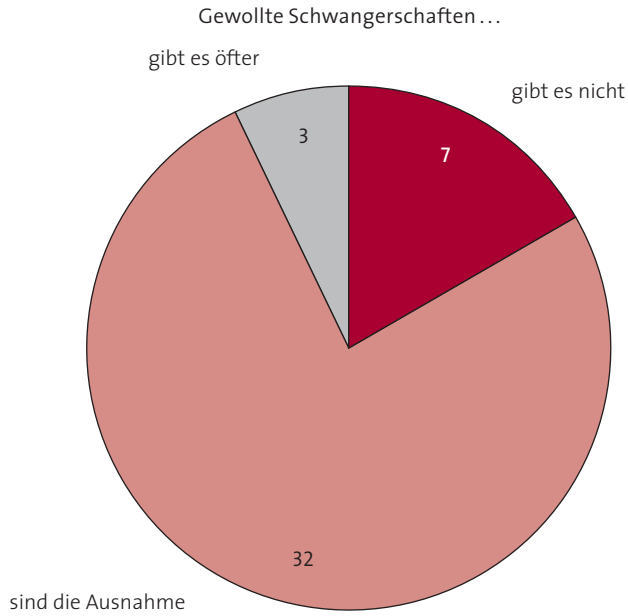
Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften Sachsen" 2004. N=50, 159 Nennungen

„Ein Motiv ist, etwas zu haben, das kann mir keiner nehmen. Da bin ich verantwortlich. Da darf ich entscheiden, da darf ich mich um etwas sorgen, da kann ich eine Lücke ausfüllen. Ich kann meinen Ablösungsprozess damit dokumentieren. Ich kann zeigen, dass ich erwachsen bin, dass ich was wert bin." (Beratungsstelle, Stadt)

Gewollte Schwangerschaften sind die Ausnahme

Kann man deshalb davon ausgehen, dass die Schwangerschaften geplant bzw. bewusst angestrebt wurden? Da wiederum sind sich die ExpertInnen einig, dass die Schwangerschaften in den meisten Fällen ungewollt entstanden sind (Abbildung 17). *„Es sind die wenigsten, die sagen, ich wünsche mir das jetzt."* (Medizin, Stadt)

Abbildung 17: **Wie ist das Verhältnis gewollte – ungewollte Schwangerschaften?**



Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften Sachsen" 2004. N=50, n=42

Es gab Befragte, die meinten: *„Es gibt keine gewollten Schwangerschaften, in diesem Alter kann man eigentlich nie sagen, dass es gewollt ist."* (Beratungsstelle, Land) Diese Aussage steht der Einschätzung von drei Viertel der Befragten entgegen, wonach gewollte Schwangerschaften zwar die Ausnahme seien, aber ab und zu vorkämen. Allerdings gaben einige den Hinweis, dass die Jugendlichen *„sehr oft ungewollt schwanger werden und es dann tolerieren, dass sie schwanger sind"*, *„Also die das Risiko bewusst eingehen"* (beide Beratungsstelle, Land). Drei Antworten beschrieben den Wunsch nach einem Kind als weit mehr als eine Randerscheinung. Eine Beratungsfachkraft meinte: *„Es sind ja z. Z. mehr, die sich bewusst mit der Familie im Hintergrund für das Kind entscheiden [...] überwiegend junge Leute, die sich ganz bewusst dafür entscheiden."* Und eine andere vertritt die These: *„Die gewollten, würde ich denken, das waren die Förderschüler. Schüler der Lernbehindertenschule."* (beide Beratungsstelle, Land)

5.8 Zukunftsvorstellungen jugendlicher Schwangerer

Die Zukunftschancen der minderjährigen Schwangeren werden von den meisten befragten Fachkräften als schlecht, ihre Zukunftsvorstellungen als unrealistisch einge-

schätzt. Laut Aussagen der ExpertInnen möchten die jungen Schwangeren *„schon noch ihre Schule absolvieren, mindestens 9. Klasse-Abschluss oder auch darüber hinaus, aber das schaffen viele nicht. Kriegen es nicht in den Griff. Nicht unbedingt wegen der Mutterschaft, sondern [weil] meist schon vorher Probleme da sind. Versagensängste in der Schule, dass sie da nicht mehr hingehen, Schulbummelei, und sich da auch an niemanden wenden. Weil die Eltern vielleicht auch schon zu Hause sitzen, solange sie sie kennen, und nicht berufstätig sind. Warum sollen sie früh aufstehen, wenn die Eltern auch nicht aufstehen."* (Jugendhilfe, Stadt)

Tabelle 27: **Wie sehen Sie die unmittelbare, mittelbare und langfristige Zukunft der Betroffenen (berufliche Integration, wirtschaftliche Unabhängigkeit ...)?**

Negativ	55
Keine berufliche Integration, wirtschaftliche Abhängigkeit	38
Fehlende Unterstützungsmöglichkeiten	10
Überforderung durch Alltagsbelastung	5
Freigabe des Kindes zur Adoption	2
Positiv	36
Unterstützungspotential in Familie, Partnerschaft und betreuenden Institutionen	20
Ausbildung trotz Kind	10
Finanzielle und materielle Absicherung	3
Persönlichkeitsentwicklung	3
Neutral	26
Weitere Kinder	8
Hoher Hilfe- und Unterstützungsbedarf	6
Konzentration auf Mutterschaft/-rolle	4
Nicht einschätzbar	8

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften Sachsen" 2004. N=50, 117 Nennungen

Die Zukunftschancen der jugendlichen Schwangeren werden überwiegend schlecht eingeschätzt

Knapp die Hälfte der ExpertInnenaussagen beinhaltet eine negative Sichtweise auf die Zukunft der Betroffenen (Tabelle 27). Insbesondere die berufliche Integration, verbunden mit wirtschaftlicher Unabhängigkeit wird als problematisch und schwierig zu realisieren eingeschätzt: *„Richtung berufliche Integration und wirtschaftliche Unabhängigkeit ist schlecht. Das muss man einfach so sagen. Ich denke es ist klar, dass ein Mädel, was ein Kind kriegt, sich ungeheuer drehen muss, dass es an der Ausbildung dranbleibt. Die noch nicht mal einen Schulabschluss haben und die auch vom Intellekt her schlechter dran sind, ob sie den überhaupt jemals schaffen ...*

Also da würde ich sagen, die bleiben ewig in der Sozialhilfe und werden da erst recht mit Kind schwer eine Perspektive haben. Weil sie es von ihren Eltern auch nicht anders lernen. ‚Da kriegen wir eben Sozialhilfe und dann kriegen wir eben unsere Kinder'. Da ist da auch nicht so der Druck: ‚Mensch, ich will aber erst mal eine eigene Existenz'." (Beratungsstelle, Stadt) Zitate wie dieses lassen sich viele an dieser Stelle anbringen, inhaltlich sind sie jedoch nahezu identisch. Unabhängig von einem Ausbildungsabschluss sitzen viele *„zu Hause und beziehen Sozialhilfe, weil sie dann keine Arbeit gefunden haben oder dann das zweite Kind kam."* (Jugendhilfe, Stadt) Hinzu kommen erschwerende Faktoren wie: *„Sie stehen meist allein da mit Kind, Schwangerschaft und Problemen."* (Beratungsstelle, Land) Fehlende Unterstützungsmöglichkeiten und die Schwierigkeit bei der Bewältigung der Alltagsanforderungen, gerade wenn sie nach Vollendung des 18. Lebensjahres das Mutter-Kind-Heim verlassen, um in einer eigenen Wohnung zu leben, sind an dieser Stelle als Beispiele zu nennen. Zwei Befragte sprachen zusätzlich die Thematik der Freigabe des Kindes zur Adoption an.

Die Armutsspirale stellt ein wesentliches Problem für die Zukunftsaussichten der jugendlichen Schwangeren dar

Sozialhilfebezug als wirtschaftliche Standardsituation, die bereits die Eltern vorgelebt haben, verbunden mit der Schwierigkeit, *„dass sie sehr lange brauchen, wenn überhaupt, da irgendwann wieder rauszukommen."* (Beratungsstelle, Land) Hinzu können auf lange Sicht Schwierigkeiten in der optimalen Förderung der Kinder kommen, *„dann, wenn so Entwicklungsförderung dazukommen muss, für die Kinder, also spätestens im Schuleintrittsalter, [...] wenn die Kinder dann auch bewusster in das Leben der Eltern eintreten, sprich, bewusster sprechen und ganz offen ihre Rechte einfordern"* (Jugendhilfe, Stadt). Das führt zu Einschätzungen wie: *„Den Mädchen kann man nicht mehr helfen, aber man sollte alles dransetzen, dass die Kinder eine Chance kriegen."* (Schule, Land) Wie groß das Ausmaß an potentieller gesundheitlicher und entwicklungsrelevanter Deprivation ist und inwieweit hier eine weiterführende Betreuung notwendig wird, können ausschließlich weiterführende Studien zeigen.

Neben den größtenteils negativen Einschätzungen war ein kleinerer Teil der Antworten neutral gehalten und bezog sich auf Lebensgestaltungen, die weitere Kinder beinhalten, Unterstützung erfordern und deren Konzentration auf der Mutterrolle und der Liebe zum Kind liegt. Acht Befragte gaben an, den weiteren Lebensweg nicht einschätzen zu können bzw. machten ungenaue Angaben.

Findet die junge Mutter Unterstützung in ihrer Familie, bei ihrem Partner oder in betreuenden Einrichtungen, werden die Entwicklungsmöglichkeiten der Mutter und ihres Kindes als durchaus positiv eingeschätzt. *„Solange die in der Hilfe drin ist oder sie in einer Wohnform untergebracht sind, kann man beruhigt sagen, das Kind ist versorgt. Wenn die Mutter gefestigt ist, kann sie schon ihr Leben meistern mit dem*

Hintergrundwissen, da sind immer Leute, die mir helfen in einer Notsituation." (Jugendhilfe, Land) Knapp ein Drittel der Befragten nannte neben familiären, partnerschaftlichen und institutionellen Hilfen auch den Willen bzw. den Wunsch des jungen Mädchens, trotz Kind die Ausbildung zu absolvieren. Einige Antworten heben den positiven Effekt der finanziellen und materiellen Absicherung und der Persönlichkeitsentwicklung des jungen Mädchens hin zu einer gewissen Reife hervor.

Somit lässt sich zusammenfassen, dass die Zukunftsgestaltung einer minderjährigen Mutter mit sehr vielen Erschwernissen verbunden ist, die mit viel Eigeninitiative und Willen zu bewältigen sind und im wesentlichen auch von den Unterstützungspotentialen abhängen. *„Die aus den sozial schwachen Familien haben auch nichts gelernt. [Die Zahl derer, die] sich da hochkämpfen und sagen, ich gestalte mein Leben anders, die kann man an einer Hand zählen. Meistens verfallen die dann doch wieder in den Trott ihrer Eltern, weil sie es nicht anders gesehen haben. Die aus normalen Familien kommen, die nehmen ihre Eltern als Vorbild und sagen, ich will nicht von Sozialhilfe leben, sondern die kämpfen und geben das Kind in eine Einrichtung und sagen, ich mache meine Ausbildung zu Ende, ich mache mein Abi nach und sehe dann, dass ich ein Studium kriege. Die kämpfen schon. Da ist auch die Unterstützung der Eltern wichtig. Und dass alle Schulen oder Ausbildungsbetriebe dahinterstehen."* (Beratungsstelle, Land)

Im Gegensatz zu volljährigen Frauen schätzen jugendliche Schwangere ihre Zukunftschancen überwiegend unrealistisch positiv ein

Und wie sehen die Jugendlichen ihre Zukunft selbst? In erster Linie gehen sie unproblematisch an die Sache heran, was typisch für Heranwachsende ist. Auf die Frage, worin sich minderjährige Schwangere und Mütter von volljährigen Frauen unterscheiden, folgten bei knapp ein Viertel der Antworten Aussagen zur Sorglosigkeit, Unbekümmert- und Unbeschwertheit der Jugendlichen. Sie seien dadurch offener und widerstandsfähiger und würden durch ihre körperliche Fitness Belastungen wie Schlafentzug besser verkraften. Damit verbunden sei aber gleichzeitig eine gewisse pubertäts- und lebenssituationsbedingte Naivität – und das ist der weitaus häufiger genannte Unterschied zu erwachsenen Frauen (Tabelle 28).

Tabelle 28: **Worin unterscheiden sich minderjährige Schwangere und Mütter von erwachsenen Schwangeren und Müttern?**

Positiv	22
Unbeschwertheit, körperliche Belastbarkeit	22
Negativ	66
Naivität, Unwissenheit, geringes Verantwortungsbewusstsein	41
Hoher Hilfebedarf	5
Unsicherheit, Angst	5
Unsicheres Partnerschaftsverhältnis	5
Kaum Eigeninitiative	4
Gesundheitliches Risikoverhalten	3
Psychische Überforderung	3
Neutral	5
Kein Unterschied	5

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften Sachsen" 2004. N=50, 93 Nennungen

Mangelnde Erfahrung und Unwissenheit, verbunden mit unklaren Zukunftsvorstellungen, führen dazu, dass die jugendlichen Schwangeren nicht wissen, was sie erwartet und was sie wollen: *„Sie gehen relativ unvorbereitet in die Situation."* (Beratungsstelle, Land) Hinzu kommt geringeres Verantwortungsbewusstsein und die Schwierigkeit, die Bedürfnisse des Kindes zu erkennen und Prioritäten zu setzen, indem Einschränkungen akzeptiert und die eigenen Interessen hinter die des Kindes gestellt werden. Das wiederum kann u. U. zu Überforderung führen oder auch zu Verunsicherung und Angst. *„Gewalt nimmt in solchen jungen Beziehungen, also wenn die Mutter jung ist, schneller überhand als in älteren Beziehungen. Weil du vieles spontaner machst – das ist ja auch das Alter und man hat auch nicht diese Gelassenheit."* (Medizin, Stadt) Als weitere Unterschiede werden problematische Partnerschaften bzw. das Fehlen eines Partners, ein hoher Hilfebedarf und gesundheitliches Risikoverhalten genannt. Einige Befragte meinten, die Betroffenen würden mehr Forderungen stellen und sich von vornherein auf die Hilfe von anderen verlassen. Fünf Befragte konnten keine Unterschiede festmachen.

Die Vorstellungen über das Leben mit Kind spiegeln unrealistische Einschätzungen wider

Wie spiegelt sich die altersbedingte Unreife der jugendlichen Schwangeren im Denken und Handeln in den Vorstellungen über das Leben mit einem Kind? In der Einschätzung der Vorstellungen von einem Leben mit Kind sind sich die ExpertInnen relativ einig: *„Die stellen sich's einfacher vor als es dann ist. Die haben wenig klare*

Vorstellungen so in der Art, das schaff ich schon irgendwie, ich habe ja auch noch meine Eltern oder ich krieg das hin." (Beratungsstelle, Land) Diese optimistisch-unkomplizierte Betrachtungsweise korreliert mit einem mangelnden Realitätssinn, der mit ungenügendem Einschätzungsvermögen einhergeht: *„Die können nicht abschätzen, was auf sie zukommt im Leben oder worum sie sich kümmern müssen, was Kindergarten und Schule mit sich bringt, wo sie sich überall noch engagieren müssen, wo sie da sein müssen, was es für Verpflichtungen nach sich zieht."* (Jugendhilfe, Stadt) und *„Die stellen es sich rosarot vor. Wie mit einer Puppe."* (Medizin, Land) (Tabelle 29)

Tabelle 29: **Welche Vorstellungen haben die minderjährigen Schwangeren und Mütter von einem Leben mit Kind – unmittelbar und langfristig?**

Abstrakt („Abwarten")	56
Naive Vorstellungen	33
Unkomplizierte Sichtweise	17
Unsicherheit, Angst, Skepsis	6
Konkret	38
Anstreben des Bildungsabschlusses	11
Wissen um Unterstützung	10
Erfahrungen aus der Herkunftsfamilie	5
Freude auf das Kind	4
Vorstellungen von Familie und Partnerschaft	4
Veränderungen im Erziehungsverhalten	4
Neutral	2
Kein Unterschied zu Vorstellungen einer Erwachsenen	2

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften Sachsen" 2004. N=50, 96 Nennungen

Fehlende konkrete Vorstellungen und Pläne sind oft genannte Verhaltensweisen, stattdessen warten die jungen Schwangeren ab *„und leben dann so die Tage ab."* (Jugendhilfe, Stadt) Etwa ein Drittel der Aussagen hebt die Naivität der Jugendlichen hervor, knapp ein Fünftel betont deren Unkompliziertheit. Das Wissen um personelle und finanzielle Unterstützung prägt weiterhin die Zukunftsvorstellungen, ebenso der Wille und die Hoffnung auf das Erreichen des angestrebten Bildungsabschlusses. Einige empfinden Angst und Unsicherheit, sind skeptisch, während sich andere z. B. durch Erfahrungen in der Herkunftsfamilie wiederum auf ihr Kind freuen und sich den Wunsch nach einer Familie und festen Partnerschaft erfüllen. Ein Teil der Mädchen möchte es in der Erziehung besser machen als sie es selbst erlebt haben. Zwei Befragte schätzen das Leben der minderjährigen Mutter als ganz normales Erwachsenenleben ein.

In der Regel ist es jedoch so, dass weder die Entscheidung für ein Kind einer reichlichen Überlegung unterzogen wird, noch dass die Konsequenzen in ihrem gesamten Ausmaß bedacht wurden, wie folgendes Zitat einer Beraterin zusammenfasst: *„Aber ich glaube nicht, dass sie wissen, was auf sie zukommt, und oftmals in den Gesprächen kommt das auch zu Tage, dass sie das nicht erwartet hatten, mit wie viel Aufwand das verbunden ist und dass, wenn sie die Möglichkeit hätten, das heute anders machen würden, dass sie das Kind nicht ausgetragen hätten, dass sie zu solchen Schlussfolgerungen kommen, ‚eigentlich wollte ich nie wie meine Mutter werden und merke aber, dass ich es mit meinem Kind genauso mache wie meine Mutti mit mir'."* (Jugendhilfe, Stadt)

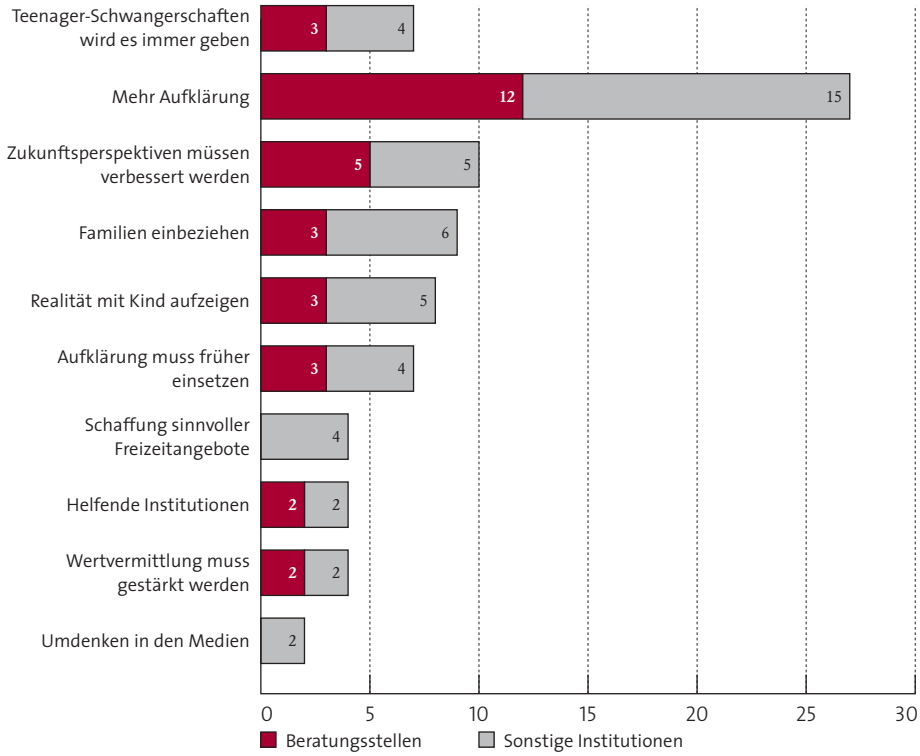
6 Prävention und Politik

Teenager-Schwangerschaften hat es schon immer gegeben, auf die Ursachen dafür wurde bereits eingegangen. Die Notwendigkeit, präventive Maßnahmen und sozialpolitische Angebote den neuen Gegebenheiten anzupassen, resultiert vor allem aus der Reihe bereits genannter Fakten: Immer jüngere Mädchen werden schwanger. Die Ursachen und Motive hinter den Schwangerschaften haben sich verschoben bis hin zu bewussten Entscheidungen, etwa um bessere Teilhabechancen in der Gesellschaft zu erlangen. Und mit dem Anstieg der Zahlen jugendlicher Mütter verschärfen sich die sozialen Probleme. Eine komplexe Gesellschaft, die von ihren Mitgliedern in sehr hohem Maß Handlungs- und Entscheidungskompetenz erwartet, ist gefordert, die heranwachsende Generation in der Entwicklung dieser Kompetenzen entsprechend zu fördern.

6.1 Präventive Massnahmen

Wie in den vorangegangenen Kapiteln dargestellt, reicht das Ursachenspektrum für frühe Schwangerschaften von Unwissenheit bis zum Wunsch nach einem Kind. Dieser Kinderwunsch resultiert nach ExpertInnenmeinung oft aus erlebten Defiziten in der Lebensgestaltung (Deprivation, Perspektivlosigkeit), gepaart mit einer romantischen Sicht auf das Leben mit einem Kleinkind bzw. dem Wunsch nach materieller Absicherung. An diesen Punkten müsste Prävention ansetzen, um einer weiteren Zunahme jugendlicher Schwangerer und einem weiteren Absinken des „Einstiegsalters“ vorzubeugen. Bei eingetretener Schwangerschaft sollten sich präventive Maßnahmen auf eine optimale Begleitung und Betreuung der Jugendlichen beziehen, damit sie ihre Entscheidung für oder gegen das Austragen der Schwangerschaft bewusst treffen und verarbeiten können und dafür die notwendige Unterstützung erhalten.

Abbildung 18: **Was kann getan werden, um ein Ansteigen jugendlicher Schwangerschaften zu verhindern?**



Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften Sachsen“ 2004. N=50, 82 Nennungen

Um Schwangerschaften Minderjähriger zu verhindern, präferieren die ExpertInnen eine frühzeitige und umfangreichere Aufklärung. An zweiter Stelle wird die „Vermittlung von Zukunftsperspektiven“ genannt. Dabei unterscheiden sich die Antworten der Expertinnen aus den Beratungsstellen nicht von den Meinungen der VertreterInnen aus Schulen, Jugendhilfe oder Medizin. Exemplarisch dafür stehen die folgenden Aussagen:

„Noch mehr Aufklärungsarbeit in Schulen, Projekte mit Schulsozialarbeit zum Thema Sexualität, Partnerschaft etc." (Jugendhilfe, Land)

„So früh wie möglich in der Schule Aufklärung durchführen, signalisieren, dass es nicht allein die Sache der Gesellschaft ist, die Kinder zu versorgen und großzuziehen, sondern dass auch viel von der Mutter kommen muss." (Medizin, Stadt)

„Wir machen das einmalig in der achten Klasse, das ist vielleicht zu wenig. Und dann denke ich, mehr über die Medien. Was mir eigentlich fehlt, das sind auch Jugendfilme. Filme über solche Probleme, Filme der Frühschwangerschaften. Mal eine Jugendsendung in die Richtung zu bringen, das wäre doch machbar." (Schule, Land)

Schon eine kursorische Medienanalyse bestärkt jedoch den Eindruck, dass das Thema „Teenagermütter" eher unkritisch und idealisiert dargestellt wird, wie auch schon eine Sozialarbeiterin aus dem Förderschulbereich anmerkte.[89] Sinnvollere Freizeitangebote und ein Umdenken in den Medien wurden ausschließlich von den GesprächspartnerInnen aus den Schulen und dem Bereich der Jugendhilfe als präventive Maßnahmen genannt.

Selbstbewusstsein, Selbstwahrnehmung und Selbstbestimmung sollten gefördert werden, damit eine altersadäquate Lebensplanung gelingen kann

In Anbetracht der umfassenden sozialen Problematik, die von den ExpertInnen in Bezug auf jugendliche Mütter genannt wurde, erscheint die Schwerpunktsetzung frühere oder umfassendere Aufklärung als nicht ausreichend. Es kommt neben der Wissensvermittlung über Möglichkeiten der Schwangerschaftsverhütung und über schwangerschaftsbedingte Veränderungen zur Verbesserung der Körperwahrnehmung auch auf ein Training von Selbstbewusstsein, Selbstbestimmung und soziale Kompetenz an, um trotz bestehender Schwierigkeiten in der Lebensgestaltung zu einer altersadäquaten Lebensplanung zu kommen. So verwies eine Hebamme auf die Notwendigkeit, richtig aufzuklären. *„Also nicht nur das Schema anmalen, wie der Zyklus funktioniert und Spermien gebildet werden, sondern, was ganz wichtig ist für die Jugendlichen, vor allem für Mädchen, die aus dem sozial schwachen Milieu kommen, ein Körpergefühl [zu vermitteln], dass sie wertvoll sind, dass sie sich achten."* (Medizin, Stadt)

89 Vgl. Kap. 5.6

Einen sehr wesentlichen Aspekt, der über die enge Sicht der Sexualaufklärung weit hinaus ging, sprach eine Mitarbeiterin einer Beratungsstelle an: *„Ich finde wichtig, nicht nur an Prävention im Sinne von Sexualaufklärung zu denken, sondern an Erziehungsstellen, an alles, was Familien unterstützt in der Erziehung, weil es nicht nur um das Wissen von Sexualität, sondern um die Konflikte, die dahinterstehen, geht. Weil so etwas auch viel zu wenig im Lehrplan der Schulen steht. In der Prävention ist es wichtig, die jungen Frauen zu bestärken, ihren Körper und ihre Sexualität selbstbewusst wahrzunehmen und zu leben. Ich habe den Verdacht, dass viele ungewollte Schwangerschaften mit einer Fremdbestimmung von Frauen zu tun haben."* (Beratungsstelle, Stadt) Andere Gesprächspartnerinnen betonten in Bezug auf die Prävention die *„berufliche Perspektive. Eine Lebensperspektive, die noch etwas anderes ist als ein Kind. Also wofür es sich lohnt sich einzusetzen. Dann würde ich vielleicht auch darauf achten wollen, dass ich nicht schwanger werde."* (Beratungsstelle, Stadt)

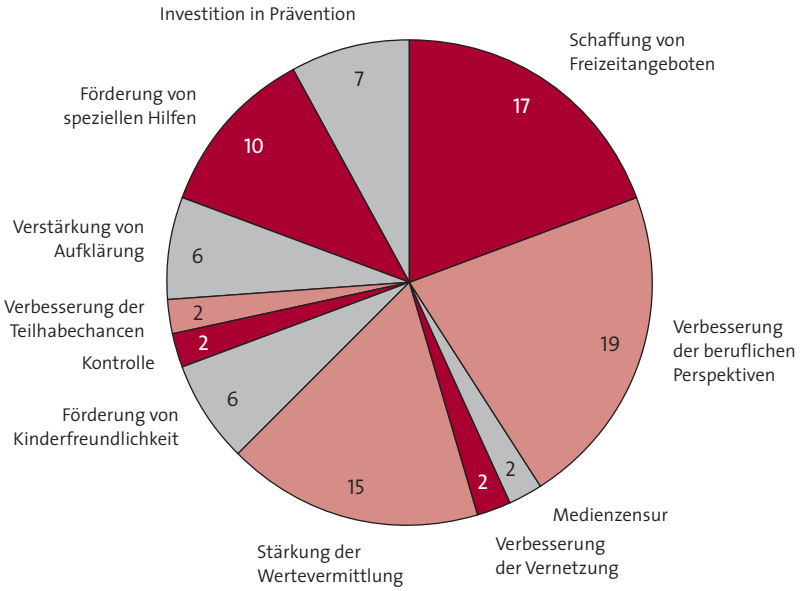
Die Einbeziehung der Familie wird vor allem unter dem Aspekt gesehen, dass die Elternhäuser sowohl bei der Aufklärung ihrer Kinder als auch in der Gestaltung des Familienklimas Verantwortung tragen und dazu befähigt werden müssen, eine optimale Entwicklung ihrer Kinder zu fördern. *„Das Problem liegt in den Familien. Wie können die Familien gestärkt werden, unterstützt werden. Wie können die jungen Mädchen die Sicht gewinnen, dass die Geburt von Kindern auch bestimmte Rahmenbedingungen erfordert? Wie kann der Wert vermittelt werden, dass es Sinn macht, erst eine abgeschlossene Berufsausbildung zu machen?"* (Jugendhilfe, Stadt)

Die Antworten der ExpertInnen verweisen sehr deutlich darauf, dass die Prävention von Teenager-Schwangerschaften eine sehr komplexe Gemeinschaftsaufgabe darstellt, die von der Erziehung und Bildung in Elternhaus und Schule über Angebote zur umfassenden Familienberatung und Begleitung bis hin zur gesellschaftlichen Verantwortung in Bezug auf Eröffnung von Zukunftsperspektiven für junge Menschen reicht. Letzteres ist besonders dann sehr wichtig, wenn die Jugendlichen keine hohen Bildungsabschlüsse vorweisen können.

6.2 Anforderungen an die Politik

Welche Herausforderungen an die Politik ergeben sich aus Sicht der Befragten? Auf die Frage, was die ExpertInnen in der Jugendarbeit als besonders wichtig ansehen, standen berufliche Perspektiven an erster Stelle, gefolgt von Freizeitangeboten und Jugendprojekten, allgemeiner Wertevermittlung und speziellen Hilfeangeboten für benachteiligte Jugendliche. Als wichtig wurden weiterhin die Investition in Prävention und Jugendprojekte sowie Aufklärung allgemein und Kinderfreundlichkeit auf gesellschaftlicher Ebene genannt (Abbildung 19).

Abbildung 19: **Wenn Sie in der Jugendpolitik beschäftigt wären, was würden Sie für besonders wichtig erachten?**



Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften Sachsen“ 2004. N=50, 88 Nennungen

Insgesamt unterscheiden sich die Gesprächspartner der einzelnen Professionen nicht wesentlich in der Präferenz ihrer Empfehlungen für die Jugendpolitik. Hinter vielen Aussagen stand, dass Angebote stabil und zuverlässig unterbreitet werden müssen, angefangen von der Familienpolitik allgemein bis hin zu den bereitgestellten Beratungsangeboten. Kürzungen in den Sozialhaushalten werden hingegen als Risiko bei der Förderung Jugendlicher und insbesondere bei der Prävention von Teenager-Schwangerschaften gesehen: *„Kinder kriegen ist schon etwas Schönes und eigentlich ist es traurig, dass immer weniger Kinder zur Welt kommen. Aber es sollen nicht unbedingt Minderjährige Kinder bekommen. So als Flucht: Ich kriege keinen Ausbildungsplatz und dann flüchte ich mich in eine Familie. Und das kommt nicht nur bei minderjährigen Schwangeren, sondern auch bei sehr jungen Frauen zum Ausdruck. Aber da kommt irgendwann mal Unzufriedenheit auf und dadurch andere Probleme, familiäre. Also, es wäre schön, in der Familienpolitik mehr zu tun und nicht zu kürzen. Kindertagesstätten usw. Das hat Konsequenzen, dass viele junge Leute sagen, nee, Kinder schaffe ich mir nicht an, da bleibe ich auf der Strecke.“* (Beratungsstelle, Land)

Hilfeangebote sollten immer auch Hilfe zur Selbsthilfe sein

Ein Grundtenor in allen Antworten zur weiteren Gestaltung der Jugendpolitik besteht darin, dass es dringend notwendig ist, junge Menschen ernst zu nehmen, ihnen zuzuhören und ihr Verantwortungsbewusstsein zu entwickeln. Das sind Wünsche, die Jugendliche selbst äußern, wie u. a. im Rahmen einer Befragung behinderter und nicht behinderter Kinder und Jugendlicher in Sachsen festgestellt werden konnte.[90] Angebote sollten immer auch Hilfe zur Selbsthilfe sein, damit Jugendliche lernen, selbstbestimmt Entscheidungen für ihre Zukunft zu treffen. Vorschläge der ExpertInnen reichen dabei von einer besseren Schulsozialarbeit über Bildungsangebote bis zu Integrationsprojekten auf dem Arbeitsmarkt und unbürokratischen Hilfen für junge Mütter, um sie nicht an den Schnittstellen von Zuständigkeiten (Sozialamt, Jugendamt, Arbeitsamt) in das soziale Abseits geraten zu lassen. Diese Aussagen erscheinen unter dem Aspekt der eingangs geschilderten Wechselwirkung zwischen Lebenslage und Entwicklungschancen der Jugendlichen von besonderer Bedeutung, und das um so mehr, als von der Situation zwei oder drei junge Menschen betroffen sind: die jugendliche Mutter, der jugendliche Vater und ihr Kind. Insofern betreffen die Forderungen an die Jugendpolitik nicht nur die Thematik Teenager-Schwangerschaften, sondern auch alle anderen Problemlagen von Jugendlichen, also auch Gewaltbereitschaft oder Drogenkonsum, psychische Fehlentwicklungen oder Abgleiten in Sekten und extremistische Gruppen. Um Jugendliche vor derartigen Problemen zu schützen, ist es nach Einschätzung der ExpertInnen notwendig, *„den Jugendlichen eine authentische Plattform und eine authentische Lobby zu schaffen und denen zu signalisieren, ihr seid wichtig. Es gibt in Finnland [...] so einen Satz [...] ihr seid alle die Größten, zeigt es uns und geht los und erobert die Welt. Und das ist so, den Jugendlichen die Angst nehmen. Ich hab immer den Eindruck, das ist allgemein in dieser Gesellschaft, dass Kinder und Jugendliche – wir nehmen sie nicht so richtig ernst und wir leben unsere Verantwortung für die Kinder nicht. [...] Also find ich es einen Skandal die Schließung von Jugendklubs. Ich finde, das geht bis in die Bildungspolitik. [...] Ich denke, solange wir das nicht schaffen, denen dort glaubhaft zu machen, ihr seid uns wichtig in eurer Meinung, erreichen wir sie auch nicht ...“* (Jugendhilfe, Stadt)

Jugendliche brauchen eine Lobby

Diese Aufforderung wendet sich an Elternhäuser in allen sozialen Milieus, an PädagogInnen und an PolitikerInnen auf allen Ebenen des gesellschaftlichen Lebens. Dabei wird in den Aussagen insgesamt auf bereits gut funktionierende Konzepte verwiesen, z. B. in der Drogen- oder Gewaltprävention. Stärkung von Kompetenz und Selbstbewusstsein bei Jugendlichen stellen eine politische Herausforderung dar, die auch auf Seiten der Gesellschaft die notwendige Weitsicht erfordert, die man

90 Michel, Riedel, Häussler-Sczepan (2003), S. 111 ff.

von der jugendlichen Schwangeren erwartet: über tragfähige Zukunftskonzepte und Rahmenbedingungen nachzudenken, die ein Leben mit Kindern in der Gesellschaft zu einem freudigen Ereignis und nicht zu einem Problemfall werden lassen.

3 Konsequenzen für Forschung und Praxis

1 Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse

2 Forschungsempfehlungen und Verbesserungsmassnahmen

Die vorliegende Studie zu Teenager-Schwangerschaften in Sachsen legt den Schwerpunkt auf die Hilfe- und Beratungsangebote für minderjährige Schwangere und Mütter und stützt sich auf das Erfahrungswissen von ExpertInnen, die beruflich mit dieser Thematik befasst sind. Zentral war dabei die Frage, welche Angebote und Hilfen es für jugendliche Schwangere in Sachsen gibt und wie die professionell auf diesem Gebiet Tätigen die Situation einschätzen bzw. welche Verbesserungswünsche und Vorschläge sie machen können. Auf Grundlage der Ergebnisse wurden Forschungsempfehlungen und konkrete Verbesserungsvorschläge für Aufklärung, Beratung und Betreuung von Jugendlichen erarbeitet.

1 Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse

Die Ergebnisse dieser Studie basieren auf 50 Interviews, die im Zeitraum von September 2003 bis Februar 2004 in zwei unterschiedlichen sächsischen Regionen durchgeführt wurden.

Soziale und berufliche Daten der Befragten

Ein Blick auf die Geschlechtszugehörigkeit der befragten ExpertInnen zeigt deutlich, dass die Beratung und Betreuung von minderjährigen Schwangeren eine Frauendomäne ist. Nur drei der insgesamt 63 interviewten Personen in städtischen und ländlichen Gebieten Sachsens sind Männer. Die Beratungssituation lässt sich damit als ein „Gespräch unter Frauen“ charakterisieren. Das durchschnittliche Alter der ExpertInnen liegt bei 44 Jahren. Etwa die Hälfte der Befragten war älter als 45 Jahre, ein knappes Drittel gehörte zur Altersgruppe der 35- bis 44-Jährigen und nur 21 %, d. h. 13 Personen waren 25 bis 34 Jahre alt. Wenn wir davon ausgehen, dass jugendliche Schwangere häufig selbst junge Mütter haben, die teilweise bereits mit 35 Jahren Großmutter werden, so befindet sich die überwiegende Mehrzahl der Professionellen in der Altersgruppe der werdenden Großmütter bzw. sind älter als diese.

Die befragten ExpertInnen sind entsprechend ihrer Berufsaufgabe gut qualifiziert und verfügen im Durchschnitt über 12 Jahre Berufserfahrung. Die überwiegend langjährige Berufserfahrung eröffnete im Rahmen unserer Befragung die Chance, aktuelle Entwicklungen mit früheren Erfahrungen zu kontrastieren.

Wege zur Beratung

Die Frage, wie die jugendlichen Schwangeren auf die professionellen Hilfeangebote aufmerksam werden, muss differenziert nach den verschiedenen Berufsgruppen und Angebotsbereichen betrachtet werden. Dabei nehmen die Beratungsstellen eine Sonderrolle ein, weil in diesem Berufszweig eine sogenannte „Komm-Struktur" herrscht, d. h. die ratsuchenden jungen Schwangeren müssen von sich aus zu einer Beratungsstelle „kommen", um das Hilfeangebot wahrzunehmen. Vermittelt durch Dritte werden die Jugendlichen kaum. Die Vermittlung durch andere Stellen und eine anschließende „zugehende Beratung" ist dagegen charakteristisch für die Kliniksozialdienste und Mutter-Kind-Heime, die von ÄrztInnen und medizinischem Personal bzw. vom Jugendamt über die jugendlichen Schwangeren informiert werden. Ebenso sprechen in Berufs- und Förderschulen die LehrerInnen und Sozialpädagoginnen die minderjährigen Schwangeren direkt an. Zudem gibt es einen nicht unerheblichen Teil an minderjährigen Schwangeren, die auf Eigeninitiative hin die entsprechende Einrichtung bzw. Person aufsuchen.

Die wichtigsten Informationen über die hilfegebenden Angebote und Einrichtungen erhalten minderjährige Schwangere vorrangig durch Mundpropaganda, ortsansässige GynäkologInnen, die Medien und über Freunde und Familie. Bei den Beratungsstellen kommen noch weitere Informationswege hinzu. Expertinnen aus diesem Bereich gaben an, dass jugendliche Schwangere auch von Lehr- und Ausbildungskräften informiert wurden bzw. durch Zeitungsartikel, Inserate oder Broschüren in Ämtern auf das Beratungsangebot aufmerksam wurden. Besonders in der Region um Chemnitz werden von den Beratungseinrichtungen auch Ämter als Instanzen der Informationsweitergabe benannt.

Die Öffentlichkeitsarbeit von Beratungsstellen beschränkt sich meist auf das Verteilen von Faltblättern, die über das Angebot informieren. Die besten Orte für die Verteilung von schriftlichem Informationsmaterial für minderjährige Schwangere sind nach Einschätzung der befragten BeraterInnen Bildungseinrichtungen und gynäkologische Arztpraxen. Die Weitergabe von Informationen über die GynäkologInnen hielten die Mitarbeiterinnen aus den Beratungsstellen jedoch noch nicht für optimal. Im ländlichen Raum informieren Beratungsstellen häufiger als im städtischen Gebiet in der Zeitung über ihre Arbeit. Die Präsentation in Schulen wird nur von drei Beratungsstellen im ländlichen Raum als Form der Öffentlichkeitsarbeit benannt.

Trotz intensiver Bemühungen um Öffentlichkeit ist sich der größte Teil der befragten ExpertInnen einig in der Einschätzung, dass die jungen Schwangeren nur teilweise, wenig oder gar nicht über die Arbeit der beratenden Einrichtungen informiert sind. Stadt-Land-Unterschiede zeigen sich allerdings bezüglich des Wissens um konkrete Hilfeangebote und finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten für minderjährige Schwangere. ExpertInnen im Umland von Chemnitz gaben häufiger als die Befrag-

ten in der Stadt an, dass die jugendlichen Ratsuchenden über konkrete Hilfeangebote Bescheid wissen und informiert sind. Möglicherweise zeigen sich hier Auswirkungen der aktiveren Öffentlichkeitsarbeit in ländlichen Regionen.

Jugendliche Schwangere suchen relativ früh eine Beratungsstelle oder hilfegebende Einrichtung auf. Ein Beurteilungskriterium für die Frage, wie gut die betroffenen jungen Frauen über die Angebote informiert sind, ist der Zeitpunkt, an dem sie eine Beratungsstelle aufsuchen. Nur wenige minderjährige Schwangere kommen erst nach der 20. Schwangerschaftswoche mit einer professionellen Einrichtung in Kontakt. Dieses Ergebnis deutet auf einen ausreichenden Informationsfluss und eine gut funktionierende Wissensvermittlung unter den beteiligten Professionen hin. Nach Auskunft der Beratungsfachkräfte kommen jugendliche Schwangere nur dann spät in die Beratung, wenn die Schwangerschaft vor den Eltern oder nahestehenden Personen verheimlicht werden soll bzw. wenn die Schwangerschaft verdrängt wurde.

Beratungssituation und Beratungsinhalte

Die meisten Gespräche – in den Beratungsstellen ebenso wie in der Jugendhilfe, den Schulen oder im medizinischen Bereich – werden mit mindestens zwei ratsuchenden Personen geführt. Dabei besteht nach Auskunft der Fachleute ein Zusammenhang zum Alter der minderjährigen Schwangeren: Vorwiegend „ältere“ jugendliche Schwangere kommen allein zur Beratung.

Nur in elf Gesprächen wird erwähnt, dass der Partner der jungen schwangeren Frau am Beratungsgespräch teilgenommen hat. Stadt-Land-Unterschiede gibt es in dieser Hinsicht nicht: Fünfmal war der Partner bei Beratungsgesprächen in der Stadt dabei und sechsmal auf dem Land. Sollte dies ein Hinweis auf die Veränderung von männlichen Rollen und Wünschen in Bezug auf Vaterschaft sein, so wird diese Neuorientierung von Jugendlichen in Stadt und Land gleichermaßen wahrgenommen. Dies gilt auch für die Teilnahme der zukünftigen Großväter am Beratungsgespräch. Zehnmal berichten Fachleute, dass die Eltern der jugendlichen Schwangeren gemeinsam am Beratungsgespräch teilnahmen. Regionale Unterschiede gibt es in dieser Hinsicht auch nicht.

Die wichtigste Begleitperson ist die zukünftige Großmutter. In 23 Interviews wird die Mutter der jugendlichen Schwangeren als Begleitperson angegeben, d. h. in etwa der Hälfte der Beratungen sind die zukünftigen Großmütter als Gesprächspartnerinnen dabei. Hier kann vermutet werden, dass es sich dabei – nicht nur aufgrund der Verantwortung für die minderjährigen schwangeren Töchter – um diejenigen handelt, die sich um das erwartete Kind kümmern werden und/oder „müssen“ bzw. vielleicht auch wollen. Vor allem im ländlichen Raum nehmen die Mütter der minderjährigen Schwangeren an den Beratungsgesprächen teil.

Normalerweise haben die befragten ExpertInnen etwa drei bis vier Termine mit den schwangeren jungen Frauen. Nur Hebammen und Mutter-Kind-Einrichtungen gaben erwartungsgemäß an, häufiger Kontakt mit den Minderjährigen zu haben. Die überwiegende Mehrheit der Befragten (40 von 50 Interviews) berichtete, dass die jungen Frauen und Mädchen zum ersten Mal schwanger sind, nur in Ausnahmefällen hatten sie bereits einen Schwangerschaftsabbruch oder eine Geburt erlebt.

Inhaltliche Beratungsschwerpunkte sind Fragen der zukünftigen Gestaltung des eigenen Lebens, finanzielle Unterstützungen, das familiäre Netzwerk, Schwangerschaft und Geburt sowie der zukünftige Tagesablauf mit dem Kind. Die Antworten der befragten ExpertInnen machen deutlich, dass die Beratung in allen Fachgebieten stark auf die Bedürfnisse der jungen Schwangeren ausgerichtet ist und daher alle möglichen Themenbereiche und -wünsche angesprochen werden. Ein Viertel der genannten Hilfeangebote für junge Schwangere bezieht sich auf die Vernetzung mit Ämtern bzw. die Vermittlung an weitere hilfegebende Stellen und Einrichtungen. Erwartungsgemäß stehen in den Beratungseinrichtungen finanzielle und soziale Themen im Vordergrund, während Ärztinnen und Hebammen stärker über körperliche Veränderungen in der Schwangerschaft informieren und über Geburt und die Betreuung des Kindes nach der Geburt aufklären.

Das Verhütungswissen der Jugendlichen wird von den befragten ExpertInnen mehrheitlich als nicht ausreichend und mangelhaft eingeschätzt. Nach Auskunft der Fachleute haben viele jugendliche Schwangere überhaupt nicht verhütet. Auch wird trotz Aufklärungs- und Verhütungskampagnen der „Coitus interruptus“ immer noch von Jugendlichen als taugliche Methode der Empfängnisverhütung gewertet und angewendet. Von den befragten ExpertInnen werden vor allem Pille und Kondom als Methode der Verhütung empfohlen. Bezüglich der Nachverhütung gibt es Stadt-Land-Unterschiede: Die „Pille danach“ wird ausschließlich im Umland von Chemnitz und nur von Beratungsstellen empfohlen. In den Gesprächen mit Medizinerinnen und bei der Befragung in städtischen Einrichtungen wurde die Methode der Nachverhütung als Empfehlung an jugendliche Schwangere nicht erwähnt.

Die Vorschläge für die zukünftige Gestaltung von Aufklärungsangeboten lassen sich wie folgt charakterisieren: So zeitig wie möglich anfangen, von Außenstehenden durchführen lassen und geschlechtsspezifisch getrennt anbieten, weil das Thema schambesetzt ist.

Vor allem bewusstes oder unbewusstes Vermeidungsverhalten aus Angst und Scham vermuten die befragten ExpertInnen als Ursache dafür, dass nicht alle minderjährigen Schwangeren von bestehenden Hilfe- und Beratungsangeboten erreicht werden. Unwissenheit oder mangelnde Informiertheit der jugendlichen Schwangeren wurde vor allem im städtischen Raum als Grund für die Nichtwahrnehmung von Beratungs- und Betreuungsangeboten gesehen. Nur drei Befragte in der Stadt vermuteten, dass die bestehenden Beratungsangebote zu intellektuell und nicht auf Jugend-

liche zugeschnitten sind. Risiken bei der Nichtwahrnehmung von Hilfeangeboten bestehen nach ExpertInnenmeinung vor allem hinsichtlich der Gesundheit von Mutter und Kind während der Schwangerschaft und nach der Geburt infolge mangelnder Vorsorge und Aufklärung.

Angebote, Bedarf und Vernetzung der Hilfe- und Beratungsangebote

Vor allem im ländlichen Raum wird das Angebot für jugendliche Schwangere als mangelhaft eingeschätzt. Auf die Frage, welche speziellen Angebote für minderjährige Schwangere und junge Mütter noch fehlen, wurden mehr Vorschläge von Befragten aus dem ländlichen Raum gemacht. Dabei handelte es sich vor allem um Beratungs- und Austauschangebote speziell für schwangere Teenager, Betreuungsangebote für junge Mütter und deren Kinder, finanzielle Hilfen und spezielle Ausbildungsangebote für die minderjährigen Mütter. Eine Sonderstellung nimmt die Stadt Leipzig ein. Nach ExpertInnenmeinung ist das Angebot ausreichend, die mangelnde Inanspruchnahme ist eher eine Frage des Bekanntheitsgrades.

Die Vorschläge zur Optimierung von Beratungs- und Hilfeangeboten sind vielfältig und beziehen sich auf Form und Inhalt der Beratung: *„Wir sollten zu ihnen hingehen."* Durch Informationsveranstaltungen in den Schulen oder auch das Einladen von Schulklassen in die Einrichtungen können Hemmschwellen abgebaut und Informationslücken geschlossen werden. Daneben wird die bessere Vernetzung von sozialpädagogischen Fachkräften empfohlen und die Entstigmatisierung von Begriffen wie „Heim" oder „Beratungsstelle". Auch sollte es den Jugendlichen als eine Selbstverständlichkeit vermittelt werden, dass Hilfe suchen und annehmen keine Zeichen von Schwäche oder Bevormundung sind, sondern eine Möglichkeit und Chance, in einer schwierigen Lebenssituation die beste Lösung zu finden.

Vorgeschlagen wird auch eine Verknüpfung von sozialer und medizinischer Beratung, um die jugendlichen Schwangeren zu erreichen und soziale Beratung als normales Hilfeangebot aufzuwerten, *„dass es in den Mutterpass mit eingetragen wird, so wie Geburtsvorbereitung"*. Für die Zeit nach der Geburt stand die Idee einer regelmäßigen Mütterberatung, *„wo sie ihre Sorgen loswerden, wo sie über alles reden können"*. In diesem Rahmen könnte auch eine Chance für die jungen Großeltern und Großmütter bestehen, *„denn sie müssen ja auch lernen damit umzugehen"*.

Fast alle befragten ExpertInnen gaben an, mit anderen Einrichtungen und Fachleuten zusammenzuarbeiten. Gute und kontinuierliche Kooperation wird einhellig als hilfreich und sinnvoll bewertet. Mehr als die Hälfte der Befragten berichtete über regelmäßige Zusammenkünfte mit Einrichtungen in einem ähnlichen Arbeitsfeld und mit Institutionen in anderen Tätigkeitsfeldern. Als Vorteil der Kooperation wird vor allem der Informations- und Erfahrungsaustausch über den neusten Stand der sozialrecht-

lichen Regelungen gesehen und damit auch ein besseres und vielfältigeres Hilfe- und Beratungsangebot für minderjährige Schwangere und Mütter. Befragte auf dem Land betonen diesen Aspekt noch häufiger als die professionellen Fachkräfte in der Stadt. Als Vorteil des kollegialen Erfahrungsaustauschs wird auch die informative und entlastende Seite für Fachkräfte benannt sowie die besseren Chancen für die Weitervermittlung jugendlicher Schwangerer an kompetente Fachkräfte.

Der Wunsch nach einer besseren Zusammenarbeit mit Jugend- und Sozialämtern wurde von allen befragten Berufsgruppen geäußert, verstärkt jedoch im städtischen Raum. Die drei befragten Gynäkologinnen gaben an, keinen regelmäßigen Erfahrungsaustausch zum Thema Teenager-Schwangerschaften zu haben. Demgegenüber steht der von zehn Beraterinnen geäußerte Wunsch nach regelmäßigem Kontakt und Erfahrungsaustausch mit den ÄrztInnen wie zum Beispiel *„ein Rundtischgespräch, wo man auch viele Dinge mal ansprechen kann“.*

Lebenssituation jugendlicher Schwangerer[91]

Dass minderjährige Schwangere aus allen sozialen Milieus stammen, war die häufigste und spontan geäußerte Auskunft von Beratungsfachkräften. Dies bestätigt die Ergebnisse einschlägiger Forschungen zum Thema.[92] Viele Beraterinnen relativieren und konkretisieren diese Aussage im Gesprächsverlauf und beschreiben die Herkunftsfamilien der jugendlichen Schwangeren als überwiegend problematisch. Typisch ist folgende Schilderung: *„Es passiert in ganz normal bürgerlichen Familien. Aber die meisten minderjährigen Schwangeren kommen aus einem Milieu, das selbst schon Defizite aufweist. Wenig Bildung, wenig Zuneigung, selbst in der eigenen Kindheit. Problembehaftete Familien. Meistens kinderreiche Familien. Alkoholiker. Die meisten Eltern haben keine Arbeit. Das sind oft Familien, wo schon die Eltern in der Jugendhilfe waren und das zieht sich wie ein roter Faden. Meistens fehlt der Vater. Häufig hat die Großmutter dann auch mehrere Partner gehabt und Kinder wieder von anderen Partnern.“*

Jugendliche Schwangere verfolgen mehrheitlich niedrige Bildungs- und Ausbildungswege. Besonders in Bezug auf Förderschülerinnen wird ein unverantwortlicher Umgang mit Sexualität und Mutterschaft konstatiert. In dieser Gruppe gilt nach Einschätzung der Fachleute die Schwangerschaft als Mittel, um Aufmerksamkeit und Zuwendung zu erhalten. Gleichzeitig werden die Körperwahrnehmung und das Verhütungswissen von Förderschülerinnen als defizitär beschrieben.

91 Eine Befragung zum Thema Teenager-Schwangerschaften darf die Lebenslage der minderjährigen schwangeren Frauen nicht vernachlässigen. Daher lag ein Schwerpunkt der Befragung von ExpertInnen auf der Situation der ratsuchenden jungen Schwangeren. Für die Beurteilung der im Folgenden dargestellten Aussagen ist es wichtig zu bedenken, dass dies Fremdeinschätzungen aus der Perspektive beratender und betreuender Personen sind. Die tatsächliche Lebenslage minderjähriger Schwangerer wurde in der vorliegenden Studie nicht erfasst.

92 Vgl. Exkurs, Kap. 3.3

Bezogen auf die familiäre Unterstützung minderjähriger Schwangerer durch ihre Eltern vermitteln die Antworten der ExpertInnen ein geteiltes Bild. Etwa die Hälfte der Aussagen berichtet von einer positiven Entwicklung und Unterstützung durch die Großeltern. Fast ebenso häufig gestaltet sich diese Beziehung in der Folge der Schwangerschaft spannungsreich und in manchen Familien verändert sich nichts im Beziehungsgefüge. Die wichtigste Person im familiären Hilfesystem ist die Mutter der jugendlichen Schwangeren, also die werdende Großmutter.

Auch die Reaktionen des Freundeskreises der jugendlichen Mutter werden als unterschiedlich geschildert. Zum Teil erfahren die jungen Frauen Unterstützung und Bewunderung, bei einigen kommt es zum Bruch mit den Freunden und manche gewinnen neue Kontakte v. a. mit anderen jugendlichen Schwangeren bzw. Müttern.

Die werdenden Väter spielen nach den Erfahrungen der befragten ExpertInnen überwiegend keine Rolle. Die wenigen Partner, die sich zu ihrer Rolle als Vater bekennen, werden allerdings als ausgesprochen engagierte und interessierte junge Männer beschrieben, die eine entlastende Funktion übernehmen. Die Partner sind meist gleichaltrig bzw. nur wenige Jahre älter als die jugendliche Schwangere.

Mangelnde bzw. defizitäre Verhütung als Folge schlechter oder fehlender Aufklärung wird von den Befragten als wichtigste Ursache von Teenager-Schwangerschaften benannt. Neben typischen psychosozialen Hintergründen und Konstellationen wird von den sächsischen ExpertInnen auch die mangelnde Zukunftsperspektive von sozial benachteiligten Jugendlichen als ein Motiv für die Schwangerschaft gesehen. Vor allem Mädchen aus sozial schwachen Familien nehmen die Mutterschaft als Aufwertung der eigenen Person und gesellschaftliche Teilhabechance wahr. *„Ich werde keine Lehre kriegen, das ist alles sinnlos – dann wenigstens ein Kind."*

Die Zukunftschancen der minderjährigen Schwangeren werden als schlecht eingeschätzt. Vor allem die berufliche Integration und eine finanzielle Unabhängigkeit der jungen Frauen wird als problematisch und schwierig zu realisieren beurteilt. In einigen Äußerungen wird das Problem der Armutsspirale benannt: Sozialhilfebezug als ökonomische Grundsicherung, die bereits die Eltern vorgelebt haben. Viele junge Frauen haben naive bzw. gar keine Zukunftsvorstellungen. Allerdings gibt es auch minderjährige Schwangere mit klaren Vorstellungen und realistischen Zukunftsplänen für ein Leben mit dem Kind.

Gute Chancen haben die jungen Mütter nach ExpertInnenmeinung nur, wenn sie Unterstützung in ihrer Familie, bei ihrem Partner oder auch in betreuenden Einrichtungen erfahren. Dann kann die Entwicklung von Mutter und Kind durchaus positiv verlaufen. Die Zukunftsbewältigung ist im Wesentlichen von den Unterstützungspotentialen abhängig.

2 Forschungsempfehlungen und Verbesserungsmassnahmen

Aus den ExpertInnengesprächen wurde deutlich, dass die Neuordnung der familiären Rollen in den Familien mit jugendlichen Müttern wichtig ist. Sowohl die jugendlichen Eltern als auch die jungen Großeltern müssen sich mit der neuen Situation auseinander setzen und ihre Rolle in der Familie neu bestimmen. Das gilt nicht nur für die Zeit der Schwangerschaft, sondern vor allem für die zukünftige Gestaltung der Beziehungen zu dem Kind, dessen Mutter altersbedingt noch nicht über das Sorgerecht verfügt.

Beratungsangebote sollten die gesamte Familiensituation der jugendlichen Schwangeren berücksichtigen

Eine wichtige Rolle spielt die werdende Großmutter, die häufig am Beratungsgespräch teilnimmt. Die Beratung jugendlicher Schwangerer lässt sich als ein Drei-Frauen-Gespräch typisieren, bei dem die junge schwangere Frau aufgrund des Altersabstands eher die „Kind-Position" einnimmt. Beratungskonzepte und Ansätze sollten in dieser Hinsicht überprüft werden und im Sinne der ExpertInnenempfehlungen die Familienbegleitung integrieren. Da in vorliegenden Studien dieser familiäre Kontext weitgehend unberücksichtigt bleibt, ist zu empfehlen, im Rahmen von Längsschnittanalysen die Entwicklung der Kinder-Eltern-Großeltern-Beziehungen näher zu untersuchen. Die Forschungsfragen sollten sowohl die Entwicklung sozialer Rollen und möglicher Rollenkonflikte in Familien mit jugendlichen Müttern beinhalten als auch die Möglichkeiten der Realisierung der Entwicklungsaufgaben in der Adoleszenz trotz bestehender Mutter-/Elternschaft berücksichtigen.

Jugendliche brauchen berufliche Perspektiven und Teilhabechancen

Minderjährige Schwangere stammen häufig aus einem benachteiligten sozialen Milieu. Die Schwangerschaft entsteht neben fehlender Information zu Methoden der Schwangerschaftsverhütung auch vor dem Hintergrund mangelnder beruflicher Perspektiven und Lebenschancen. Jugendliche, die nur geringe Teilhabechancen besitzen, sehen in der Realisierung einer frühen Elternschaft ihre Zukunft und ihre Identität als Erwachsene. Auf die Identitätsthematik verweist auch die Beschreibung der jungen Väter, die sich engagieren. Hier besteht weiterer Forschungsbedarf, sowohl unter dem Aspekt der Wahrnehmung von Entwicklungschancen zur Erlangung wirtschaftlicher und sozialer Selbstständigkeit und der Vermeidung reproduzierter Armutskarrieren als auch zum Förder- und Unterstützungsbedarf der jungen Familien über den Zeitpunkt der Erlangung der Volljährigkeit hinaus.

Wirksamkeit und Nutzen von Informationen, Informationswege und Auswahleffekte bei der Inanspruchnahme von Beratungsstellen durch jugendliche Schwangere sollten weiter erforscht werden

Stadt-Land-Unterschiede bestehen dahingehend, dass auf dem Land besser und aktiver über Angebote informiert wird und mehr zusätzliche Angebote und Maßnahmen gewünscht bzw. Defizite angesprochen werden. Beratungsstellen auf dem Land betreiben eine aktivere Öffentlichkeitsarbeit und unterscheiden sich in ihren präventiven Empfehlungen. Die „Pille danach" wird nur in der ländlichen Region als Methode der Nachverhütung empfohlen. Hier besteht ein Informationsdefizit im städtischen Raum. Ursachen für diese Unterschiede konnten nicht eindeutig im Rahmen dieser Studie festgestellt werden, zumal hierin ein gewisser Widerspruch zu sehen ist zu den Möglichkeiten der Informationsbeschaffung und Weiterbildung in der Großstadt. Eine mangelnde Informiertheit der minderjährigen Schwangeren über Beratungsangebote wird vor allem im städtischen Raum angegeben. Die Ursachen können vielschichtiger Natur sein, belegen jedoch eindeutig weiteren Forschungsbedarf bezüglich der Wirksamkeit und Nutzung von Informationen, Informationswegen und Auswahleffekten bei der Inanspruchnahme von Beratungsstellen durch jugendliche Schwangere. So liegt die Vermutung nahe, dass in der Großstadt, in der z. B. berufsbildende Lernförderschulen konzentriert sind, eine andere Klientel die Beratungsstellen aufsucht als auf dem Land.

Weiterbildungskonzepte für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Jugendarbeit sollten verstärkt angeboten werden

Vernetzung von heterogenen Angeboten ist zwar eine von den ExpertInnen häufig genannte Empfehlung, gehört aber offensichtlich noch nicht zur Normalität im Beratungsalltag. Insofern sollten auch Weiterbildungskonzepte entwickelt und evaluiert werden, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Jugendarbeit sowie im medizinischen Dienst und in der Beratungsarbeit besser befähigen, nicht nur die unmittelbare fachliche Arbeit weiter zu qualifizieren, sondern auch neue Wege in der Öffentlichkeitsarbeit zu beschreiten. Es ist zu empfehlen, diese Weiterbildungsangebote multiprofessionell auszulegen, um zu einer stärkeren gegenseitigen Unterstützung und Verständigung der beteiligten Professionen zu kommen. Aufzugreifen wäre auch der Vorschlag von Beratungsfachkräften, einen runden Tisch zum Thema Teenager-Schwangerschaften/Teenager-Mütter einzurichten, um die betroffenen jungen Frauen bedarfsgerecht zu allen Fragen der frühen Schwangerschaft, Mutterschaft oder zur Bewältigung eines Schwangerschaftsabbruches beraten und unterstützen zu können.

Konzepte, die Bildungs- und Berufschancen erhöhen, sollten entwickelt werden

Eine Reihe wesentlicher Empfehlungen der ExpertInnen richtet sich sowohl an die Gesellschaft allgemein als auch an alle an der Förderung junger Menschen beteiligten Personen und an die Jugendlichen selbst. Zum einen ist es dringend erforderlich, Konzepte zu entwickeln, die weniger gut ausgebildeten jungen Menschen allgemein und jugendlichen Müttern im Besonderen eine Zukunft eröffnen. Diese umfassenden Konzepte beginnen mit der Herausforderung an das Bildungssystem, optimale Ausbildungsbedingungen zu schaffen, die einem weiteren Anstieg an LernförderschülerInnen oder Bildungsabbrechern entgegenwirken können. Jugendarbeit und Jugendprojekte, die eine sinnvolle Freizeitgestaltung ermöglichen, die Jugendlichen eine Chance geben, altersadäquate Formen der Identitätsfindung und der Realisierung von Entwicklungsaufgaben zu wählen, sind ebenso wichtig wie die jugendgemäße Vermittlung von Lebenswerten und Zukunftsvisionen, verbunden mit Handlungs- und Entscheidungskompetenzen. Gerade in dieser Hinsicht sind diejenigen Medien gefordert, die Jugendliche als Zielgruppe haben. Ein wesentlicher Part kommt der Wirtschaft zu in Bezug auf die Schaffung von Ausbildungs- und Arbeitsplätzen für benachteiligte Jugendliche. Denn erlebte Erfolge motivieren die Jugendliche, die daraus resultierenden Perspektiven zu nutzen, Misserfolge hingegen destabilisieren.

Längsschnittanalysen können die Wirksamkeit von Hilfeangeboten aufzeigen

Und schließlich erscheint es notwendig, in Längsschnittanalysen den Lebensweg junger Mütter, Väter und deren Kinder zu begleiten, um Informationen darüber zu erhalten, wie die Entwicklung der jungen Familie nach Erreichen der Volljährigkeit der Mütter verläuft. Schwerpunkt dieser Analyse sollte neben der Evaluierung der Wirksamkeit begleitender Hilfen bis zur Volljährigkeit auch sein, wie Mutter und Kind bestehende Chancen der sozialen Eingliederung wahrnehmen, welche Risikofaktoren für Fehlentwicklungen der jungen Eltern/Mütter und deren Kinder bestehen und welcher weiterführende Unterstützungsbedarf sich daraus ableitet.

4 Anhang

1 Literatur

14. Shell Jugendstudie (2002): Jugend 2002 – Zwischen pragmatischem Idealismus und robustem Materialismus, Fischer Taschenbuch, Frankfurt a.M.

Arbeitskreis Sexualpädagogik Leipzig e.V. (2004): www.aksexpaed.de. 20. Janunar 2004

Bäcker, G., Bispinck, R., Hofemann, K., Naegele, G. (2000): Sozialpolitik und Soziale Lage in Deutschland, 3. Auflage, Westdeutscher Verlag, Opladen

Bundesagentur für Arbeit (2004): http://www1.arbeitsamt.de/hst/services/statistik/200312/iiia4/multijz_heftd.pdf. 21. April 2004

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.) (2001): Lebenslagen in Deutschland. Der erste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Berlin

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2002): Elfter Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland, Berlin

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (1994): Rahmenkonzept zur Sexualaufklärung, Köln

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (1995): Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung: Einfluss neuer gesetzlicher Regelungen auf das Verhütungsverhalten Jugendlicher und junger Erwachsener, Band 3, Köln

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (1997): Rahmenkonzept Sexualaufklärung für Jugendliche, Köln

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

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (2002): Sexualität und Kontrazeption aus der Sicht der Jugendlichen und ihrer Eltern, Köln

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2005): Prävention von Schwangerschaften bei Minderjährigen, Medienpaket zu Erkenntnissen, Fakten und Maßnahmen, Köln

F

Fend, H. (1997): Der Umgang mit Schule in der Adoleszenz, Huber, Bern

Friedrich, M., Remberg, A. (2005): Wenn Teenager Eltern werden ..., Lebenssituation jugendlicher Schwangerer und Mütter sowie jugendlicher Paare mit Kind, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung, Band 25, Köln

G

Garst, A. (2003): „Diskofieber und Muttersorgen" – Wenn 14-Jährige Kinder kriegen, in: Fachtagung zu jugendlichen Elternschaften am 10. Oktober 2002: „Sie ist doch selber noch ein halbes Kind ..." im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, pro familia Schleswig-Holstein und des MJFJF Schleswig-Holstein

Gesetz zum Schutz des vorgeburtlichen/werdenden Lebens, zur Förderung einer kinderfreundlicheren Gesellschaft, für Hilfen im Schwangerschaftskonflikt und zur Regelung des Schwangerschaftsabbruchs (Schwangeren- und Familienhilfegesetz) vom 27. Juli 1992 (BGBl. I S. 1398)

Große Anfrage, Drs.-Nr. 3/5121 (2002): Große Anfrage der PDS des Sächsischen Landtages: Zur sozialen Situation von Familien mit Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen und deren Hilfebedarf und Förderstrukturen in Sachsen, Dresden

H

Hildenbrand, B. (2000): Anselm Strauss. In: Flick, U., Kardorff, E. von, Steinke, I. (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch, Rowohlt, Reinbek bei Hamburg

Hurrelmann, K. (2000): Gesundheitsrisiken von sozial benachteiligten Kindern, in: Altgeld, T., Hofrichter, P. (Hg.): Reiches Land – kranke Kinder? Mabuse, Frankfurt

J

Jonas, A. (2003): Schwangerschaften bei Minderjährigen – Ursachen und Besonderheiten von Schwangerschaften in dem Zeitraum der frühen und mittleren Adoleszenz, Diplomarbeit an der HTWK Leipzig

K

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

KLOCKE, A., HURRELMANN, K. (Hg.) (1998): Kinder und Jugendliche in Armut, Westdeutscher Verlag, Opladen/Wiesbaden

KRÖHNERT, St., OLST, N. van, KLINGHOLZ, R. (2004): Deutschland 2020 – Die demographische Zukunft der Nation, Berlin-Institut für Weltbevölkerung und globale Entwicklung (Hg.)

MANSFELD, K. (2002): Presseerklärung des Kultusministers Mansfeld zum Schuljahresbeginn: Zahlen, Entwicklungen, Streiflichter. http://wo2.saxony.d/scripts/WebObjekts.exe//presse.woa/60603000. 21. Juni 2003

MAYRING, P. (1993): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, Deutscher Studien-Verlag, Weinheim

MICHEL, M., RIEDEL, S., HÄUßLER-SCZEPAN, M. (2003): Lebenswelten behinderter Kinder und Jugendlicher in Sachsen. Eine Studie des Institutes für Arbeitsmedizin und Sozialmedizin der Universität Leipzig, im Auftrag des SÄCHSISCHEN STAATSMINISTERIUMS FÜR SOZIALES, Dresden

MISTEL – Magdeburger Institut für Supervision, Training von Beratungskompetenzen, Evaluation und Lehre an der FH Magdeburg (2002): Motive des Schwangerschaftsabbruchs bei minderjährigen Schwangeren in Sachsen-Anhalt

MÜLLER, C. (2002): Mutterschaft in der Adoleszenz. Eine Untersuchung auf der Basis von statistischen Angaben des Freistaates Sachsen sowie einer eigenen Erhebung an minderjährigen Müttern in der Stadt Chemnitz, Diplomarbeit an der FH Mittweida

OSTHOFF, R. (1999): Schwanger werd´ ich nicht alleine ... Ursachen und Folgen ungeplanter Teenager-Schwangerschaften, Knecht, Landau

OSTHOFF, R. (2000): Wenn Mädchen Mütter werden – Probleme und Bewältigungsversuche betroffener Teenager, in: DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR GESCHLECHTSERZIEHUNG E.V. (Hg.): Informationen zur Sexualpädagogik und Sexualerziehung, Heft 3/4 23. Jahrgang, Bonn

PESEK, B. A. (2002): Armut bedroht die Gesundheit, in: DEUTSCHES ÄRZTEBLATT 47/2002. 3166 – 3168

R

Remberg, A. (1997): Praxis der Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatung bei minderjährigen Mädchen und jugendlichen deutschen und ausländischen Frauen. Eine Expertise im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Remberg, A. (2003): Zu jung für ein Kind? Einblicke in die alltägliche Lebenswelt jugendlicher Mütter, in: Fachtagung zu jugendlichen Elternschaften am 10. Oktober 2002: „Sie ist doch selber noch ein halbes Kind ...“ im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, pro familia Schleswig-Holstein und des MJFJF Schleswig-Holstein

Remberg, A.; Weiser, S. (2003): „Wie konnte das passieren?“ Schwangerschaft im Jugendalter, in: pro familia Magazin 03/2003 Jugend und Sexualität

S

Sächsisches Landesamt für Familie und Soziales (2002a) (Hg.): Sozialstrukturatlas des Sächsischen Landesjugendamtes für den Freistaat Sachsen

Sächsisches Landesamt für Familie und Soziales (2002b) (Hg.): Jugendhilfe in Sachsen. Einrichtungsverzeichnis des Sächsischen Landesjugendamtes, Stand: 31. August 2002

Scherer,W. (2004): Regionale Disparitäten, soziale Ausgrenzung und Armutslagen in Sachsen. Schriftenreihe des Fachbereiches Soziale Arbeit der Hochschule Mittweida/Roßwein (im Druck)

Schneider, R. (2003): Teenager-Schwangerschaften in Deutschland (Sekundäranalyse in Form einer Literatur- und Internetrecherche), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, unveröffentlichtes Manuskript

Statistik Sachsen (2001): Erneut weniger Schüler an den allgemeinbildenden und Förderschulen in Sachsen. Pressemitteilung des Landesamtes für Statistik Sachsen 302/2001. 17. Dezember 2001

Statistik Sachsen(2001a): Weniger Schülerinnen und Schüler sowie Lehrkräfte an den allgemeinbildenden Schulen und Förderschulen in Sachsen im Schuljahr 2002/2003. Pressemitteilung des Landesamtes für Statistik Sachsen 276/2002. 5. Dezember 2002

Statistik Sachsen (2003): Pressemitteilung 268/2003 des Landesamtes für Statistik Sachsen, Kamenz

Statistik Sachsen (2004): Pressemitteilung 20/2004 des Landesamtes für Statistik Sachsen, Kamenz

Statistisches Bundesamt Wiesbaden: www.destatis.de

Statistisches Landesamt Sachsen, Kamenz: www.statistik.sachsen.de

Vogelgesang, P. (1997): Beziehungsdynamik in der Arbeit mit jugendlichen Schwangeren und Müttern, in: Analytische Kinder- und Jugendpsychotherapie, Heft 94

Wanzeck-Sielert, C. (2002): Sexualpädagogische Hypothesen im Kontext von Jugendkultur- und Sexualforschung, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Forum Sexualaufklärung und Familienplanung: Jugendkulturen, Köln

2 Tabellenverzeichnis

3 Abbildungsverzeichnis

4 Fragebogen

Gesprächsleitfaden für Expertengespräche

Vielen Dank für Ihre Gesprächsbereitschaft. Wie Sie bereits durch die briefliche Ankündigung bzw. im Rahmen der telefonischen Terminvereinbarung erfahren haben, führt die Universität Leipzig in Zusammenarbeit mit der Fachhochschule Mittweida im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung eine Studie zu Teenager-Schwangerschaften in Sachsen durch.

In diesem Zusammenhang interessieren wir uns unter anderem für bestehende Beratungsangebote in den verschiedenen Einrichtungen, für die dort gesammelten Erfahrungen und für den Bedarf an Hilfeangeboten aus der Sicht von Expertinnen und Experten.

Unser Ziel ist es, mögliche Ursachen für die Nichtinanspruchnahme bestehender Beratungsangebote zu finden und Ideen zu entwickeln, wie die Vernetzung zwischen den einzelnen Beratungseinrichtungen für die Zukunft gestaltet werden kann.

Wir führen die Befragung entsprechend dem sächsischen Datenschutzgesetz durch und sichern Ihnen Anonymität bei der Auswertung zu.

Bitte beantworten Sie die Fragen aus Ihrer Sicht, aus Ihren eigenen Erfahrungen.

Falls Sie keine weiteren Fragen haben, würde ich gern beginnen und das Tonbandgerät jetzt einschalten.

Datum:

Ort:

Interviewte Personen:

Institution:

Interviewerin:

Beginn:

Ende:

Code:

Angaben zur interviewten Person und zur Einrichtung

1. Welche Funktion innerhalb der Einrichtung haben Sie inne?
2. Welche berufliche Qualifikation haben Sie?
3. Seit wann üben Sie Ihren Beruf aus?
4. In dieser Einrichtung?
5. Seit wann besteht Ihre Einrichtung?

Im Vorfeld der Beratung

6. Wie viele minderjährige Schwangere und Mütter kommen pro Monat zu Ihnen? [… betreuen Sie zur Zeit?][93]
   (wahlweise: pro Jahr?)
7. Wie werden die Jugendlichen auf Ihre Einrichtung aufmerksam?
   [Wer vermittelt die Jugendlichen an Ihre Einrichtung?]
8. Machen Sie Ihre Einrichtung/Beratungsangebote öffentlich bekannt?
   (in Form von Informationsveranstaltungen, Flyern, Info-Broschüren)
9. Gehen Sie gezielt auf bestimmte Gruppen von Jugendlichen zu?
   (Lernbehinderten-, Förderschüler)
   [Wo machen Sie die Einrichtung bekannt? *(Lernbehinderten-, Förderschüler)*]
10. Wie gut sind die minderjährigen Schwangeren und Mütter über die Arbeit in Ihrer Einrichtung informiert?
    *(wenn **schlecht**:* Worin bestehen Wissensdefizite?)
11. Kommen die Jugendlichen allein zu Ihnen?
    (wenn NEIN: Wer begleitet die minderjährigen Schwangeren und Mütter?
    [Führen Sie die Gespräche mit den Jugendlichen allein?
    (wenn NEIN: Wer ist noch dabei?)]
    Welche Auswirkungen hat der Begleiter/die Begleiterin auf das Gespräch?)
12. Im wievielten Schwangerschaftsmonat kommen die Jugendlichen zu Ihnen?
    [Im wievielten Schwangerschaftsmonat sind die Jugendlichen, wenn Sie als Expertin/-e davon erfahren?]

93 Die Formulierungen in den eckigen Klammern wurden verwendet bei ExpertInnen aus Jugendämtern, Mutter-Kind-Heimen und dem Kliniksozialdienst.

Angaben zur Beratung

13. Welche Themen sprechen Sie als Beraterin während des Gesprächs an?
    [Was sind die Inhalte der Gespräche mit den Jugendlichen?]

14. Was wollen die Jugendlichen wissen, was fragen/wünschen sie?

15. Welche konkreten Hilfeangebote stellen Sie den minderjährigen Schwangeren und Müttern am häufigsten zur Verfügung?
    (Was sind Ihre Schwerpunkte?)
    (zur Kontrolle: Unterstützung zwecks KIND, BEHÖRDEN, GELD, WOHNUNG, AUSBILDUNG, PSYCHE, NACHBETREUUNG)

16. Kommen Rückmeldungen von den Jugendlichen?
    *(wenn **JA**:* In welcher Form?*)*

17. Wie viele Beratungstermine nimmt eine minderjährige Schwangere oder Mutter im Durchschnitt wahr?

    *(falls **„mehr als 1 Termin" und „das ist unterschiedlich"** genannt werden:*
    Wodurch kommt es Ihrer Meinung nach zu Unterschieden in der Häufigkeit der Beratungsgespräche? Worin sehen Sie die Ursachen dafür?)
    [Wie viele Gesprächstermine nimmt eine Schwangere/jugendliche Mutter im Durchschnitt wahr? Wie viele Kontakte haben Sie pro Monat durchschnittlich mit den Jugendlichen?]

    *(falls **„mehr als 1 Termin" und „das ist unterschiedlich"** genannt werden:*
    Wodurch kommt es Ihrer Meinung nach zu Unterschieden in der Häufigkeit der Gesprächstermine/Kontakte? Worin sehen Sie die Ursachen dafür?)

18. Worin sehen Sie Ursachen für das Nichtwahrnehmen von Beratungs- und Betreuungsangeboten? *(absichtlich und unabsichtlich)*

19. Worin sehen Sie die Risiken, wenn Hilfe- und Beratungsangebote nicht genutzt werden?
    [Worin sehen Sie die Risiken für das Nichtnutzen von Beratungsangeboten vor und während der Schwangerschaft? Gibt es Versorgungslücken?]
    *(wenn **JA**:* Wie kann das vermieden werden?)

20. An welchen Angeboten mangelt es speziell für minderjährige Schwangere und Mütter?

Angaben zur Klientel

21. Was können Sie zu den Herkunftsfamilien der minderjährigen Schwangeren und Mütter sagen?

22. Gibt es eine bestimmte Typik von Jugendlichen, die minderjährig schwanger werden und dann zu Ihnen kommen?
    (nach LB-Schülern fragen bzw. nach der Schulausbildung)

23. Worin unterscheiden sich minderjährige Schwangere und Mütter von erwachsenen Schwangeren und Müttern?
    *(wenn **Unterschied**:* Worin sehen Sie die Unterschiede? Gehen Sie auf die Unterschiede ein?)

24. Wie gestaltet sich das Verhältnis zwischen der Familie und den Jugendlichen während und nach der Schwangerschaft?

25. Welche Rolle spielen die Eltern/die Familie im weiteren Verlauf?

26. Und wie gestaltet sich das Verhältnis zum sozialen Umfeld
    (Freunde, Bekannte, Mitschüler ...)?

27. Gibt es unter den Ratsuchenden Ausländerinnen?
    *(wenn **JA**:* Wie hoch ist der Anteil?
    Welches sind die häufigsten Herkunftsländer?
    Gestaltet sich in diesem Fall die Beratung anders?
    Kommen auch Russlanddeutsche zu Ihnen?
    Was kennzeichnet diese Frauen?)

28. Welche Rolle spielen die werdenden Väter?

29. Ist es für die Ratsuchenden die erste Schwangerschaft [/Mutterschaft]?

Angaben zur Verhütung

30. Sprechen Sie das Thema Verhütung an?
    (wenn JA: Wie ist das Wissen der Jugendlichen über Verhütung?)
31. Was verwenden Jugendliche? *(siehe Übersicht)*
32. Führen Sie selbst Aufklärungsgespräche durch?
    (wenn JA: Was sind die Inhalte der Aufklärung?
    Was empfehlen Sie den Jugendlichen an VM´s? *(siehe Übersicht)*
    (wenn NEIN: Wie sollte Aufklärung heutzutage aussehen?*)*
33. Sprechen Sie das Thema an „Verhütung nach der Geburt"?

Übersicht über verwendete und empfohlene Verhütungsmethoden

	Verwendet	Empfohlen		Verwendet	Empfohlen
Kondome			Pessar		
Pille			Cremes und Zäpfchen		
Pille danach			Coitus interruptus		
Spirale			Temperaturmethode/ Knaus-Ogino		
Sonstiges			Nichts		

Angaben zu den Motiven

34. Worin sehen Sie die **Ursachen**, dass Teenager **schwanger** werden?
35. Welche Motive **aus Sicht der Jugendlichen** für das **Austragen einer Schwangerschaft** sind Ihnen bekannt?
36. Welche Gründe sehen **Sie als Experte/in**?
37. Wie ist das Verhältnis gewollte – ungewollte Schwangerschaften?
38. Wie sehen Sie die unmittelbare, mittelbare und langfristige Zukunft der Betroffenen? *(berufliche Integration, wirtschaftliche Unabhängigkeit …)*
39. Welche Vorstellungen haben die minderjährigen Schwangeren und Mütter von einem Leben mit Kind – unmittelbar und langfristig?

Angaben zur Vernetzung

40. Arbeiten Sie mit anderen Einrichtungen zusammen?

41. Gibt es regelmäßige Treffen und gemeinsame Aktivitäten zum Erfahrungsaustausch?
    (wenn JA: Können Sie diese genauer beschreiben?
    Worin sehen Sie die Vorteile in der Kooperation?
    Wo bestehen Defizite?
    Wie kann die Zusammenarbeit noch verbessert werden?
    Welche Formen der Vernetzung wünschen Sie sich noch?
    Mit welchen Einrichtungen sollte der Austausch noch stattfinden?*)*
    (wenn NEIN: Würden Sie diese Treffen begrüßen? Warum?
    Welche Formen der Vernetzung wünschen Sie sich?
    Mit welchen Einrichtungen sollte der Austausch stattfinden?*)*

Abschlussfragen

42. Was kann getan werden, um ein Ansteigen jugendlicher Schwangerschaften zu verhindern?

43. Wenn Sie in der Jugendpolitik beschäftigt wären, was würden Sie für besonders wichtig erachten?

Angaben zur statistischen Aufbereitung

Zum Schluss noch ein paar Angaben zur statistischen Aufbereitung:
Alter:
Geschlecht:
Konfession:

Anmerkungen zum Interview

5 Autorinnen

Prof. Dr. Monika Häussler-Sczepan

Professorin für Soziale Arbeit mit behinderten Menschen an der Hochschule Mittweida (FH), Fachbereich Soziale Arbeit

Arbeitsschwerpunkte: Begriff der Behinderung – Kompetenz und Hilfebedarf, Behinderte Frauen – Lebenslagen und Geschlechterverhältnisse, Familien mit behinderten Kindern, Versorgungssysteme der Behindertenhilfe, Lebensqualität alter und behinderter Menschen in Einrichtungen, Teenager-Schwangerschaften.

Dr. Marion Michel, *Diplomsoziologin*

Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Leipzig, Medizinische Fakultät, Selbständige Abteilung Sozialmedizin, Fachsoziologin für Medizin

Arbeitsschwerpunkte: Lebenslage chronisch Kranker und behinderter Menschen, Lebenslage älterer Menschen, Lebenswelten behinderter Kinder und Jugendlicher, Kinderwunsch und Schwangerschaft behinderter Frauen und Teenager.

Sabine Wienholz, *Soziologin MA*

Projektmitarbeiterin an der Universität Leipzig, Medizinische Fakultät, Selbständige Abteilung Sozialmedizin

Arbeitsschwerpunkt: Teenager-Schwangerschaften

Kontaktadressen:

Prof. Dr. Monika Häußler-Sczepan
Hochschule Mittweida (FH) –
University of Applied Sciences
Fachbereich Soziale Arbeit
Döbelner Strasse 58
04741 Rosswein

Telefon: 034322 48-648
Telefax: 034322 48-653

E-Mail:
haeussle@htwm.de

Dr. Marion Michel
Universität Leipzig
Medizinische Fakultät
Selbständige Abteilung Sozialmedizin
Riemannstrasse 32
04107 Leipzig

Telefon: 0341 97-15425
Telefax: 0341 97-15419

E-Mail:
marion.michel@medizin.uni-leipzig.de

Literaturtipps

Dr. Monika Friedrich,
Dr. Annette Remberg

Wenn Teenager Eltern werden ...

Bei der vorliegenden Publikation handelt es sich um eine Längsschnittstudie zur Lebenssituation jugendlicher Schwangerer und junger Eltern. In drei Interviewserien, verteilt über den Zeitraum von zwei Jahren, wurden die jungen Frauen anhand von Interviewleitfäden befragt; beim dritten Interview – nach der Geburt der Kinder – wurden die anwesenden leiblichen und sozialen Väter in die Befragung mit einbezogen.

Ziel der Studie war es zu erforschen, wie die jungen Mütter und Väter mit den Veränderungen umgehen, die durch eine meist ungeplante Schwangerschaft und die daraus resultierende Elternschaft entstehen und welchen Bedarf an (weiterer) Unterstützung sie haben.

Bestellnummer: 13 300 025

Prävention von Schwangerschaften bei Minderjährigen

Das Medienpaket gibt einen Überblick zum Thema Teenager-Schwangerschaften aus der Sicht der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Studienergebnisse, statistische Hintergrundinformationen, Expertisenhinweise und ein neues Medium für jüngere Mädchen sollen Fachkräften bei ihrer Arbeit mit Minderjährigen unterstützen.

Das Medienpaket „Prävention von Schwangerschaften bei Minderjährigen“ beinhaltet:
- Stellungnahme der BZgA zu Teenager-Schwangerschaften in Deutschland
- Häufig gestellte Fragen zum Thema Schwangerschaften Minderjähriger
- Sonderdruck der aktuellen Materialliste
- Heft 4/04 des Forums Sexualaufklärung und Familienplanung – „Jugendliche Schwangere und Mütter“
- „Jules Tagebuch“ – Broschüre für junge Mädchen über die aufregende Zeit der Pubertät
- Repräsentativerhebung Jugendsexualität 2001
- Flyer zum Fachheft „Wenn Teenager Eltern werden ...“
- Flyer zum Fachheft „Teenager-Schwangerschaften in Sachsen“

Bestellnummer 13 050 000

Sexualaufklärung und Familienplanung sind seit 1992 ein Arbeitsschwerpunkt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Der gesetzliche Auftrag zur Konzeptentwicklung verpflichtet die BZgA in besonderer Weise, einen interdisziplinären Diskurs über Sexualität, Kontrazeption und Familienplanung anzuregen und zu fördern. Dies ist auch ein wichtiges Element zur Qualitätssicherung in diesem Feld. Durch verschiedene Publikationen leistet die BZgA einen Beitrag zur Information und Auseinandersetzung mit diesem Themenkomplex.

Die „Materialliste" informiert über alle Veröffentlichungen der BZgA, der Infobrief FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung bereitet relevante Themen aktuell auf und mit der Fachheftreihe Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung bietet die BZgA ein Forum zur Diskussion und Vernetzung zwischen Wissenschaft und Praxis.

In der Fachheftreihe werden Meinungen von Expertinnen und Experten sowie Studien und Modellprojekte veröffentlicht, die den aktuellen Stand der Sexualaufklärung und Familienplanung aufzeigen. In Sonderbänden werden darüber hinaus die Ergebnisse von Tagungen und Kongressen dokumentiert.

Der vorliegende Band untersucht Hilfebedarf und Beratungsangebote für jugendliche Schwangere und Mütter in Sachsen. Hierfür wurden ExpertInnen aus der Praxis zu bestehenden Angeboten und Hilfen sowie zu ihren Erfahrungen in der Beratung und Betreuung minderjähriger Schwangerer und Mütter befragt.

Die Veröffentlichungen der BZgA sind unter der Bestelladresse BZgA, 51101 Köln, oder per E-Mail an order@bzga.de erhältlich.

ISBN 3-937707-05-0

BZgA

Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung