

**FORSCHUNG UND PRAXIS DER SEXUALAUFKLÄRUNG UND FAMILIENPLANUNG**

# **TEENAGER- SCHWANGERSCHAFTEN IN BERLIN UND BRANDENBURG**

**ANGEBOTE UND HILFEBEDARF  
AUS PROFESSIONELLER SICHT**

**STUDIE**

Herausgeberin: Bundeszentrale  
für gesundheitliche Aufklärung

## FORSCHUNG UND PRAXIS DER SEXUALAUFLÄRUNG UND FAMILIENPLANUNG

Die Fachheftreihe **FORSCHUNG UND PRAXIS DER SEXUALAUFLÄRUNG UND FAMILIENPLANUNG** dokumentiert Studien und Expertisen sowie Ergebnisse aus Modellprojekten. Die einzelnen Bände zeigen den aktuellen Forschungsstand sowie Entwicklungen und Tendenzen auf. Die Bandbreite der Themen reicht von der Aufarbeitung grundsätzlicher Fragestellungen über die Diskussion ausgewählter Einzelthemen bis hin zur Unterstützung der praktischen Arbeit. Multiplikatorinnen und Multiplikatoren wird sowohl Material für die Praxis als auch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung angeboten.

Die Ergebnisse ausgewählter Studien und repräsentativer Wiederholungsbefragungen sind teilweise auch in Kurzfassungen erschienen. In Sonderbänden werden die Ergebnisse von Tagungen und Kongressen dokumentiert.

Dieses Faltblatt gibt einen Überblick über die bisher erschienenen Bände der Reihe **FORSCHUNG UND PRAXIS DER SEXUALAUFLÄRUNG UND FAMILIENPLANUNG**.



Die Publikation  
ist über folgende Adressen  
zu beziehen:

per Post BZgA, 51101 Köln  
per Fax 0221 8992-257  
per E-Mail [order@bzga.de](mailto:order@bzga.de)

Bestellnummer: 13300000

**BAND 28**

**FORSCHUNG UND PRAXIS DER SEXUALAUFLÄRUNG UND FAMILIENPLANUNG**

# **TEENAGER- SCHWANGERSCHAFTEN IN BERLIN UND BRANDENBURG**

**ANGEBOTE UND HILFEBEDARF AUS PROFESSIONELLER SICHT**

**Eine Studie im Auftrag der BZgA  
von Monika Häußler-Sczepan, Sabine Wienholz,  
Ulrike Busch, Marion Michel und Anja Jonas**

**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung  
Köln 2008**

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 978-3-937707-51-8

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](http://www.bzga.de)

[www.sexualaufklaerung.de](http://www.sexualaufklaerung.de)

<http://forschung.sexualaufklaerung.de>

**Redaktion:**

Angelika Heßling

**Lektorat, Konzept und Gestaltung:**

Kühn Medienkonzept & Design, Hennef

**Druck:**

Druckhaus Gummersbach

**Auflage:**

1.3.02.08

Alle Rechte vorbehalten.

Die Publikation wird von der BZgA gegen eine Schutzgebühr von 11 € abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/den Empfänger oder Dritte bestimmt.

**Bestelladresse:**

per Post: BZgA, 51101 Köln

per Fax: 0221 8992-257

per E-Mail: [order@bzga.de](mailto:order@bzga.de)

Bestellnummer: 13300028

# INHALT

<b>VORWORT</b>	6
----------------	---

<b>THEORETISCHER HINTERGRUND UND GRUNDLAGEN DER STUDIE</b>	9
--	---

<b>1 AUSGANGSLAGE UND FORSCHUNGSFRAGEN</b>	11
--	----

<b>EXKURS: STAND DER FORSCHUNG</b>	17
------------------------------------	----

<b>1</b> Zahlen und Trends in Deutschland, Berlin und Brandenburg	19
---	----

<b>2</b> Ausländerinnen und junge Frauen mit Migrationshintergrund	31
--	----

<b>3</b> Besondere Situation in wirtschaftlich schwachen Regionen Brandenburgs	37
--	----

<b>4</b> Lebenssituation von Jugendlichen in Deutschland	39
--	----

<b>5</b> Erklärungsansätze zu Elternschaft im Jugendalter	45
---	----

<b>6</b> Hilfeangebote für minderjährige Schwangere und Mütter	49
--	----

<b>2 METHODISCHES VORGEHEN</b>	57
--------------------------------	----

<b>2.1</b> Auswahl der Einrichtungen	57
--------------------------------------	----

<b>2.2</b> Der Gesprächsleitfaden	60
-----------------------------------	----

<b>2.3</b> Durchführung der Interviews	61
--	----

<b>2.4</b> Transkription und Auswertung	61
---	----

<b>3 WICHTIGE ERGEBNISSE IM ÜBERBLICK</b>	63
---	----



<b>ERGEBNISSE IM DETAIL</b>	<b>67</b>
<b>1 BERUFLICHE UND SOZIALE DATEN DER BEFRAGTEN IN BERLIN</b>	<b>69</b>
<b>2 WEGE ZUR BERATUNG</b>	<b>75</b>
2.1 Kontakte mit minderjährigen Schwangeren	75
2.2 Bekanntheit der Anlaufstellen	76
2.3 Zielgruppen mit spezifischen Merkmalen	85
2.4 Zeitpunkt der Kontaktaufnahme	89
<b>3 BERATUNGSSITUATION UND BERATUNGSSINHALTE</b>	<b>99</b>
3.1 Kontakthäufigkeit	99
3.2 Gesprächssituation und Begleitpersonen	101
3.3 Inhalte der Beratung	104
3.4 Thema Verhütung in der Beratung	113
<b>4 ANGEBOTE, BEDARF UND VERNETZUNG DER BERATUNGS- UND HILFEANGEBOTE</b>	<b>125</b>
4.1 Ursachen für die Nichtwahrnehmung von Beratungs- und Betreuungsangeboten	125
4.2 Notwendige Hilfemaßnahmen und Verbesserungsvorschläge	127
4.3 Vernetzung der Einrichtungen	132
<b>5 LEBENSITUATION DER MINDERJÄHRIGEN SCHWANGEREN UND MÜTTER</b>	<b>143</b>
5.1 Schulische und berufliche Ausbildung	143
5.2 Familiäre und soziale Herkunft	148
5.3 Wohnsituation	152
5.4 Rolle der zukünftigen Großeltern	154
5.5 Bedeutung der Peergroup	157

5.6	Rolle und Alter des Kindsvaters	160
5.7	Motive und Hintergründe der Schwangerschaft	165
5.8	Zukunftsvorstellungen	174
<b>6</b>	<b>MINDERJÄHRIGE SCHWANGERE UND MÜTTER MIT MIGRATIONS HinterGRUND</b>	<b>185</b>
<b>7</b>	<b>PRÄVENTION UND POLITIK</b>	<b>197</b>
7.1	Präventive Maßnahmen	197
7.2	Anforderungen an die Politik	203
	<b>KONSEQUENZEN FÜR FORSCHUNG UND PRAXIS</b>	<b>209</b>
<b>1</b>	<b>ZUSAMMENFASSENDE DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE</b>	<b>211</b>
<b>2</b>	<b>FORSCHUNGSEMPFEHLUNGEN UND VERBESSERUNGSMASSNAHMEN</b>	<b>221</b>
	<b>ANHANG</b>	<b>227</b>
<b>1</b>	<b>LITERATUR</b>	<b>229</b>
<b>2</b>	<b>TABELLENVERZEICHNIS</b>	<b>237</b>
<b>3</b>	<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS</b>	<b>239</b>
<b>4</b>	<b>FRAGEBOGEN</b>	<b>243</b>
	<b>LITERATURTIPPS</b>	<b>251</b>

3

4

# 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 beauftragte die BZgA in den Jahren 2005 und 2006 eine Studie zum Thema Teenager-Schwangerschaften: Forscherinnen der Hochschulen Mittweida und Merseburg untersuchten in Zusammenarbeit mit der Universität Leipzig Angebote für jugendliche Schwangere und Mütter in Berlin und Brandenburg und deren Hilfebedarf.

Im Mittelpunkt der Untersuchung standen die Erfahrungen und Sichtweisen von Expertinnen und Experten aus der Praxis. Ausgewertet wurden insbesondere die Erfahrungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Beratungsstellen, Behörden, Schulen und medizinischen Einrichtungen, die in ihrer täglichen Arbeit mit Jugendlichen sowie jugendlichen Schwangeren und Müttern in Kontakt stehen.

Fragestellung und Zielgruppe der Studie basieren auf den Erkenntnissen der Vorläuferstudie „Teenager-Schwangerschaften in Sachsen. Angebote und Hilfebedarf aus professioneller Sicht“, die in den Jahren 2003 und 2004 durchgeführt wurde. Ausgangspunkt beider Studien ist die Annahme, dass minderjährige Schwangere und Mütter spezifischere Beratungs-, Betreuungs- und Versorgungsangebote benötigen als derzeit bestehen.

Die Bundesländer Berlin und Brandenburg zeichnen sich durch eine höhere Rate an Teenager-Schwangerschaften aus, sowohl bei den Schwangerschaftsabbrüchen als auch bei den Lebendgeburten. Berlin zählt zudem zu den Städten in Deutschland mit einem hohen Anteil an jungen Frauen mit Migrationshintergrund.

In leitfadengestützten Interviews wurden sowohl Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Schwangerschaftsberatungsstellen, Jugendämtern und Agenturen für Arbeit, Schulen und Mutter-Kind-Einrichtungen sowie Vereinen als auch Gynäkologinnen,

Gynäkologen und Hebammen befragt. Bei der Auswahl der Befragten wurden die unterschiedlichen regionalen und sozialen Merkmale der beiden Bundesländer berücksichtigt.

Ziel der Studie „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg, Angebote und Hilfebedarf aus professioneller Sicht“ ist es festzustellen, ob bestehende Angebote und Hilfen für jugendliche Schwangere in den jeweiligen Bundesländern 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.

Neben den Befragungsergebnissen stellt die hier vorgelegte Veröffentlichung der Studie in einem Exkurs Detailinformationen zum Stand der Forschung zur Verfügung. Zum besseren Verständnis der Thematik Teenager-Schwangerschaften im Allgemeinen sowie der Lebenssituation von Jugendlichen werden darin neben statistischen Daten auch Erklärungsansätze für Teenager-Schwangerschaften aufbereitet.

Auf der Basis der Ergebnisse und des theoretischen Hintergrunds formulieren die Autorinnen Verbesserungsvorschläge für bedarfsgerechte Aufklärung, Beratung und Betreuung von schwangeren Jugendlichen und Müttern. Darüber hinaus stellen sie dar, wo Bedarf an weiterer 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 2008



# 1

## *THEORETISCHER HINTERGRUND UND GRUNDLAGEN DER STUDIE*

**1** *AUSGANGSLAGE UND FORSCHUNGSFRAGEN*

**EXKURS:** *STAND DER FORSCHUNG*

**2** *METHODISCHES VORGEHEN*

**3** *WICHTIGE ERGEBNISSE IM ÜBERBLICK*



Der erste Teil der vorliegenden Studie „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg. Angebote und Hilfebedarf aus professioneller Sicht“ stellt die Ausgangslage, die Forschungsfragen, das methodische Vorgehen sowie die wichtigsten Ergebnisse der Erhebung dar.

## 1 AUSGANGSLAGE UND FORSCHUNGSFRAGEN

In der Bundesrepublik Deutschland liegt die Rate minderjähriger Mütter seit zehn Jahren bei etwa drei von 1.000 jungen Frauen. In Berlin und Brandenburg sind die Raten erheblich höher. So wurden im Jahr 2004 in Berlin fünf Lebendgeburten pro 1.000 junge Frauen zwischen 13 und 17 Jahren registriert und in Brandenburg brachten 3,7 Frauen dieser Altersgruppe ein Kind zur Welt. Im internationalen Vergleich ist die deutsche Rate der Teenagergeburten bei 15- bis 19-jährigen Mädchen mit 13 Geburten pro 1.000 Mädchen der Altersgruppe deutlich im unteren Bereich der Industrienationen angesiedelt (USA 52, Großbritannien 31, Niederlande/Schweden 7).<sup>1</sup>

Bezieht man die Schwangerschaftsabbrüche mit ein, so zeigt sich eine deutliche Steigerung von Schwangerschaften bei minderjährigen Frauen in Deutschland. Während die Schwangerschaftsabbruchrate zwischen 2000 und 2004 von 2,8 auf 3,4 (bezogen auf 1.000 Mädchen im Alter von 13 bis unter 18 Jahren) stieg, ist die Geburtenrate im Wesentlichen konstant geblieben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Quote durch die Einbeziehung der 13- bis 14-Jährigen nach unten gedrückt wird.<sup>2</sup>

Die Mehrzahl der Schwangerschaftsabbrüche und der Lebendgeburten durch Teenager erfolgt in der Altersgruppe der 16- und 17-Jährigen. Die in der Literatur beschriebenen Steigerungen bei den ganzen jungen Altersgruppen<sup>3</sup> können aufgrund der zugrunde liegenden zu kleinen absoluten Zahlen so nicht bestätigt werden.

1 UNICEF (2001)

2 In der Studie „Teenager-Schwangerschaften in Sachsen“ wurden aus statistischen Gründen die 10- bis unter 18-jährigen jungen Frauen und Mädchen erfasst. Da die Raten dadurch noch stärker nach unten verschoben werden, wird in dieser Studie die Altersgruppe der 13- bis 17-Jährigen betrachtet.

3 KLUGE (2002)

## **VERGLEICHENDE BETRACHTUNGEN DER BUNDESLÄNDER ZEIGEN GROSSE REGIONALE UNTERSCHIEDE**

Eine länderspezifische Analyse des Datenmaterials zeigt besonders auffällige Entwicklungen in den ostdeutschen Bundesländern sowie den Stadtstaaten Hamburg, Bremen und Berlin. Hier liegen die Werte der Teenager-Schwangerschaften, sowohl den Schwangerschaftsabbruch als auch die Lebendgeburten betreffend, deutlich höher als in den meisten westdeutschen Bundesländern. Unter den Stadtstaaten ist vor allem Berlin hervorzuheben. Während die Schwangerschaftsabbruchquote bei den 13- bis 17-jährigen Mädchen zwischen 2000 und 2004 in den westdeutschen Bundesländern von 2,5 auf 3,0 anstieg, wuchs sie in den ostdeutschen Bundesländern von 3,1 auf 4,7 und in Berlin von 5,5 auf 5,9. Die Quote der Lebendgeburten sank in Westdeutschland in diesem Zeitraum von 3,1 auf 2,4 pro 1.000 Mädchen der Altersgruppe, in Ostdeutschland wuchs sie von 3,5 auf 4,2 und in Berlin von 4,0 auf 5,0, bezogen auf 1.000 Mädchen der Altersgruppe.

## **IN DEN OSTDEUTSCHEN BUNDESLÄNDERN ENTSCHEIDEN SICH TENDENZIELL MEHR MINDERJÄHRIGE ZUM AUSTRAGEN DES KINDES**

Interessant ist das Verhalten der jungen Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch oder das Austragen entscheiden, wie es sich aus der Quote der Schwangerschaftsabbrüche pro Lebendgeborene schließen lässt: Während in den westdeutschen Ländern von 2000 bis 2004 das Verhältnis von Schwangerschaftsabbrüchen zu Lebendgeburten bei den 13- bis 17-jährigen jungen Frauen von 0,8 auf 1,3 gestiegen ist, ist es in Berlin von 1,4 auf 1,2 gesunken und in Ostdeutschland lediglich von 0,9 auf 1,1 angewachsen. Dies ist ein Hinweis darauf, dass sich in den ostdeutschen Bundesländern minderjährige Schwangere zwar immer noch eher für einen Schwangerschaftsabbruch als für das Austragen entscheiden, aber im Vergleich zu Gesamtdeutschland tendenziell häufiger zum Austragen des Kindes neigen. Diese Zahlen geben Grund zu der Annahme, dass vor allem schwierige soziale Lebensbedingungen und mangelnde Zukunftsperspektiven für Jugendliche die Entstehung von Teenager-Schwangerschaften sowie ihr Entscheidungsverhalten in puncto Schwangerschaftsabbruch oder Austragen des Kindes beeinflussen.

In der durch die BZgA geförderten Studie zu Teenager-Schwangerschaften in Sachsen im Jahr 2004 wurde bestätigt, dass minderjährige Schwangere häufig aus einem benachteiligten sozialen Milieu stammen und daher die Realisierbarkeit von Teilhabechancen eine wesentliche Basis für eine erfolgreiche präventive sexualpädagogische Arbeit bildet.<sup>4</sup> Jugendliche, die nur geringe Teilhabechancen besitzen, sehen

**4** HÄUSSLER-SCZEPAN et al. (2005), S.20

in einer frühen Elternschaft ihre Zukunft und Identität als Erwachsene. Es fehlen Angebote zur Unterstützung der jungen Familien über den Zeitpunkt der Erlangung der Volljährigkeit hinaus, um Armutskarrieren zu vermeiden und die Entwicklung sozialer und wirtschaftlicher Selbstständigkeit zu fördern.<sup>5</sup> Diese Aussage wird durch die Ergebnisse einer UNICEF-Studie<sup>6</sup> noch einmal bestätigt. So wird darauf verwiesen, dass junge Mütter schnell an die Grenze der Belastbarkeit geraten und plötzlich erwachsen sein müssen, obwohl sie selbst noch Kind sind; dass Schule und Berufsausbildung und damit die Chance auf einen qualifizierten Beruf in den Hintergrund treten mit der Folge, dass das Armutsrisiko steigt. Es wird festgestellt, dass in Deutschland 54% der ehemaligen Teenagermütter im Alter von 30 Jahren zu den 20% der ärmsten Haushalte gehören.<sup>7</sup> Diese Zahlen verweisen auf einen Bedarf an spezifisch auf die Lebenslagen und Bedürfnisse dieser Mädchen abgestimmten Beratungsangeboten und Hilfen. Zu diesem Ergebnis kommt auch eine aktuelle Studie, die in Beratungsstellen der pro familia durchgeführt wurde:

*„Die Prävention von Schwangerschaften minderjähriger Frauen hat also ganz klar eine starke soziale Komponente.“<sup>8</sup>*

Demzufolge ist das Risiko einer Hauptschülerin, minderjährig schwanger zu werden, etwa fünfmal so hoch wie das einer Gymnasiastin.<sup>9</sup>

## ZIELE DER STUDIE

Ziel der vorliegenden Studie ist es zu klären, welche Angebote und Hilfen es für jugendliche Schwangere in Berlin und Brandenburg gibt und wie die mit der Thematik befassten Expertinnen und Experten die Situation einschätzen. Insbesondere stellt sich die Frage, ob die bestehenden Angebote bekannt sind und von den Jugendlichen angenommen werden bzw. warum sie die jugendlichen Schwangeren nicht erreichen und welche Gruppen besonders benachteiligt sind. Auf der Basis dieser Ergebnisse sollen Vorschläge und Konzepte dafür entwickelt werden, wie das Beratungsangebot bedarfsgerechter gestaltet werden kann und wie bestehende Angebote vernetzt und bekannt gemacht werden können.

Anlage und Aufbau der Studie orientieren sich an der sächsischen Pilotstudie<sup>10</sup>, um die Ergebnisse vergleichen zu können und dadurch präzisere Aussagen zu regional und sozial begründeten unterschiedlichen Entwicklungen machen zu können wie

**5** ebenda

**6** UNICEF (2001)

**7** Köln (2002)

**8** pro familia (2006), S.24

**9** ebenda

**10** HÄUSSLER-SCZEPAN et al. (2005)

z. B. Stadt-Land-Unterschiede, Grad der Arbeitslosigkeit, Gebiete mit höherem Anteil von jungen Frauen mit Migrationshintergrund, sozial benachteiligte Jugendliche usw.

### **IM RAHMEN EINER EXPERTENBEFRAGUNG SOLLEN DAHER FOLGENDE FRAGESTELLUNGEN ÜBERPRÜFT WERDEN:**

- Welche präventiven Angebote zur Vermeidung ungewollter Schwangerschaften von Teenagern gibt es in Berlin und Brandenburg?
- Welcher Beratungs- und Betreuungsbedarf besteht für schwangere Teenager mit Migrationshintergrund?
- Welche speziellen Angebote werden für jugendliche Schwangere und Mütter in den beiden Regionen bereitgestellt?
- 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 (Erreichbarkeit der Angebote, Kompetenz der Beraterinnen bzw. Berater, nachgehende Beratung und niederschwellige Angebote)?
- 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 (z. B. Angebote in Jugendzentren, Nutzung des Internets, jugendgynäkologische Versorgung)?





**EXKURS:**

## **STAND DER FORSCHUNG**

- 1** *ZAHLEN UND TRENDS IN DEUTSCHLAND,  
BERLIN UND BRANDENBURG*
- 2** *AUSLÄNDERINNEN UND JUNGE FRAUEN  
MIT MIGRATIONS HinterGRUND*
- 3** *BESONDERE SITUATION IN WIRTSCHAFTLICH  
SCHWACHEN REGIONEN BRANDENBURGS*
- 4** *LEBENS SITUATION VON JUGENDLICHEN  
IN DEUTSCHLAND*
- 5** *ERKLÄRUNGSANSÄTZE ZU ELTERN SCHAFT  
IM JUGENDALTER*
- 6** *HILFEANGEBOTE FÜR MINDERJÄHRIGE  
SCHWANGERE UND MÜTTER*



# 1 ZAHLEN UND TRENDS IN DEUTSCHLAND, BERLIN UND BRANDENBURG

Sowohl Geburten als auch Schwangerschaftsabbrüche werden in Deutschland statistisch detailliert erfasst. Bereits vorausgegangene Untersuchungen verweisen auf starke regionale Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern, insbesondere zwischen den alten und den neuen Bundesländern, ländlichen und großstädtischen sowie wirtschaftlich starken und schwachen Regionen.<sup>11</sup> Auch ein Vergleich der Daten der Teenager-Schwangerschaften zeigt ausgesprochen unterschiedliche Tendenzen zwischen den Entwicklungen in Deutschland insgesamt und der Entwicklungen in Berlin und Brandenburg.

## RELATIV STABILE ZAHL MINDERJÄHRIGER SCHWANGERER BEI DEUTLICHEN REGIONALEN UNTERSCHIEDEN

Das durchschnittliche Alter von Frauen bei der Geburt des ersten Kindes steigt in Deutschland nach wie vor. Es liegt derzeit bei nahezu 30 Jahren.<sup>12</sup> Die Geburtenraten verharren weiterhin auf einem im internationalen Vergleich ausgesprochen niedrigen Niveau.<sup>13</sup> Sie steigen zwar ab der Altersgruppe der 30- bis 34-Jährigen, sinken aber in den jüngeren Altersgruppen. Demgegenüber gibt es einen über die vergangenen zehn Jahre nahezu stabil bleibenden Anteil unter den Teenagern, die sich für das Austragen einer Schwangerschaft entscheiden (Abbildung 1).<sup>14</sup>

So brachten im Jahr 2004 deutschlandweit etwa 8,5 von 1.000 der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen ein Kind zur Welt. Auch beim Vergleich der Geburten und Schwangerschaftsabbrüche durch minderjährige Frauen der Altersgruppen 13 bis 17 Jahre in Deutschland sind keine nennenswerten Veränderungen zu erkennen (Abbildung 2).

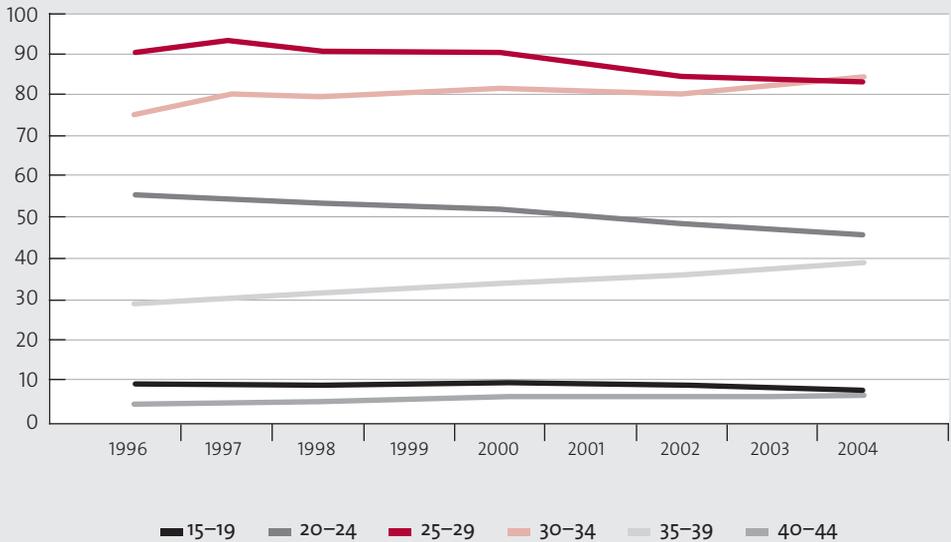
**11** Vgl. LAUE (2004) und HÄUSSLER-SCZEPAN et al. (2005)

**12** STATISTISCHES BUNDESAMT (2005)

**13** Ob die derzeit konstatierte leichte Steigerung für eine Trendwende steht, ist noch nicht feststellbar. Vgl. Pressemitteilung Nr. 290 vom 20.07.2007 des STATISTISCHEN BUNDESAMTES. [www.destatis.de](http://www.destatis.de)

**14** Dies hervorzuheben ist bedeutsam, da die Umstellung der Geburtserfassungsmethode von 1999 auf 2000 dazu führte, dass ein sehr großes Anwachsen der Teenager-Schwangerschaften vermutet wurde (Umstellung von der Geburtsjahrmethode auf die altersspezifische Erfassung). Bei der Auswertung von Zahlenreihen muss deshalb dringend die jeweilige Erfassungsmethode einheitlich zugrunde gelegt werden.

ABBILDUNG 1: ALTERSSPEZIFISCHE GEBURTENZIFFERN FÜR DEUTSCHLAND, LEBEND-  
GEBORENE JE 1.000 FRAUEN DER ALTERSGRUPPE  
(GEBURTSJAHRMETHODE)



Quelle: Statistisches Bundesamt, Stand 2006

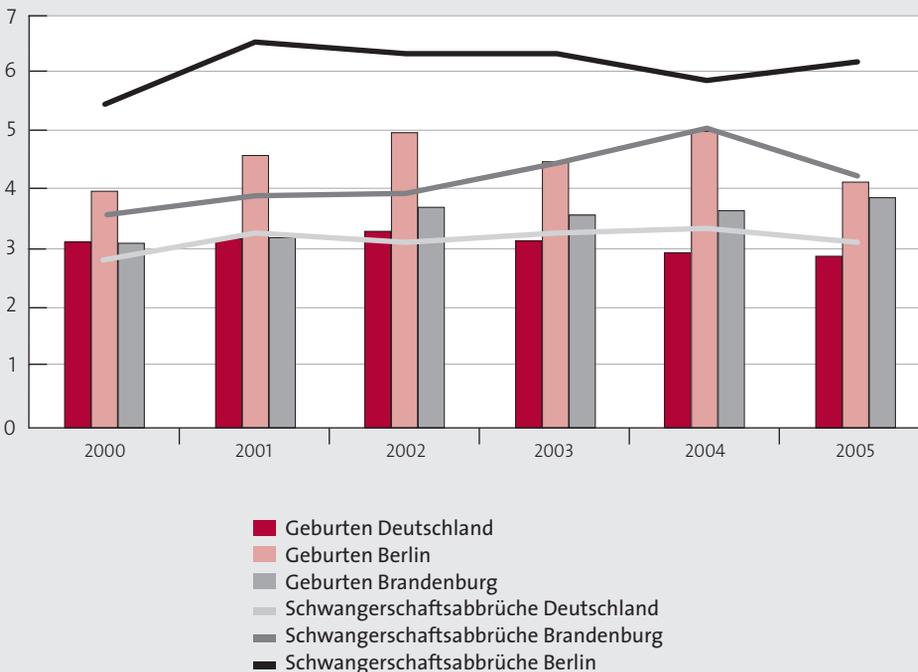
ABBILDUNG 2: GEBURTEN UND SCHWANGERSCHAFTSABBRÜCHE DURCH MINDER-  
JÄHRIGE FRAUEN PRO 1.000 FRAUEN DER ALTERSGRUPPE 13 BIS 17  
JAHRE IN DEUTSCHLAND



Quelle: Statistisches Bundesamt, Stand 2006

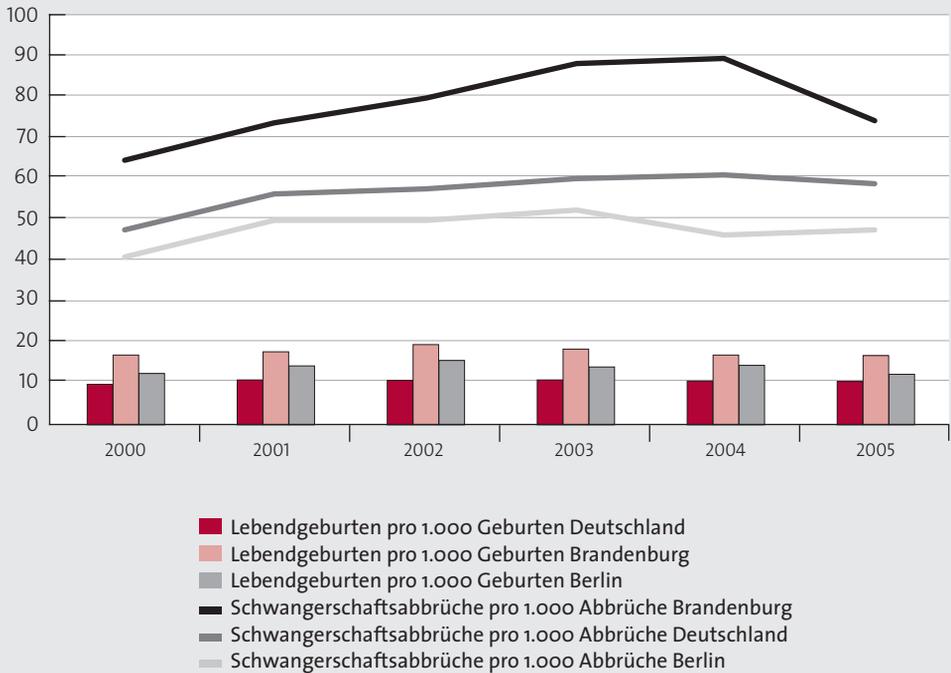
Bei einer differenzierteren Betrachtung treten allerdings regionale Unterschiede deutlich zutage. Während in den Jahren 2000 bis 2005 landesweit im Durchschnitt drei von 1.000 jungen Frauen zwischen 13 und 17 Jahren (absolut etwa 7.500) ein Kind bekamen, schwankt dieser Wert in Berlin zwischen vier und fünf von 1.000 (absolut etwa 400). In Brandenburg ist ein leichter Aufwärtstrend von drei auf nahezu vier von 1.000 (absolut etwa 300) zu verzeichnen (Abbildung 3). Damit liegen Brandenburg und Berlin über dem deutschlandweiten Durchschnitt. Im Vergleich dazu beträgt die altersspezifische Geburtenrate 13- bis 17-Jähriger in den neuen Bundesländern etwa vier von 1.000. In Abbildung 4 wird dargestellt, dass deutschlandweit der Anteil der Minderjährigen an 1.000 Geburten in den vergangenen fünf Jahren relativ gleich bleibend bei etwa zehn liegt, wobei sich bei dieser Betrachtungsweise ebenfalls die regionalen Unterschiede zeigen. So pendelt der Anteil für Berlin kontinuierlich zwischen 12 und 15, für Brandenburg zwischen 16 und 19. Der hohe Anteil in Brandenburg erklärt sich aus der vergleichsweise geringen Geburtenrate dort. Wenn hier deutlich weniger erwachsene Frauen Kinder gebären, aber die Geburtenraten der Teenager im Wesentlichen stabil bleiben, muss der Anteil der Minderjährigen an 1.000 Lebendgeburten steigen.

ABBILDUNG 3: **GEBURTEN UND SCHWANGERSCHAFTSABBRÜCHE DURCH MINDERJÄHRIGE FRAUEN PRO 1.000 FRAUEN DER ALTERSGRUPPE 13 BIS 17 JAHRE**  
(DEUTSCHLAND, BERLIN UND BRANDENBURG)



Quelle: Statistisches Bundesamt, Stand 2006

ABBILDUNG 4: GEBURTEN UND SCHWANGERSCHAFTSABBRÜCHE DURCH MINDERJÄHRIGE PRO 1.000 GEBURTEN BZW. SCHWANGERSCHAFTSABBRÜCHE (DEUTSCHLAND, BERLIN UND BRANDENBURG)



Quelle: Statistisches Bundesamt, Stand 2006

Die Zahlen bestätigen eine generelle Stabilität bei den Geburten durch Minderjährige.<sup>15</sup> Zudem ist festzuhalten, dass die hinter den Raten und prozentualen Anteilen stehenden absoluten Zahlen, bezogen auf die Gesamtheit weiblicher Teenager in Deutschland, nach wie vor sehr gering sind.<sup>16</sup> Dies bedingt, dass sich zufällige zahlenmäßige Veränderungen viel stärker prozentual widerspiegeln.

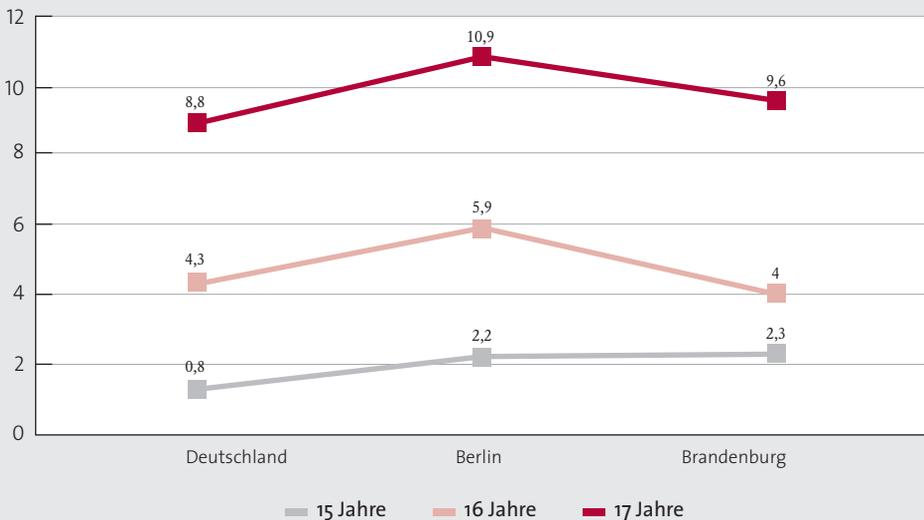
<sup>15</sup> Dieser Befund ist mit den Ergebnissen der BZgA-Studie „Teenager-Schwangerschaften in Sachsen“ aus dem Jahr 2005 kongruent.

<sup>16</sup> Deutschland zählt im internationalen Vergleich zu den Ländern mit einer eher niedrigen Rate von Teenager-Schwangerschaften, vgl. UNICEF (2001).

## FÜR GANZ DEUTSCHLAND GILT: JE JÜNGER DIE FRAUEN SIND, DESTO NIEDRIGER IST DIE GEBURTENRATE

Sie liegt bei den 15-Jährigen bei 0,8. Unter den minderjährigen Frauen weisen die 17-Jährigen die höchsten Geburtenraten aus (Abbildung 5). Zum einen ist diese Entwicklung eine Entsprechung der altersmäßigen Zunahme partnerschaftlicher Sexualkontakte und damit der Möglichkeit einer Schwangerschaft.<sup>17</sup> Zum anderen können sich junge Frauen mit zunehmendem Alter offensichtlich auch umso eher die Integration einer frühen Mutterschaft in ihr Leben vorstellen. Diese Entwicklung ist in allen Bundesländern, wengleich in unterschiedlichen Ausmaßen, feststellbar.

ABBILDUNG 5: **LEBENDGEBURTEN DURCH MINDERJÄHRIGE DER ALTERSGRUPPEN 15, 16 UND 17 JAHRE IM JAHR 2005**  
(DEUTSCHLAND, BERLIN UND BRANDENBURG)



Quelle: Statistisches Bundesamt, Stand 2006

## DIE ZAHL DER SCHWANGERSCHAFTSABBRÜCHE BEI MINDERJÄHRIGEN SCHWANKT

Die Abbruchrate der Gesamtheit der fertilen Frauen in Deutschland weist in den letzten Jahren eine leicht sinkende Tendenz aus. Während sie von 1996 bis 2000 von 7,6 auf 8,0 von 1.000 Frauen zwischen 15 und 45 zunahm, ist sie seitdem auf 7,2

<sup>17</sup> BZGA (2006)

im Jahr 2006 zurück gegangen.<sup>18</sup> Der Anstieg der Abbruchrate bei Minderjährigen zwischen 15 und 18 Jahren von 3,3 von 1.000 (absolut 4.359) erreichte im Jahr 2001 den bislang höchsten Wert mit 5,2 von 1.000 jungen Frauen (absolut 6.909). Seitdem ist die Rate wieder gesunken auf 4,3 von 1.000 im Jahr 2006 (absolut 6.048). Bei den unter 15-Jährigen hat sich die Zahl der Abbrüche in diesem Zeitraum von 365 auf 542 erhöht und 2004 mit 779 ihren höchsten Wert erreicht.<sup>19</sup> Allerdings ist auch hier bei der Bewertung der Zahlen zu beachten, dass die absoluten Zahlen bezogen auf die Gesamtheit der jungen Frauen der jeweiligen Altersgruppen sehr gering sind, insbesondere bei den unter 15-Jährigen. Veränderungen machen sich daher prozentual stark bemerkbar. Bewertungen setzen langfristige Beobachtungen voraus und sind bei zu geringen Zahlen (z. B. bei den unter 15-Jährigen) nicht sinnvoll.

### **JE JÜNGER DIE TEENAGER SIND, DESTO GERINGER IST DIE ZAHL DER SCHWANGERSCHAFTSABBRÜCHE**

So ließen im Jahr 2004 jeweils vier Mädchen der Altersgruppen zehn und elf Jahre einen Abbruch vornehmen, elf Mädchen der Altersgruppe zwölf und 143 der Altersgruppe 13. Insbesondere in diesen sehr jungen Altersgruppen ist keine Steigerung der Abbruchrate feststellbar. Die deutschlandweit sehr niedrigen Zahlen bei den unter 13-Jährigen verweisen auf hochindividuelle Ausnahmesituationen. Den Großanteil der Abbrüche lassen die 16- bis 17-jährigen jungen Frauen vornehmen (5.657 von 7.854 Abbrüchen im Jahr 2004, d. h. 72% aller Teenagerabbrüche).<sup>20</sup>

Auch bei den Schwangerschaftsabbrüchen fallen die regionalen Unterschiede sehr deutlich auf. In Berlin ist der Anteil Minderjähriger zwischen 13 und 17 Jahren, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden, wesentlich höher als im Bundesdurchschnitt. Die Berliner Abbruchrate bei den Teenagern war in den vergangenen fünf Jahren meist fast doppelt so hoch wie die Rate in Deutschland und ist von 5,5 im Jahr 2000 auf 6,3 im Jahr 2005 – bezogen auf 1.000 junge Frauen der Altersgruppe – gestiegen, vs. 2,6 zu 3,2 für ganz Deutschland in diesem Zeitraum (siehe Abbildung 3).<sup>21</sup>

Auch in Brandenburg sind die Entwicklungen bei den Schwangerschaftsabbrüchen der Teenager etwas deutlicher als im Bundesdurchschnitt. Die von 13- bis 17-jährigen Teenagern vorgenommenen Schwangerschaftsabbrüche sind von 2000 bis 2005 von 3,6 auf 4,3 gestiegen. Allerdings bewegen sich die absoluten Zahlen auch hier auf einem geringen Niveau und Schwankungen machen sich in den Raten demzufolge stark bemerkbar. So erlebten im Jahr 2004 41 Mädchen unter 15 und 365 Mädchen

**18** STATISTISCHES BUNDESAMT (2007)

**19** STATISTISCHES BUNDESAMT (2005 und 2007)

**20** STATISTISCHES BUNDESAMT (2005)

**21** STATISTISCHES BUNDESAMT/STATISTISCHES LANDESAMT BERLIN (2005)

zwischen 15 und 18 Jahren einen Schwangerschaftsabbruch. Der deutlich größere Anteil der Teenager, die einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen ließen, sind die 16- und 17-Jährigen (68,5%).

Wiederum hervorhebenswert ist der Anteil der Minderjährigen an 1.000 Schwangerschaftsabbrüchen. Auch hier hebt sich Brandenburg markant vom bundesdeutschen Durchschnitt ab. Im Jahr 2004 wurden in Brandenburg 88,6 von 1.000 Schwangerschaftsabbrüchen von Minderjährigen vorgenommen, deutschlandweit 60,6 von 1.000 Schwangerschaftsabbrüchen. Zudem ist seit 2000 dieser Anteil in Brandenburg spürbar gestiegen: von 63,7 auf 88,6. Hintergrund ist offensichtlich der Rückgang der Schwangerschaftsabbrüche in den anderen Altersgruppen.<sup>22</sup>

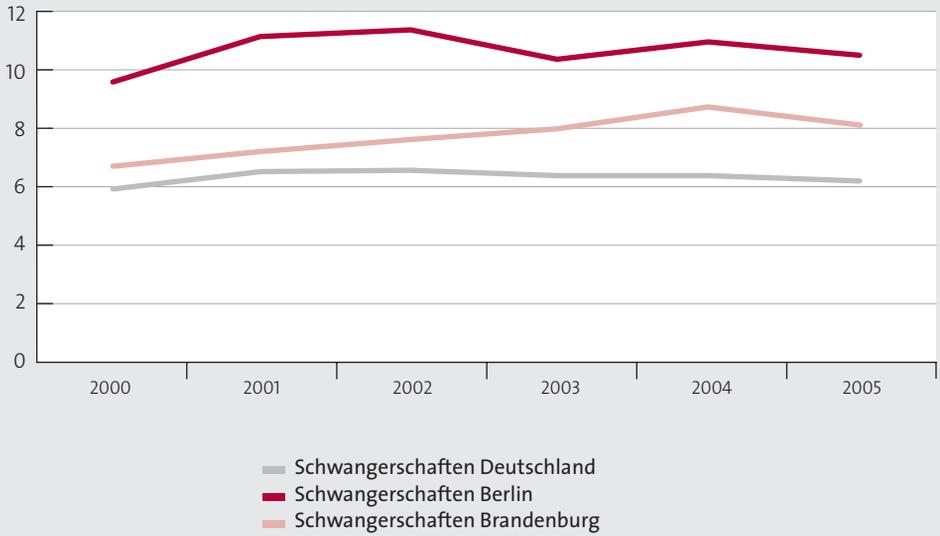
Werden Lebendgeburten und Schwangerschaftsabbrüche durch Minderjährige addiert,<sup>23</sup> weist Berlin im Vergleich mit Deutschland eine fast doppelt so hohe Rate an Teenager-Schwangerschaften pro 1.000 13- bis 17-Jährige auf (Abbildung 6): Während sie für Deutschland insgesamt im Jahr 2005 beispielsweise bei 6,1 Schwangerschaften pro 1.000 Mädchen der Altersgruppe lag, sind es in Berlin 10,5 von 1.000 Mädchen, die schwanger waren und sich entweder für das Austragen oder einen Abbruch entschieden haben, und in Brandenburg 8,2 von 1.000.<sup>24</sup>

**22** STATISTISCHES BUNDESAMT/STATISTISCHES LANDESAMT BRANDENBURG (2005)

**23** Oftmals wird nach der Zahl der Teenager-Schwangerschaften (junge Frauen die abbrechen, UND junge Frauen, die austragen) gefragt. Eine derartige Zahl lässt sich aufgrund der Erfassung zu unterschiedlichen Zeitpunkten in der Biographie der jungen Frauen (bis zur zwölften Woche vs. nach neun Monaten) statistisch nicht sauber bilden. Versucht man es dennoch, so lässt sich bei Zugrundelegung gleicher Erfassungsprinzipien ein interessantes Bild zu den Größenordnungen von Schwangerschaft betroffener Minderjähriger ermitteln.

**24** Da die 13- bis 15-Jährigen kaum zahlenmäßig präsent sind, ist es sinnvoll, die Rate der 15- bis 17-Jährigen zu bilden, um ein realistischeres Zahlenbild zu erhalten. Dann zeigt sich, dass deutschlandweit immerhin mehr als acht von 1.000 Mädchen von einer Schwangerschaft betroffen sind, in Brandenburg etwa zehn und in Berlin etwa 13.

ABBILDUNG 6: **SCHWANGERSCHAFTEN PRO 1.000 FRAUEN DER ALTERSGRUPPE 13 BIS 17 JAHRE IN DEUTSCHLAND, BERLIN UND BRANDENBURG**  
(SUMME SCHWANGERSCHAFTSABBRÜCHE UND LEBENDGEBURTEN)

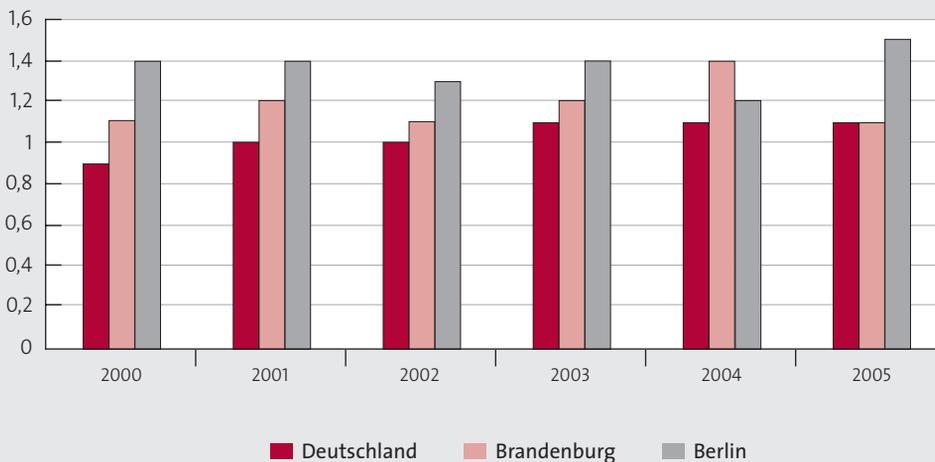


Quelle: Statistisches Bundesamt, Stand 2006

## DIE MEISTEN SCHWANGEREN TEENAGER ENTSCHEIDEN SICH FÜR EINEN SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH

In Berlin und in Brandenburg entscheiden sich mehr schwangere Teenager für einen Abbruch als für das Austragen des Kindes (Abbildung 7). Diese Rate bewegte sich in den vergangenen fünf Jahren auf annähernd gleich bleibendem Niveau. Die momentan leicht sinkende Tendenz für Berlin und leicht steigende Tendenz für Deutschland insgesamt und Brandenburg kann erst bei einem größeren zugrunde gelegten Zeitraum verifiziert werden.<sup>25</sup> Allerdings kann bei einer feineren Analyse in die einzelnen Altersjahrgänge hinein festgestellt werden, dass mit zunehmendem Alter der jungen Frauen auch die Neigung wächst, sich für das Austragen einer Schwangerschaft zu entscheiden (s. o.).

ABBILDUNG 7: VERHÄLTNIS ABRÜCHE ZU LEBENDGEBURTEN DURCH MINDERJÄHRIGE SCHWANGERE ZWISCHEN 13 UND 17 JAHREN



Quelle: Statistisches Bundesamt, Stand 2006

**25** Die Betrachtung von fünf Jahren ist für die Feststellung einer Tendenz zu kurz. Hier können zufällige Ereignisse eine ausschlaggebende Bedeutung haben. Aufgrund der beschriebenen unterschiedlichen Erfassung der Lebendgeburten vor und nach 2000 kann gegenwärtig der Vergleich nicht bis 1996 rückgeführt werden.

TABELLE 1: GEBURTEN, SCHWANGERSCHAFTSABBRÜCHE UND SCHWANGERSCHAFTEN BEI MINDERJÄHRIGEN 2000 BIS 2004

Deutschland		2000	2001	2002	2003	2004
Geburten	Pro 1.000 der 13- bis 17-Jährigen	3,2	3,3	3,3	3,1	3
	Pro 1.000 Geburten insgesamt	9,3	10,1	10,6	10,3	9,8
	Absolutzahlen mj. Mütter	7.126	7.447	7.595	7.295	6.969
	Absolutzahlen insgesamt	766.999	734.475	719.250	706.721	705.622
Schwangerschafts-abbrüche	Pro 1.000 der 13- bis 17-Jährigen	2,8	3,3	3,2	3,3	3,4
	Pro 1.000 Abbrüche insgesamt	47,1	56,3	57,1	59,1	60,6
	Absolutzahlen mj. Frauen	6.337	7.605	7.443	7.645	7.854
	Absolutzahlen insgesamt	134.609	134.964	130.387	128.030	129.650
Schwangerschaften	Pro 1.000 der 13- bis 17-Jährigen	6,0	6,6	6,5	6,4	6,4
	Pro 1.000 Schwangersch. insges.	14,9	17,3	17,7	17,9	17,1
	Absolutzahlen mj. Schwangerer	13.763	15.052	15.038	14.940	14.823
	Absolutzahlen insgesamt	901.608	869.439	849.637	834.751	835.272
Absolutzahlen 13- bis 17-Jährige		2.243.058	2.282.503	2.312.046	2.339.778	2.308.781
Berlin		2000	2001	2002	2003	2004
Geburten	Pro 1.000 der 13- bis 17-Jährigen	4,0	4,6	5,0	4,5	5,0
	Pro 1.000 Geburten insgesamt	11,9	14,1	15,1	13,5	14,3
	Absolutzahlen mj. Mütter	352	404	435	387	410
	Absolutzahlen insgesamt	29.695	28.624	28.801	28.723	29.446
Schwangerschafts-abbrüche	Pro 1.000 der 13- bis 17-Jährigen	5,4	6,6	6,4	6,4	5,9
	Pro 1.000 Abbrüche insgesamt	40,4	49,4	49,6	51,6	46,0
	Absolutzahlen mj. Frauen	483	574	563	561	506
	Absolutzahlen insgesamt	11.955	11.605	11.344	10.881	10.994
Schwangerschaften	Pro 1.000 der 13- bis 17-Jährigen	9,4	11,2	11,4	10,9	10,9
	Pro 1.000 Schwangersch. insges.	28,1	34,2	34,6	33,0	31,9
	Absolutzahlen mj. Schwangerer	835	978	998	948	916
	Absolutzahlen insgesamt	41.650	40.229	40.145	39.604	39.604
Absolutzahlen 13- bis 17-Jährige		88.002	87.688	87.494	87.494	82.406

Weiter auf der nächsten Seite >

Fortsetzung von Tabelle 1

Brandenburg		2000	2001	2002	2003	2004
Geburten	Pro 1.000 der 13- bis 17-Jährigen	3,1	3,2	3,7	3,6	3,7
	Pro 1.000 Geburten insgesamt	15,9	16,8	18,7	17,7	16,3
	Absolutzahlen mj. Mütter	294	294	331	318	296
	Absolutzahlen insgesamt	18.444	17.692	17.704	17.970	18.148
Schwangerschaftsabbrüche	Pro 1.000 der 13- bis 17-Jährigen	3,6	4,0	4,0	4,5	5,1
	Pro 1.000 Abbrüche insgesamt	63,7	73,5	78,7	87,0	88,6
	Absolutzahlen mj. Frauen	323	365	358	390	406
	Absolutzahlen insgesamt	5.072	4.963	4.549	4.483	4.580
Schwangerschaften	Pro 1.000 der 13- bis 17-Jährigen	6,7	7,2	7,7	8,1	8,8
	Pro 1.000 Schwangersch. insges.	26,2	29,3	27,3	23,8	24,9
	Absolutzahlen mj. Schwangerer	671	663	689	708	702
	Absolutzahlen insgesamt	23.516	22.655	22.253	22.453	22.728
Absolutzahlen 13- bis 17-Jährige		93.405	92.350	90.488	87.522	79.126

Quelle: Statistisches Bundesamt, Statistisches Landesamt Berlin, Statistisches Landesamt Brandenburg, Stand 2005

1



## 2 AUSLÄNDERINNEN UND JUNGE FRAUEN MIT MIGRATIONSHINTERGRUND

In Deutschland betrug der Anteil der Ausländerinnen an der gesamten weiblichen Bevölkerung in den letzten Jahren nahezu stabil 8%.<sup>26</sup> Der Anteil der Lebendgeburten durch ausländische Mütter an der Gesamtzahl der Geburten war im Jahr 2004 mit 17,6 % etwa doppelt so hoch wie ihr Anteil an der weiblichen Gesamtbevölkerung.<sup>27</sup> Unter den 13- bis 17-Jährigen ist der Anteil der Ausländerinnen von 2000 auf 2004 leicht gestiegen (von 9,1 % auf 9,6%). Auch hier ist der Anteil der Lebendgeburten durch ausländische Minderjährige an allen Teenagergeburten im Jahr 2004 mit 13,5% deutlich höher als der Anteil dieser Mädchen an der Bevölkerung der Altersgruppe. Er ist allerdings seit 2000 kontinuierlich gesunken. Bei den unter 15-Jährigen betrug der Anteil an den Geburten 11,8%.<sup>28</sup>

Auffallend sind erhebliche regionale Unterschiede, insbesondere zwischen den alten und den neuen Bundesländern sowie den Großstädten und dem ländlichen Raum. Berlin gehört zu den Regionen mit dem höchsten Anteil ausländischer Bevölkerung. Der Anteil der Ausländerinnen an der weiblichen Gesamtbevölkerung ist hier zudem zwischen 2000 und 2004 erheblich gestiegen (von 6,6 % auf 12,4%). Unter den 13- bis 17-Jährigen hat sich der Anteil der Ausländerinnen ebenfalls leicht erhöht (von 12,7 % auf 15,1%).<sup>29</sup>

Während deutschlandweit der Anteil der Lebendgeburten durch ausländische Teenager an der Gesamtzahl der Teenagergeburten im Jahr 2004 bei 13,5% lag, betrug er in Berlin 23%. Von 410 Kindern wurden 96 durch ausländische und 314 durch deutsche Teenagermütter geboren. Der Anteil der durch ausländische Minderjährige geborenen Kinder an der Gesamtzahl der geborenen Kinder ist in den letzten fünf Jahren allerdings trotz steigender Anzahl ausländischer Teenager in Berlin ebenfalls deutlich gesunken (Abbildung 8).<sup>30</sup>

**26** Vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT (2004)

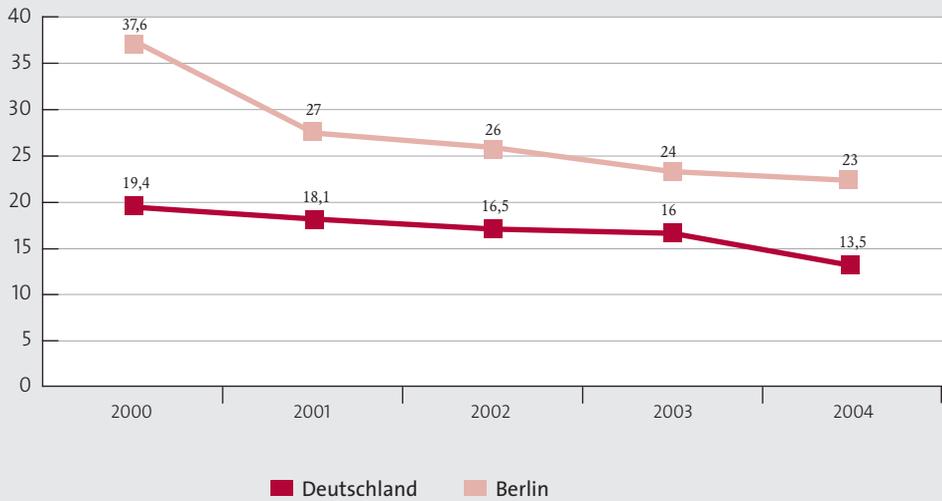
**27** Die zusammengefasste Geburtenziffer für ausländischer Mütter ist im Jahr 2004 zwar weiterhin gesunken, aber mit 1.692,4 noch deutlich höher die für deutsche Mütter mit 1.304,0 pro 1.000 Frauen, vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT. Bevölkerung 2004.

**28** Generell ist zu beachten, dass das STATISTISCHE BUNDESAMT in der Geburtsstatistik nicht den Migrationshintergrund, sondern den Ausländerstatus erfasst. Es kann davon ausgegangen werden, dass Ausländer etwa knapp die Hälfte der Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland sind. Das STATISTISCHE BUNDESAMT zählt zu den Menschen mit Migrationshintergrund „alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil“. Zur Schwierigkeit bei der Erfassung von Statistikdaten dieser Bevölkerungsgruppe vgl. auch STATISTISCHES BUNDESAMT (2005 a).

**29** Das Anwachsen des Anteils der Ausländerinnen ist sowohl der sinkenden Zahl der deutschen weiblichen Bevölkerung als auch der Zunahme der Ausländerinnen geschuldet. Diese Entwicklungen sind bei der Betrachtung der Geburten und Schwangerschaftsabbrüche durch ausländische Teenager zu berücksichtigen.

**30** STATISTISCHES BUNDESAMT und STATISTISCHES LANDESAMT BERLIN (2005)

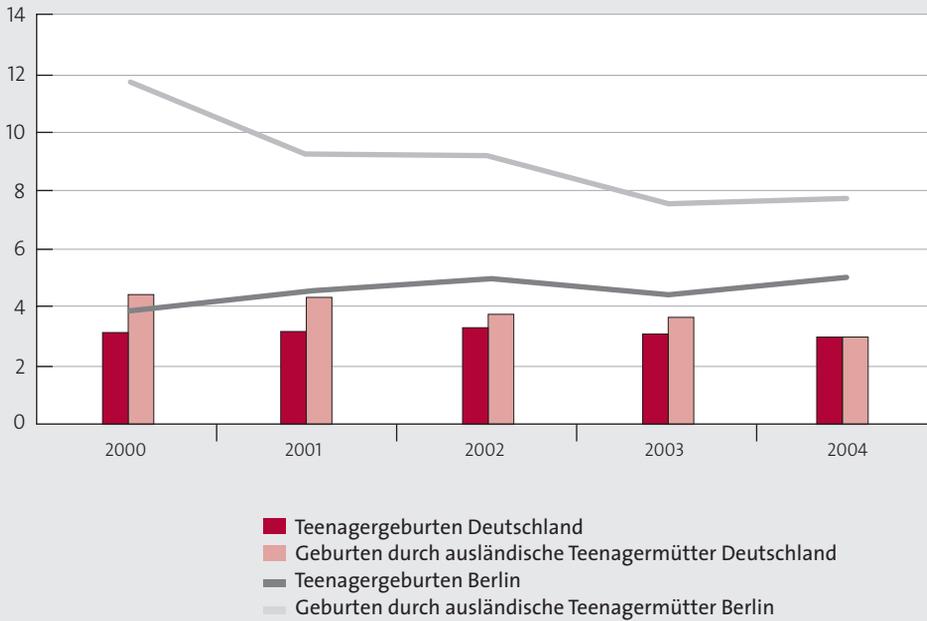
ABBILDUNG 8: ANTEIL DER TEENAGERGEBURTEN DURCH AUSLÄNDERINNEN AN DER GESAMTZAHL DER GEBURTEN DURCH MINDERJÄHRIGE



Quelle: Statistisches Bundesamt, Stand 2006

Ein Vergleich der Geburtenraten bezogen auf 1.000 Mädchen der Altersgruppe der minderjährigen ausländischen Teenager zeigt ebenfalls eine deutliche Abnahme in den letzten fünf Jahren, wenngleich 7,7 Geburten pro 1.000 ausländische Teenager mehr als doppelt so viele Geburten repräsentieren wie der Gesamtwert der Teenagergeburt in Deutschland und Berlin (Abbildung 9).

ABBILDUNG 9: GEBURTEN DURCH MINDERJÄHRIGE PRO 1.000 DER ALTERSGRUPPE 13 BIS 17 JAHRE



Quelle: Statistisches Bundesamt, Stand 2006

## SCHWANGERSCHAFTSABBRÜCHE WERDEN NICHT NACH HERKUNFT ERFASST

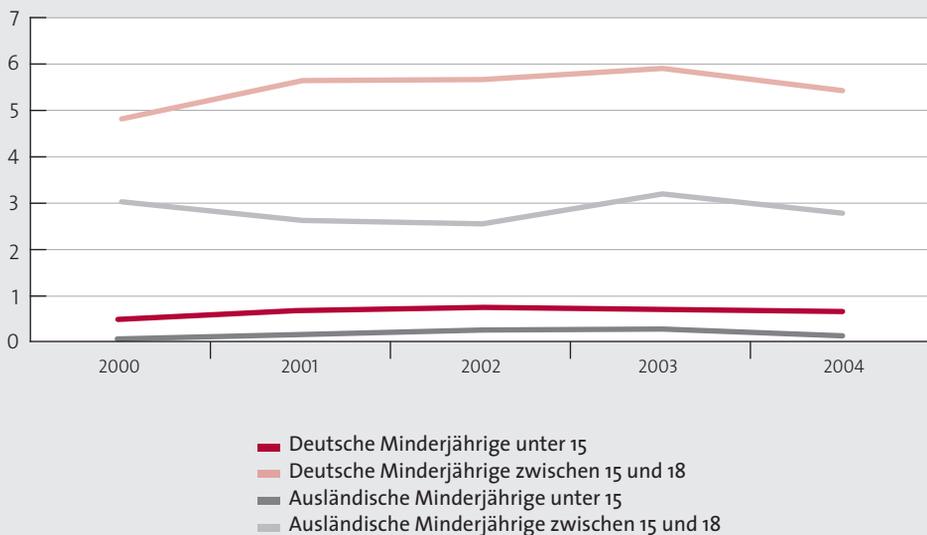
Zu den Schwangerschaftsabbrüchen durch ausländische Teenager liegen keine Daten des STATISTISCHEN BUNDESAMTES vor, da dieses die Staatsangehörigkeit der Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen, nicht erfasst. Demzufolge können Aussagen nur anhand der Landesberichte zu den Beratungen nach § 219 getroffen werden.<sup>31</sup> Aus dem Bericht der BERLINER SENATSVERWALTUNG<sup>32</sup> aus dem Jahr 2005 ergibt sich: Im Jahr 2004 wurden insgesamt 13.696 Frauen beraten, darunter 3.321 Ausländerinnen (24%). Dieser Anteil ist seit 2000 nahezu stabil.

**31** Dabei ist zu berücksichtigen, dass nicht jede Frau, die eine Beratung nach § 219 aufsucht, auch tatsächlich einen Abbruch vornehmen lässt. Ein Vergleich der Zahlen zeigt aber, dass dies mehrheitlich der Fall ist. So haben im Jahr 2004 in Berlin 13.696 Beratungen stattgefunden. Demgegenüber wurden 11.537 Abbrüche durchgeführt (84%). Minderjährige wurden in 736 Fällen beraten, 506 Abbrüche sind erfasst (69%).

**32** SENATSVERWALTUNG FÜR GESUNDHEIT, SOZIALES UND VERBRAUCHERSCHUTZ BERLIN (2005)

Der Vergleich der Altersverteilung der deutschen und ausländischen beratenen Frauen insgesamt zeigt, dass die Gruppe der 15- bis 17-Jährigen bei den deutschen Frauen stärker vertreten war als bei den Ausländerinnen. Auch dieser grundsätzliche Befund ist nahezu stabil seit 2000 zu verzeichnen. Im Jahr 2004 waren beispielsweise unter den deutschen Frauen 0,7% unter 15 Jahren (absolut 75) und 5,4 % zwischen 15 und 18 Jahre alt (absolut 553). Unter den ausländischen beratenen Frauen waren 0,2% unter 15 (absolut 8) und 2,8% zwischen 15 und 18 (absolut 93) (Abbildung 10).

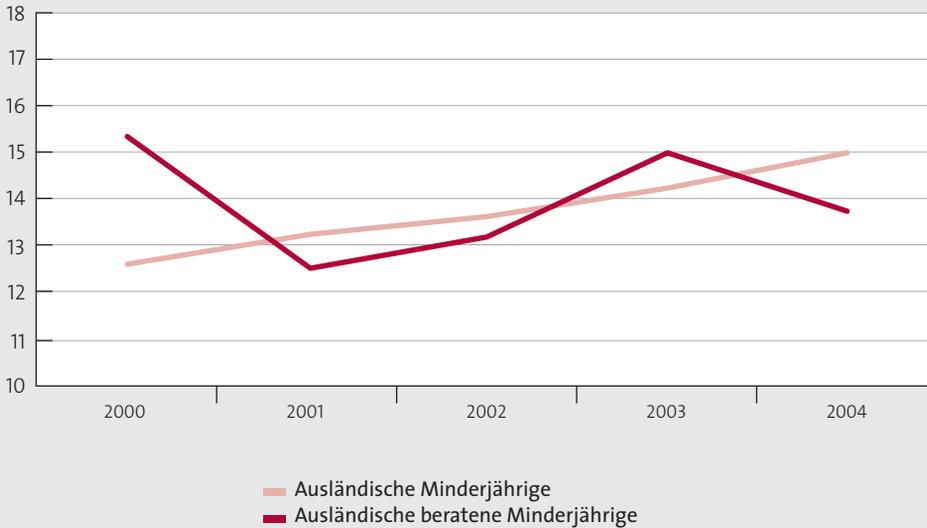
ABBILDUNG 10: BERATENE MINDERJÄHRIGE NACH IHREM ANTEIL AN DEN BERATENEN FRAUEN ALLER ALTERSTUFEN IN BERLIN



Quelle: Statistisches Bundesamt, Stand 2006

Vergleicht man den Anteil der ausländischen Mädchen, die zur Beratung nach § 219 erschienen sind, mit der Gesamtzahl der zur Beratung erschienenen Minderjährigen, so ergibt sich für das Jahr 2004, dass nur 13,7 % Ausländerinnen waren. Auch hier lassen sich für die letzten fünf Jahre weitgehend kontinuierliche Ergebnisse finden. Und sie entsprechen zudem fast parallel dem Anteil der ausländischen Mädchen an den Mädchen der Altersgruppe der Berliner Bevölkerung (Abbildung 11).

ABBILDUNG 11: VERGLEICH ANTEIL AUSLÄNDERINNEN 13 BIS 17 JAHRE MIT BERATENEN AUSLÄNDERINNEN 13 BIS 17 JAHRE



Quelle: Statistisches Bundesamt, Stand 2006

Die Zahlen lassen den Schluss zu, dass sich Ausländerinnen eher für das Austragen eines Kindes als für einen Abbruch entscheiden. Ob es im jeweiligen Entscheidungsverhalten Unterschiede nach der Angehörigkeit zu Nationalitäten und/oder Religionen gibt, kann aus den vorliegenden Daten nicht erschlossen werden.

Bezogen auf die gesamte weibliche Bevölkerung in Berlin der Altersgruppe 15 bis 17 Jahre liegt der Anteil der im Jahr 2004 beratenen deutschen jungen Frauen bei 1,05 % (553 von 52.491). Der Anteil der beratenen ausländischen Teenager beträgt 0,18 % (93 von 52.491). Bezogen auf die Anzahl der deutschen und ausländischen Teenager der jeweiligen Altersgruppe weisen sowohl deutsche als auch ausländische Minderjährige im Jahr 2004 den gleichen Anteil an Beratungen nach dem § 219 aus: Von 44.998 deutschen Mädchen ließen sich 553 beraten, 1,2 %. Und von den 7.493 ausländischen Minderjährigen zwischen 15 und 18 Jahre haben 93, also ebenfalls 1,2%, eine Beratung aufgesucht.

Diese Zahlen zeigen je nach unterschiedlicher Betrachtungsweise einen kontinuierlichen und ausgewogenen Anteil ausländischer Minderjähriger an den Schwangerschaftsabbruchberatungen und – vermutlich – auch an den Schwangerschaftsabbrüchen selbst.

Als Gründe für den Schwangerschaftskonflikt haben ausländische Minderjährige häufiger als deutsche Minderjährige wirtschaftliche, familiäre und partnerschaftliche sowie körperliche und psychische Gesundheitsprobleme angegeben. Seltener wurden Ausbildungs- und Arbeitsplatzprobleme benannt.<sup>33</sup>

## IN BRANDENBURG LEBEN SEHR WENIGE AUSLÄNDERINNEN

In Brandenburg ist der Anteil der Ausländerinnen mit 2,1% im Vergleich zum deutschlandweiten Anteil von 8% ausgesprochen gering. Ebenso niedrig nimmt sich der Anteil ausländischer weiblicher Teenager zwischen 13 und 17 Jahren aus. Er beträgt in Brandenburg 1,9%. Demzufolge sind Schwangerschaften und Geburten durch Mädchen dieser Altersgruppe zahlenmäßig ausgesprochen gering vertreten. Dies macht prozentuale Vergleiche und die Ermittlung von Zeitreihenvergleichen nicht sinnvoll. Um eine Relation zu verdeutlichen: Bei 1.524 ausländischen Mädchen zwischen 13 und 17 Jahren wurden im Jahr 2004 fünf Lebendgeburten in Brandenburg verzeichnet. Der Anteil der Lebendgeburten durch ausländische Teenager an den Teenagergeburten betrug in diesem Jahr 1,7%.<sup>34</sup>

<sup>33</sup> Vgl. SENATSWERWALTUNG BERLIN (2005)

<sup>34</sup> STATISTISCHES BUNDESAMT (2004)

## 3 BESONDERE SITUATION IN WIRTSCHAFTLICH SCHWACHEN REGIONEN BRANDENBURGS

Brandenburg gehört zu den Bundesländern mit einer im bundesdeutschen Durchschnitt geringen Geburtenhäufigkeit bei 15- bis 45-jährigen Frauen. Im Jahr 2004 kamen beispielsweise 1.283,9 Lebendgeburten auf 1.000 Frauen dieser Altersgruppe. In den verschiedenen Regionen Brandenburgs zeigt sich ein im Detail ausgesprochen heterogenes Bild. So werden in der Landeshauptstadt Potsdam pro 1.000 Einwohner deutlich mehr Kinder geboren (9,4) als in strukturschwachen Regionen Brandenburgs (6,2–6,4).<sup>35</sup>

### DIE ZAHL DER MINDERJÄHRIGEN SCHWANGEREN IST IN DEN STRUKTURSCHWACHEN REGIONEN BESONDERS HOCH

Die Befunde zur Geburtenhäufigkeit bei Teenagern in den verschiedenen Regionen Brandenburgs lassen allerdings gegenteilige Schlussfolgerungen zu: In der Landeshauptstadt Potsdam ist die Rate der Schwangerschaften der 13- bis 17-Jährigen mit 2,3 auf 1.000 Mädchen der Altersgruppe sehr gering. Hohe Raten weisen demgegenüber beispielsweise Brandenburg (6,6), Frankfurt an der Oder (5,4), der Landkreis Oberspreewald-Lausitz (5,0) sowie die Landkreise Ostprignitz-Ruppin (4,8), Oder-Spree (4,8), Prignitz (4,3) und die Uckermark (4,1) aus (Tabelle 2). Die meisten dieser Regionen sind zugleich Landkreise mit ausgesprochen hoher (Jugend-) Arbeitslosigkeit.<sup>36</sup> Die Jugendarbeitslosigkeit im Land Brandenburg ist mit 16 % im deutschlandweiten Vergleich und insbesondere im Vergleich mit den alten Bundesländern (hier 7,8 %) sehr hoch.<sup>37</sup>

<sup>35</sup> STATISTISCHES BUNDESAMT (2004 a)

<sup>36</sup> Zu grundsätzlichen Darlegungen zur Lebenssituation Jugendlicher siehe Exkurs, Kap. 4

<sup>37</sup> MINISTERIUM FÜR ARBEIT, SOZIALES, GESUNDHEIT UND FRAUEN BRANDENBURG (2004), S. 26. Die Zahl bezieht sich auf das Jahr 2002 und auf Jugendliche unter 25 Jahren.

TABELLE 2: AUSGEWÄHLTE REGIONEN IN BRANDENBURG

Ausgewählte Landkreise	Lebend-geborene pro 1.000 Einwohner	Geburtenrate pro 1.000 13- bis 17-jährige Mädchen	Rate pro 1.000 Schwangerschaften	Erwerbslosenrate 2003
Brandenburg	6,8	6,6	2,74	31,9
Frankfurt (Oder)	7,3	5,4	2,28	21,8
Potsdam	9,4	2,3	0,66	14,2
Oberspreewald-Lausitz	6,2	5,0	2,63	27,1
Oder-Spree	6,5	4,8	2,4	k. A.
Ostprignitz-Ruppin	6,4	4,8	2,54	24,9
Prignitz	6,3	4,3	2,26	23,2
Uckermark	7,0	4,1	2,0	26,9
Gesamt	7,0	3,6	16,6	20,3

Quelle: Statistisches Landesamt Brandenburg, Stand 2006

## 4 LEBENSITUATION VON JUGENDLICHEN IN DEUTSCHLAND

*„Es gibt nicht die eine Kindheit und Jugend, sondern vielfältige Lebenslagen von Kindern und Jugendlichen in einer stark individualisierten und pluralisierten Gesellschaft“,*

stellt der 11. KINDER- UND JUGENDBERICHT fest.<sup>38</sup> Aber gerade diese wachsende Pluralisierung in einer immer komplexer werdenden Gesellschaft stellt erhebliche Anforderungen an die Heranwachsenden.<sup>39</sup> Sowohl die Chancen auf erfolgreiche als auch die Risiken in Bezug auf konfliktbehaftete Entwicklungsverläufe steigen. In welcher Weise die Integration junger Menschen in die Gesellschaft erfolgt, hängt von einer Vielzahl personenbezogener und umweltbedingter Einflussfaktoren ab,<sup>40</sup> die sich auf die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen kumulativ fördernd oder hemmend auswirken.

Die 14. und 15. SHELL JUGENDSTUDIEN<sup>41</sup> hebt ebenso wie die Studie „Jugend in Brandenburg 2005“<sup>42</sup> hervor, dass sich Jugendliche in Deutschland in vielen Bereichen der Gesellschaft engagieren, so im Umweltschutz und in der Sozial- oder Friedensarbeit. Familie und Erwerbstätigkeit hat für junge Menschen einen hohen Stellenwert und sie treten ein für mehr Generationengerechtigkeit. Die „Null-Bock“-Stimmung ist vorbei, resümiert der 3. KINDER- UND JUGENDBERICHT BRANDENBURG.<sup>43</sup> Die gesamten Studien verweisen aber auch darauf, dass es ebenfalls immer mehr Jugendlichen immer schwerer fällt, ihren Platz in der Gesellschaft zu finden. Insbesondere das soziale Milieu, in dem Kinder aufwachsen, sowie die materiellen und ideellen Lebensbedingungen beeinflussen die Lebensgestaltung der jungen Menschen bis weit in das Erwachsenenalter hinein.

Ein wichtiges Kriterium für die Wahrnehmung von Chancen stellt die Verfügbarkeit materieller Ressourcen dar. Der 11. KINDER- UND JUGENDBERICHT<sup>44</sup> kommt zu der Erkenntnis, dass Kinder in Deutschland noch nie so viel Geld zur Verfügung hatten wie zum gegenwärtigen Zeitpunkt. Aber die Schere zwischen Kindern, die in Wohlstand aufwachsen und alle Chancen der gesellschaftlichen Teilhabe nutzen können, und den Kindern, die langfristig in Armut leben, geht immer weiter auseinander.

**38** BMFSFJ (2002), S. 51

**39** MASGF (2003 b), S. 2

**40** WHO (2005)

**41** 14. SHELL JUGENDSTUDIE (2003), 15. SHELL JUGENDSTUDIE (2006)

**42** STURZENBECHER (2006), S. 3–4

**43** MASGF (2003 b), S. 2

**44** BMFSFJ (2002), S. 45

Seit dem 2. ARMUTS- UND REICHTUMSBERICHT DER BUNDESREGIERUNG<sup>45</sup> aus dem Jahr 2002 hat sich die Zahl der in Armut aufwachsenden Kinder und Jugendlichen von 1,1 auf 2,5 Millionen mehr als verdoppelt.<sup>46</sup> Unvollständige Familien, Langzeitarbeitslosigkeit der Eltern und niedrige Schulabschlüsse führen häufig in langfristige Armutskarrieren, die den Heranwachsenden in diesen Familien nur geringe Zukunftsoptionen eröffnen. Wie u. a. die Analyse der Pilotstudie in Sachsen bestätigte, bedeuten schlechte Teilhabechancen auch ein höheres Risiko in puncto zu frühe Elternschaft.<sup>47</sup>

## ARBEITSLOSIGKEIT BEEINTRÄCHTIGT DIE ENTWICKLUNG POSITIVER LEBENSPEKTIKEN

Materielle Ressourcen und das Gefühl, von der Gesellschaft gebraucht zu werden, basieren auf einer gelungenen Integration in das Erwerbsleben. Umso gravierender wirkt sich Arbeitslosigkeit auf die ideellen und materiellen Perspektiven junger Menschen aus. Dabei erleben Jugendliche sowohl die Arbeitslosigkeit ihrer Eltern mit allen sozialen Auswirkungen und ihre oft erfolglosen Bemühungen um einen beruflichen Wiedereinstieg als auch die eigene Perspektivlosigkeit bei einer vergeblichen Suche nach einem Ausbildungs- oder Arbeitsplatz. Während die Arbeitslosenquote insgesamt in Berlin und Brandenburg im Mittel der ostdeutschen Bundesländer liegt,<sup>48</sup> kennzeichnet beide Bundesländer eine z. T. deutlich erhöhte Jugendarbeitslosigkeit (Tabelle 3). Sowohl in Bezug auf die Arbeitslosigkeit der unter 25-Jährigen als auch der unter 20-Jährigen liegen Berlin und Brandenburg an der Spitze aller ostdeutschen Bundesländer.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass besonders die westlichen Regionen Brandenburgs (Potsdam-Mittelmark und Teltow-Fläming) kaum Arbeitsplätze verloren haben bei einem Zuwachs an Bevölkerung (Potsdam-Mittelmark 23,4 %). Erhebliche Arbeitsplatz- und Bevölkerungsverluste mussten hingegen ehemalige Industrieregionen in Ostbrandenburg hinnehmen. Die Folge ist eine zunehmende Abwanderung junger Menschen und eine damit verbundene Alterung der Bevölkerung in diesen Regionen. Berlin hat seit 2000 eine gewisse Stabilität in der Arbeitsmarkt- und Bevölkerungsentwicklung erreicht.<sup>49</sup>

<sup>45</sup> BMAS (2005)

<sup>46</sup> UNICEF (2006)

<sup>47</sup> HÄUSSLER-SCZEPAN ET AL. (2005)

<sup>48</sup> Stand Juli 2006

<sup>49</sup> DEUTSCHLAND 2020 (2004), S. 41–42

TABELLE 3: ARBEITSLOSIGKEIT IN DEUTSCHLAND UND IN DEN OSTDEUTSCHEN BUNDESLÄNDERN IM VERGLEICH (STAND JULI 2006)

Arbeitslosen- quote	Deutsch- land	Ost- deutsch- land	Berlin	Brand- den- burg	Me- Vor- pom- mern	Sach- sen	Sach- sen- An- halt	Thü- rin- gen
Unter 25 Jahre	11,3	17,8	21,0	19,8	17,3	16,2	18,3	14,8
Davon unter 20 Jahre	7,6	11,5	15,3	12,3	10,6	9,1	10,6	9,4
Ausländer/-innen	23,0	41,8	41,5	39,2	47,4	43,7	47,4	38,8
Gesamt	10,7	16,7	17,5	16,3	18,2	16	17,9	14,9

Quelle: [www.pub.arbeitsamt.de/hst/services/statistik/detail/f.html](http://www.pub.arbeitsamt.de/hst/services/statistik/detail/f.html)

Eine Analyse der Wanderungsbilanz weist für Brandenburg und Berlin insgesamt einen Zuwachs an Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre aus, bei deutlichen regionalen Unterschieden. In den wachstumsorientierten Regionen Brandenburgs liegt auch der Anteil der Kinder und Jugendlichen an der Gesamtbevölkerung über dem Durchschnitt des Landes (Havelland 18,8, Oberhavel 17,5 und Potsdam-Mittelmark 17,5), während er in den Städten Cottbus (13,3), Frankfurt an der Oder (13,6), Brandenburg (13,7) und dem Landkreis Oberspreewald-Lausitz (14,2) darunter liegt.<sup>50</sup>

### DER ANTEIL AUSLÄNDISCHER BEVÖLKERUNG IST IN WESTBERLIN DEUTLICH HÖHER ALS IM OSTTEIL DER STADT

Für Berlin ist hervorzuheben, dass in den Bezirken Mitte/Tiergarten/Wedding (ca. 27 %), Friedrichshain/Kreuzberg (ca. 23 %), Neukölln (ca. 21 %), Charlottenburg/Wilmersdorf (ca. 18 %) und Schöneberg/Tempelhof (ca. 16 %) ein überdurchschnittlich hoher Anteil ausländischer Bevölkerung lebt, während in den Ostberliner Bezirken und den Bezirken Spandau, Zehlendorf/Steglitz und Reinickendorf der Anteil deutlich unter 15 % liegt. Am niedrigsten ist er in Treptow/Köpenick und Marzahn/Hellersdorf mit unter 5 %.<sup>51</sup>

Der Anteil ausländischer Einwohner im Land Brandenburg entspricht diesen letztgenannten Werten. Er liegt zwischen 1,4 % (Prignitz) und 5,4 % in Potsdam bzw. 5,2 % in Frankfurt an der Oder.<sup>52</sup>

**50** Für Deutschland gesamt wird der Kinderquotient mit 27,5 angegeben, siehe auch BOMSDORF (2004) und STATISTIK BRANDENBURG (2004)

**51** SOZIALSTRUKTURATLAS BERLIN (2003)

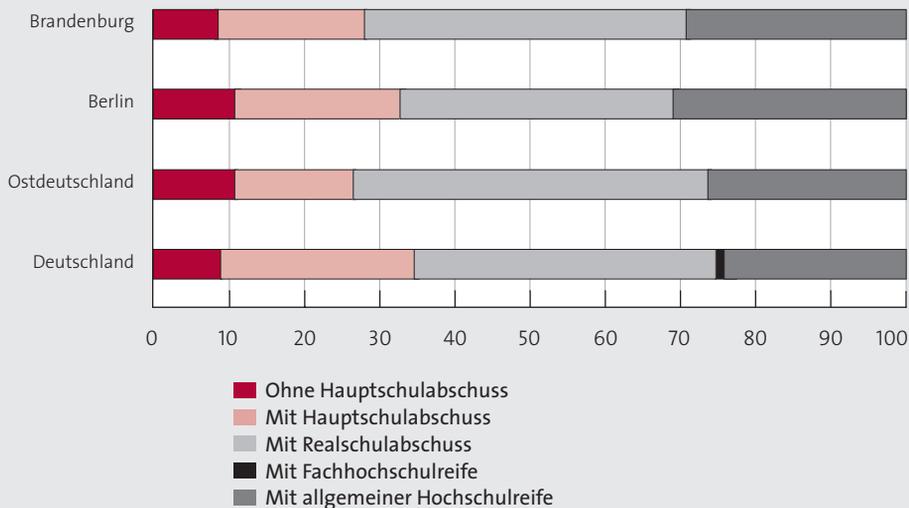
**52** STATISTIK BRANDENBURG (2004)

## IN BERLIN IST DER ANTEIL JUGENDLICHER MIT GERINGER BILDUNG HÖHER ALS IN BRANDENBURG

Gute Bildungsabschlüsse stellen eine wesentliche Voraussetzung dafür dar, wie gesellschaftliche Chancen genutzt werden können. Niedrige Bildung korreliert u. a. mit höherer Arbeitslosigkeit, geringeren materiellen Ressourcen, einem erschwerten Zugang zu Informationen und höheren gesundheitlichen Risiken.

Im bundesdeutschen Vergleich liegt der Anteil der Schulabgänger und -abgängerinnen ohne und mit Hauptschulabschluss in Berlin und Brandenburg unter dem Durchschnitt, im Vergleich der ostdeutschen Bundesländer gilt diese Aussage nur für Brandenburg. Berlin weist einen um einige Prozentpunkte höheren Anteil von Jugendlichen auf, die ohne bzw. nur mit einem geringen Abschluss die Schule verlassen und damit von Beginn an einen erschwerten Start in die berufliche Ausbildung bzw. in das Erwerbsleben haben (Abbildung 12).

ABBILDUNG 12: ANTEIL DER SCHULABGÄNGER UND -ABGÄNGERINNEN NACH DEM SCHULJAHR 2002/2003 (ANGABEN IN %)



Quelle: Statistisches Bundesamt, Stand 2006

Die Anteile der Jugendlichen mit geringem bzw. ohne Schulabschluss bleiben für das Land Brandenburg im Zeitraum von zehn Jahren relativ stabil (ca. 9 % ohne und ca. 18 % mit Hauptschulabschluss). Während in Berlin 1993 rund 16 % der Schulabgänger die Schule ohne und ca. 24 % mit einem Hauptschulabschluss verließen, konnte

dieser Anteil in den folgenden Jahren gesenkt werden. Das Schuljahr 2002/2003 beendeten in Berlin ca. 11 % ohne und 22 % mit Hauptschulabschluss.<sup>53</sup>

## ARMUT WIRKT SICH NEGATIV AUF DIE ENTWICKLUNG VON KINDERN AUS UND VERRINGERT DEREN TEILHABECHANCEN

Einen besonderen Schwerpunkt bei der Beschreibung der Lebenslagen von Kindern und Jugendlichen nimmt die Problematik steigender Kinderarmut ein. Dieser Trend wird seit Jahren für Deutschland beschrieben.<sup>54</sup>

Mit Einführung der Hartz-IV-Gesetzgebung im Jahr 2005 verschärfte sich die Lage erheblich,<sup>55</sup> wobei regional differenzierte Daten noch nicht vorliegen. Der SOZIALSTRUKTURATLAS BERLIN weist für das Jahr 2002 eine höhere Armutsquote im Westteil der Stadt aus, in dem eine deutliche sozialräumliche Segregation sichtbar wird.<sup>56</sup> Im Land Brandenburg lag 2004 das durchschnittliche monatliche Haushaltsäquivalenzeinkommen (pro Kopf) in Familien mit Kindern generell unter 1.000 Euro, am niedrigsten in Einelternfamilien mit zwei und mehr Kindern (583,30 Euro bzw. 480 Euro).<sup>57</sup> Ebenso stieg in allen Regionen Brandenburgs die Zahl der Empfänger von Sozialhilfe. Die Verweildauer im Sozialhilfebezug betrug 2004 durchschnittlich 18,2 Monate, deutlich darüber lagen die Verweildauern in den Städten Brandenburg (21,6) und Potsdam (21,1) sowie dem Landkreis Ostprignitz-Ruppin (22), während der Landkreis Potsdam-Mittelmark sowohl einen Rückgang an Sozialhilfeempfängern als auch eine Verkürzung der Verweildauer in der Sozialhilfe verzeichnet.<sup>58</sup>

Je länger Armutsperioden anhalten, umso nachhaltiger werden Teilhabechancen besonders von Kindern und Jugendlichen verringert, denn nachweislich gehen Armutslagen neben geringer Bildung und schlechten Arbeitsbedingungen einher mit unzureichenden oder wenig gesundheitsfördernden sozialen Netzen, ungünstigen Wohnbedingungen und fehlenden Zukunftsperspektiven. DR. MED. KÜHNELT,<sup>59</sup> ein Kinderarzt aus dem Westberliner Stadtteil Wedding, verweist darauf, dass seine Klientel überwiegend aus sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen besteht, darunter vorrangig Jugendlichen mit Migrationshintergrund. Ein großer Teil dieser Kinder weist bei der Einschulung erhebliche Defizite in der Sprachentwicklung auf und ist nur sehr unzureichend auf den Schuleintritt vorbereitet.

**53** Datenbasis: STATISTISCHES BUNDESAMT (2004 b) und eigene Berechnungen

**54** BMFSFJ (2002), BMFSFJ( 2005), BMFSFJ (2006 a) u. a.

**55** UNICEF (2006)

**56** SOZIALSTRUKTURATLAS (2003), S. 105–106

**57** Bedarfsgewichte werden herangezogen, um die Einkommen unterschiedlicher Haushalte vergleichbar zu machen. Sie sind abgeleitet aus der älteren OECD-Skala: erster Erwachsener = 1; alle weiteren Erwachsenen (ab 15 Jahren) im Haushalt = 0,7; alle Kinder bis unter 15 Jahren = 0,5.

**58** LANDESAMT FÜR STATISTIK BRANDENBURG (2006)

**59** KÜHNELT (2000)

Familien mit höherem Sozialstatus ziehen in andere Regionen der Stadt oder des Umlandes, wo sie bessere Schulangebote erhoffen, um ihre Kinder optimal fördern zu können. Diese Segregation führt dann wiederum zur Verstärkung von Problemlagen in den benachteiligten Bezirken.

Der 108. DEUTSCHE ÄRZTETAG kommt zu der Feststellung:

*„Arbeitslosigkeit und Armut lassen Menschen früher altern, rascher krank werden, sie rauben Initiative zur eigenen Gesundheitsförderung, zerstören die Motivation zur Prävention, mindern gesundheitliche Potentiale und fördern gesundheitsbelastende Verhaltensweisen. Arbeitslosigkeit macht arm, und Armut und Arbeitslosigkeit machen krank, und dies bis in die nachfolgende Generation hinein.“<sup>60</sup>*

Besonders gravierend ist die Feststellung, dass Schwangere und Mütter aus sozial schwachen Schichten seltener Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen, häufiger gesundheitsschädigendes Verhalten aufweisen (Alkohol, Drogen, Nikotin, Fehlernährung, riskantes Sexualverhalten), häufiger gestörte affektive Bindungen in der Mutter-Kind-Beziehung zeigen und damit Dispositionen für Erkrankungen prägen, die sich bei ihren Kindern erst im dritten, vierten oder fünften Dezennium, also ab dem 30. Lebensjahr, manifestieren (z. B. Stoffwechselerkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen). Sowohl die Armutsberichterstattung der Bundesrepublik als auch die Gesundheitsberichte verweisen auf die höheren gesundheitlichen Risiken für Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien. Nach Ergebnissen des 1. KINDER- UND JUGEND-GESUNDHEITSSURVEYS des ROBERT-KOCH-INSTITUTS leiden 15 % der 3- bis 17-Jährigen unter Übergewicht und 6,3 % unter Adipositas.<sup>61</sup> Im Alter von 17 Jahren weisen 30 % der Mädchen ein gestörtes Essverhalten auf, wobei Kinder mit niedrigem sozialem Status besonders gefährdet sind. Weitere Störungen (psychische Störungen, Depressionen, Unzufriedenheit mit dem Körper selbstbild, Nikotinabusus und Erfahrungen sexueller Belästigungen) gehen mit gestörtem Essverhalten einher.<sup>62</sup>

Diese Befunde verweisen auf dringenden gesellschaftlichen Handlungsbedarf in der Kinder- und Jugendpolitik, um gerade Kindern und Jugendlichen aus sozial schwachen Schichten gleiche Chancen zur gesellschaftlichen Teilhabe einzuräumen wie allen anderen Gruppen. Das gilt auch in Bezug auf Bemühungen, präventiv auf die Entstehung zu früher Schwangerschaften einzuwirken, denn nach einer UNICEF-Studie gehören im Alter von 30 Jahren 54 % der ehemaligen Teenagermütter zu den 20 % der ärmsten Bevölkerungsgruppen in Deutschland.<sup>63</sup>

<sup>60</sup> 108. DEUTSCHER ÄRZTETAG (2005)

<sup>61</sup> SCHAFFRATH ROSARIO, KURTH (2006)

<sup>62</sup> HÖLLING, SCHLACK (2006)

<sup>63</sup> UNICEF (2001)

## 5 ERKLÄRUNGSANSÄTZE ZU ELTERN SCHAFT IM JUGENDALTER

Schwangerschaften lassen sich generell als Folge gelebter Sexualität definieren. Bei Schwanger- bzw. Mutterschaften von Minderjährigen befinden sich die adoleszenten Mädchen und Jungen in der Regel in einer Phase tief greifender und vielfältiger Veränderungen. Merkmale der Pubertät sind u. a. körperliche Reifung, Entwicklung der persönlichen und sexuellen Identität und Aufnahme partnerschaftlicher und sexueller Kontakte. Letztere setzen verantwortliches Handeln voraus, verbunden mit dem Wissen um die Tragweite von Sexualität. Es sind jedoch genau diese Konsequenzen, die von Adoleszenten noch nicht ausreichend internalisiert und bewusst oder unbewusst herbeigeführt werden. Riskantes Sexualverhalten in Form von ungeschütztem Geschlechtsverkehr kann letztendlich als Ursache für nahezu alle Schwangerschaften im Jugendalter angenommen werden. Ein expliziter Kinderwunsch besteht nur in seltenen Fällen.<sup>64</sup> Dieser bezieht sich jedoch zumeist weniger auf das Kind selbst als auf die „Imagination einer ganz bestimmten Art zu leben“.<sup>65</sup>

### UNAUFGEKLÄRTE TEENAGER SIND DIE AUSNAHME, DENNOCH WIRD INKONSEQUENT VERHÜTET

Einerseits zeigen Studien, dass das Verhütungsverhalten Jugendlicher besser geworden ist,<sup>66</sup> weshalb sich die Annahme des unaufgeklärten Teenagers nicht per se bestätigen lässt. Andererseits führen Wissensdefizite und Fehleinschätzungen über körperliche Vorgänge<sup>67</sup> sowie über Funktionsweise, Handhabung und Wirksamkeit von Verhütungsmitteln und -methoden dazu, dass sexuell aktive Jugendliche die Folgen des eigenen Handelns falsch einschätzen und darauf vertrauen, Sexualität ohne (negative) Konsequenzen leben zu können.<sup>68</sup> Haben sie dies in vorangegangenen sexuellen Handlungen bereits erfahren, verstärkt sich der Glaube an die eigene Unverwundbarkeit.

Die eigentlichen Probleme liegen daher nach Meinung vieler Autoren weniger im konkreten Wissen (natürlich auch hier) als vielmehr in der Weise, partnerschaftliche Sexualität in Verbindung mit einer partiell inkonsequenten Schwangerschaftsverhütung zu leben. Wie kommt es dazu? Defizite im Verhütungsverhalten resultieren zum einen aus der Schwierigkeit junger Menschen, über Verantwortlichkeiten in der Schwangerschaftsverhütung zu kommunizieren.<sup>69</sup> Sie bleibt teilweise ent-

<sup>64</sup> WELLER (2005), S. 30

<sup>65</sup> GILLE (2002), S. 916

<sup>66</sup> BZgA (2006)

<sup>67</sup> BUSCH, FRANZ (2004), S. 12

<sup>68</sup> BZgA (2006), S. 111

<sup>69</sup> REMBERG (2003), S. 15

weder ungeklärt oder wird an den Partner delegiert,<sup>70</sup> der wiederum oftmals die Verantwortung immer noch bei der Frau sieht.<sup>71</sup> Eine weitere Möglichkeit ist der Verzicht auf Verhütung auf Drängen des Partners, weil dieser die Benutzung von Kondomen ablehnt.<sup>72</sup>

Zum anderen fehlt häufig noch eine praxisrelevante Verhütungskompetenz, vor allem je jünger die Mädchen und jungen Frauen sind. Forschende diskutieren z. B. unbewusste Aspekte defizitären Verhütungsverhaltens. WIMMER-PUCHINGER<sup>73</sup> spricht davon, dass Schwangerschaften bei Minderjährigen zwar nicht geplant, aber nicht zwangsläufig ungewollt entstehen. Und auch MERZ bezeichnet die Teenager-Schwangerschaft als „Austragungsmodus unbewusster Konflikte“, die „im bewussten Erleben zwar unerwünscht war“, zu deren Entstehung aber unbewusste Motive beigetragen haben könnten.<sup>74</sup> Vor allem die mangelhafte Motivation der Akteure wird dafür verantwortlich gemacht, dass erworbenes Wissen nicht oder nur ungenügend angewendet wird.

### **MANGELNDE MOTIVATION ZU VERHÜTEN WIRD DURCH PSYCHO-SOZIALE UND SOZIALSTRUKTURELLE FAKTOREN BEEINFLUSST**

Sozialstrukturelle Faktoren gewinnen insbesondere in Regionen mit hoher (Jugend-) Arbeitslosigkeit bei gleichzeitiger Abwanderung jüngerer Bevölkerungsgruppen aus ländlichen Gebieten an Bedeutung, wie es in einigen Teilen Ostdeutschlands der Fall ist.<sup>75</sup> Die sich daraus ergebenden Konsequenzen auf die Lebensgestaltung junger Menschen münden in der Suche nach Alternativen, insbesondere bei denjenigen, deren Chancen auf die angestrebte Berufsausbildung und die anschließende Beteiligung am Erwerbsleben minimal erscheinen. Die Motivation zu einem sicheren Verhütungsverhalten kann bei den Mädchen geringer sein, die in dieser Situation der Perspektivlosigkeit in einer Schwangerschaft eine Alternative spüren, die ihnen die erhoffte soziale Anerkennung und Selbstachtung gibt und sie davor bewahrt, sich mit der eigenen Chancenlosigkeit oder dem eigenen Scheitern konfrontieren zu müssen.<sup>76</sup> Schwangerschaften bieten zudem eine legitime Möglichkeit, unbefriedigende Ausbildungssituationen verlassen bzw. darauf verzichten zu können.<sup>77</sup> Es wird auf die Potentiale zurückgegriffen, über die eine minderjährige Frau recht unproblematisch verfügt und die eine gesellschaftlich anerkannte und geachtete Aufgabe garantieren: Fruchtbarkeit und Mutterschaft.<sup>78</sup>

**70** OSTHOFF (2004), S. 10

**71** FRIEDRICH, REMBERG (2005), S. 67

**72** GARST (2001), S. 17

**73** WIMMER-PUCHINGER (1982)

**74** MERZ (1988), S. 11

**75** Vgl. MASGF BRANDENBURG (2003 a) und LANDESAMT FÜR STATISTIK SACHSEN (2004)

**76** BUSCH, FRANZ (2004), S. 11 und WELLER (2005), S. 31

**77** GARST (2003), S. 26

**78** SCHNEIDER (2003), S. 6

## DER WUNSCH NACH MUTTERSCHAFT WIRD DURCH BESTIMMTE PSYCHOSOZIALE ASPEKTE BEGÜNSTIGT

Oft ist die Kindheits- und Jugendphase bei minderjährigen Schwangeren geprägt von Defiziten im familiären Bereich. Ein Großteil der Betroffenen ist außerhalb eines geregelten Familienverbandes aufgewachsen.<sup>79</sup> Das Erleben von frühen und zahlreichen Trennungen, familiären Konflikten sowie körperlichen und emotionalen Vernachlässigungen ruft Wünsche und Sehnsüchte hervor, die Herkunftsfamilie verlassen zu können und eine Familie in Eigenverantwortung zu gründen. Diese Vorstellungen sind meist gekoppelt an realitätsferne Phantasien von einer intakten Familie, die eine Stabilisation der Partnerschaft einschließen<sup>80</sup> und auf dem Ausgleich eines erlebten Mangels an emotionaler Wärme und Zuwendung basieren. Mit dem Kind verbinden sich ein starker Wunsch nach einer intensiven und selbst gestalteten Beziehung von unbegrenzter Dauer<sup>81</sup> und das Wissen, eine befriedigende Aufgabe zu übernehmen, die die persönliche Reife vorantreibt. Da die Mütter von jugendlichen Schwangeren häufig auch Teenagermütter waren,<sup>82</sup> erwächst der Wunsch nach Selbstständigkeit und Persönlichkeitsentwicklung aus der Erfahrung der Familienbiographie heraus, oft einhergehend mit einer hohen Geschwisterzahl.

Die Ursachen für Schwanger- und Mutterschaften von Minderjährigen können zusammenfassend nicht allein auf das defizitäre Verhütungsverhalten reduziert werden, sondern umfassen auch psychosoziale und soziostrukturelle Faktoren. Drei wichtige Aspekte lassen sich diesbezüglich festhalten:

- I. Verhütungskompetenz beinhaltet nicht allein die Komponenten des Wissens und der technischen Ausgestaltung, sondern erfordert gleichermaßen ein handlungswirksames Bewusstsein über die Notwendigkeit der Anwendung und praktische Handlungskompetenz im partnerschaftlichen Sexualverhalten.
- II. Sozial benachteiligte Mädchen und junge Frauen weisen verstärkt Beziehungs- und Problemlösungskompetenzen auf, die von einem sozial und emotional deprivierten Umfeld geprägt sind. Die daraus resultierenden Kompensationsbestrebungen lassen jedoch oftmals Nachhaltigkeit und durchdachte Entscheidungen vermissen.
- III. Bildungspotentiale und sozioökonomische Faktoren wirken sich direkt auf die Partizipationsmöglichkeiten am Arbeitsmarkt aus. Sind beide ungünstig, dient die Mutterrolle häufig als Ersatz für gesellschaftliche Akzeptanz und Statussicherung.

**79** OSTHOFF (1999), S. 121 f.

**80** WANZECK-SIELERT (2002), S. 30

**81** GARST (2003), S. 25

**82** KIRCHENGAST (2002), S. 308



## 6 HILFEANGEBOTE FÜR MINDERJÄHRIGE SCHWANGERE UND MÜTTER

Unabhängig davon, ob sich minderjährige Schwangere für das Austragen des Kindes entscheiden oder nicht, benötigen sie Hilfen für die Bewältigung der neuen, unerwarteten Lebenssituation. Kann die Familie und das vorhandene soziale Netzwerk die benötigten Unterstützungen nicht gewähren, stehen staatliche, kommunale und konfessionelle Hilfeangebote zur Verfügung.<sup>83</sup>

Es existieren derzeit in Berlin 25 anerkannte Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen (Beratung nach § 2 und 5 SchKG). Von ihnen sind 15 in freier Trägerschaft und zehn Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Sozialmedizinische Dienste). Acht weitere Schwangerschaftsberatungsstellen in freier Trägerschaft arbeiten lediglich nach § 2 SchKG (ohne Beratung nach § 219 StGB).<sup>84</sup> Darüber hinaus gibt es zahlreiche Erziehungs- und Familienberatungsstellen sowie weitere Einrichtungen im Rahmen der öffentlichen Gesundheits- und Sozialdienste.

Mit den äquivalenten Aufgabenstellungen bestehen im Bundesland Brandenburg derzeit 47 Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen. Weiterhin befinden sich in Brandenburg ebenfalls Erziehungs- und Familienberatungsstellen und Gesundheits- und Sozialdienste, die im Bedarfsfall beratend und begleitend zur Seite stehen.

### 6.1 FINANZIELLE HILFEN

Wie jeder schwangeren Frau stehen auch minderjährigen Schwangeren finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten zur Verfügung, um entstehende Notlagen abzuwenden und eine Existenzsicherung zu gewährleisten.

### GESETZLICHE LEISTUNGEN

Da minderjährige Schwangere häufig über kein eigenes, für den Lebensunterhalt ausreichendes Einkommen verfügen, haben sie die Möglichkeit, beim zuständigen Sozialamt bzw. bei der Agentur für Arbeit Sozialhilfe inklusive eines gesetzlichen Mehrbedarfs für die Schwangerschaft zu erhalten.

<sup>83</sup> HÄUSSLER-SCZEPAN ET AL. (2005)

<sup>84</sup> Beratungsstellen nach § 2 SchKG leisten allgemeine Schwangerenberatung, nicht aber die Pflichtberatung zum Schwangerschaftsabbruch einschließlich der Ausstellung der Beratungsbescheinigung. Beratungsstellen nach § 5 ff. SchKG verantworten die Pflichtberatung zum Schwangerschaftsabbruch und stellen die entsprechenden Bescheinigungen aus.

Je nach Einkommenssituation der Schwangeren gibt es Beihilfen für die Anschaffung von Schwangerenbekleidung, Klinikbedarf und Erstausrüstungen.<sup>85</sup> Im Einzelfall gestalten sich Beantragung, Bearbeitung und Bewilligung der oben genannten Transferleistungen aufgrund der verschiedenen Lebenssituationen sehr kompliziert.

Nach der Geburt erwirbt das geborene Kind einen eigenen Anspruch auf Sozialhilfe und Unterhaltsleistungen. Bei der Zahlungsunfähigkeit eines Unterhaltspflichtigen, in der Regel des Kindsvaters, kann das Jugendamt Unterhaltsvorschuss gewähren. Eine allein erziehende Mutter erhält neben dem Kindergeld bis zum vollendeten ersten Lebensjahr des Kindes Elterngeld. Teilen sich Vater und Mutter die Elternzeit, so verlängert sich das Elterngeld maximal bis zum 14. Lebensmonat.<sup>86</sup>

Nach den gesetzlichen Grundlagen des Tagesbetreuungsausbaugesetzes wurde der § 24 SGB VIII überarbeitet und formuliert nun bundesweite Kriterien für eine Mindestzahl an Betreuungsplätzen für Kinder unter drei Jahren. Diese Plätze sollen vor allem allein erziehenden Elternteilen oder Eltern, die sich in einer Bildungsmaßnahme befinden, vorbehalten sein. Damit haben minderjährige Mütter einen Anspruch auf Kinderbetreuung, während sie sich in Schul- und Berufsausbildung befinden.

## STIFTUNGSLEISTUNGEN

In den staatlich anerkannten Beratungsstellen hat jede schwangere Frau die Möglichkeit, eine einmalige Beihilfe für die Erstausrüstung des Kindes, für Wohnung und Einrichtungsgegenstände durch die Stiftung MUTTER UND KIND – SCHUTZ DES UNGEBORENEN LEBENS zu beantragen. Auf diese Gelder gibt es allerdings keinen Rechtsanspruch. Antragsberechtigt ist jede Frau, die ihren Wohnsitz oder ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland hat und sich in einer finanziellen Notlage befindet. Die Entscheidung über die Gewährung der Gelder übernehmen die einzelnen Landesstiftungen und die Höhe der bewilligten Summen richtet sich nach der Einkommenssituation und dem Bedarf der Antragstellerin sowie den finanziellen Möglichkeiten der Stiftung.<sup>87</sup> Die Beträge schwanken zwischen den einzelnen Bundesländern erheblich und werden jährlich neu festgelegt. Bei minderjährigen Schwangeren bleiben die Einkommensverhältnisse der Eltern im Prinzip unberücksichtigt. Eigene Ansprüche wie Unterhalt und Kindergeld werden bei der Regelsatzberechnung hinzugezogen, ebenso wie Vermögen aus vorhandenen Sparbeträgen für spätere Ausbildungen und Haushaltsgründungen.

**85** JONAS (2003)

**86** Bis zur Einführung des Elterngeldes konnte das Erziehungsgeld zwei Jahre lang bezogen werden. Die Veränderungen seit dem 01. Januar 2007 stellen eine eindeutige Verschlechterung für Eltern mit geringem Einkommen dar. Allein Erziehende haben nur Anspruch auf den 13. oder 14. Monat Elterngeld, wenn sie zuvor erwerbstätig waren.

**87** BMFSFJ (2006 b)

Prinzipiell ist jede minderjährige schwangere Frau unabhängig von der Zustimmung der Eltern und unabhängig vom eigenen Alter antragsberechtigt, wobei der Antrag vor der Geburt des Kindes in einer anerkannten Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle gestellt werden muss. Angepasst an die tatsächlichen Lebenskosten kann eine schwangere Frau in Berlin nach einheitlichen Regelungen finanzielle Zuschüsse erhalten, die sich aus den gesetzlichen Ansprüchen nach dem SGB II und SGB XII sowie aus Stiftungsleistungen zusammensetzen.

In Brandenburg existiert kein einheitlicher Höchstbetrag dieser Landesstiftung, denn es existieren sehr differenzierte Stiftungsregelungen, die sich ausschließlich an den individuellen Lebenssituationen orientieren.<sup>88</sup> Minderjährige Schwangere erhalten in beiden Bundesländern keine höheren Erstattungen als volljährige Schwangere. Nach den Sozialdaten der Bundesstiftung MUTTER UND KIND des Jahres 2005 wurden in Berlin insgesamt 7.481 Anträge auf Stiftungsleistungen bewilligt, darunter waren 171 Anträge von minderjährigen Schwangeren, dies entspricht ca. 2%. In Brandenburg erfolgte 2005 eine Bewilligung von insgesamt 7.676 Anträgen, darunter waren 160 von minderjährigen Schwangeren, was ebenfalls ca. 2% entspricht.<sup>89</sup>

Konfessionelle Beratungsstellen verfügen teilweise über zusätzliche Möglichkeiten der Unterstützung durch kirchliche Sozialfonds. Auch diese Gelder sind zweckgebunden, wobei die Grundlage der Bewilligung der Leistungen von der individuellen Lebenssituation der minderjährigen Schwangeren abhängig ist.

## 6.2 SOZIALPÄDAGOGISCHE UNTERSTÜTZUNGEN

Alle 34 Schwangerschaftsberatungsstellen in Berlin und die 47 Beratungsstellen in Brandenburg, die es im Erhebungszeitraum 2005/2006 gab, bieten sozialpädagogische Hilfen und Unterstützungen an, sei es durch sozialrechtliche, psychosoziale und gesundheitliche Beratungen oder durch Weitervermittlungen an kompetente, spezialisierte Fachkräfte und Kooperationspartnerinnen oder -partner.

Die Angebote umfassen weiterhin Unterstützung bei der Inanspruchnahme gesetzlicher Leistungen und die Begleitung zu Behörden und Ämtern. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Beratungsstellen geben Auskünfte zu Familien- und Mütterzentren in der unmittelbaren Umgebung sowie zu speziellen Projekten und Initiativen, die für junge Frauen relevant und förderlich sind.

Die Jugendämter verfügen über spezielle kostenfreie Beratungsangebote zu den Fragen von Vaterschaftsanerkennung, Unterhaltspflichten sowie Unterhaltsleistungen und beraten auch bei Problemen zu Sorgerecht und Vormundschaft. Gerade bei

<sup>88</sup> LANDESSTIFTUNG BRANDENBURG (2006)

<sup>89</sup> BUNDESSTIFTUNG MUTTER UND KIND (2005)

minderjährigen Schwangeren und Müttern gelten aufgrund der fehlenden eigenen Volljährigkeit Besonderheiten in Bezug auf Vormundschaft und Personensorge für das zu erwartende Kind. Aus den gesetzlichen Regelungen des § 24 ff. SGB VIII ergeben sich im Einzelfall zusätzliche Möglichkeiten gezielter sozialpädagogischer Maßnahmen.

Eine dieser speziellen Möglichkeiten der sozialpädagogischen Unterstützung stellen die Angebote nach § 19 SGB VIII – Wohnformen für Mutter und Kind – dar. In diesen Einrichtungen können Schwangere und junge Mütter wohnen und erhalten Hilfe, Begleitung und Unterstützung bei der Erarbeitung und Schaffung einer eigenen, selbstständigen Lebensperspektive. Dabei stehen neben den Bedürfnissen des Kindes auch Entwicklungsperspektiven wie z. B. Schul- und Ausbildungsabschluss der jungen Mutter im Vordergrund. In Berlin ist derzeit ein flächendeckendes Angebot mit ca. 30 Einrichtungen (440 Plätze) vorhanden, die eine 24-stündige Versorgung gewährleisten können. Dazu zählen auch Wohnprojekte, die Einzelpersonen mit ihren Kindern in ihren bereits bestehenden Wohngruppen betreuen.<sup>90</sup>

Aufgrund der verschiedenen Verteilungsstrukturen sind in Brandenburg 14 Einrichtungen mit Kapazitäten von mehr als fünf Plätzen vorhanden, wobei sehr viele Wohngruppen Einzelplätze mit diesem speziellen Betreuungscharakter anbieten. Insgesamt stehen im Bundesland Brandenburg derzeit 191 Mutter/Vater-Kind-Plätze zur Verfügung.<sup>91</sup>

Neben den umfassenden Betreuungsangeboten durch die Sozialmedizinischen Dienste und Jugendgesundheitsdienste stellen gerade in Berlin das HAUS DES SÄUGLINGS bzw. HAUS DER GESUNDHEIT eine Anlaufstelle für minderjährige Mütter dar. Eine Außenstelle in Charlottenburg-Nord widmet sich mit der Gruppe UNTER UNS speziell den Bedürfnissen von minderjährigen Schwangeren und Müttern. Das DEUTSCHE KINDERHILFSWERK unterstützt das Projekt „Babybauch“ vom JUGENDWERK AUFBAU OST E.V. in Berlin-Hellersdorf. Durch dieses offene Gruppenangebot finden minderjährige Mütter leichter Kontakt mit jungen Frauen in ähnlicher Lebenslage, was einer möglichen Isolation entgegenwirkt. Durch entsprechende Gruppennachmittage erhalten die jungen Frauen die Möglichkeit zum Erfahrungsaustausch und Anregungen zur Alltagsgestaltung mit ihrem Kind.<sup>92</sup> Zusätzlich existiert u. a. in Berlin-Charlottenburg ein stiftungsfinanziertes Projekt mit dem Titel „Aufsuchende Elternarbeit“, das sich um junge Mütter und Familien aus ungünstigen sozialen Lebensverhältnissen bemüht und durch qualifizierte Sozialpädagoginnen und -pädagogen konkrete Hilfe vor Ort anbietet.

**90** SENATSVERWALTUNG FÜR BILDUNG, JUGEND UND SPORT; Bereich Erziehungshilfen

**91** LANDESJUGENDAMT BRANDENBURG (2006)

**92** DEUTSCHES KINDERHILFSWERK (2006)

Es ist davon auszugehen, dass auch in Brandenburg kleinere Initiativen und Angebote verschiedener Träger existieren, die sich an dem Unterstützungsbedarf minderjähriger Mütter orientieren und entsprechende Hilfen anbieten. Einige Projekte jedoch mussten aufgrund von Finanzierungsproblemen in den letzten Jahren eingestellt werden.

### 6.3 MEDIZINISCHE VERSORGUNG

Neben den allgemein vorgesehenen Untersuchungen nach den medizinischen Grundlagen der Mutterschaftsrichtlinien hat jede schwangere Frau die Möglichkeit zur Inanspruchnahme von geburtsvorbereitenden Kursen und Gesprächen bei Hebammen und in den Entbindungskliniken. Die Kosten dafür werden von den Krankenkassen übernommen. Fast alle Krankenhäuser bieten darüber hinaus auch individuelle Gespräche und Führungen durch die Entbindungsabteilungen an. Gerade für minderjährige Schwangere empfehlen Hebammen und Ärzte auch Einzelvorbereitungen sowie eine frühzeitige Kontaktaufnahme und Vorstellung im Vorfeld der Entbindung, da die Fragen und die Lebenssituationen der Jugendlichen von denen älterer schwangerer Frauen abweichen.

Nach der Entbindung hat jede Mutter Anspruch auf die Nachbetreuung durch eine selbst gewählte, freiberufliche Hebamme, die bei auftretenden gesundheitlichen Problemen und eventuellen Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung mit Kind unterstützend und beratend zur Seite steht. Auch die Teilnahme an einem Rückbildungskurs nach der Geburt des Kindes bei einer Hebamme oder in einer Physiotherapie ist in den Leistungen der Krankenkassen enthalten. Hierfür können bei Bedarf Einzeltermine vereinbart werden.

Nach Presseinformationen der Brandenburger Gesundheitsministerin wird die besondere Form der Betreuung einzelner Familien durch Familienhebammen demnächst auch in Brandenburg möglich sein. Diese speziell ausgebildeten Hebammen stehen vor allem jungen und allein stehenden Müttern und sozial benachteiligten Eltern hilfreich zur Seite. Sie begleiten die Entwicklungsprozesse von der Schwangerschaft bis hin zum vollendeten ersten Lebensjahr des Kindes. Diese familienunterstützende Betreuung erfolgt durch Hausbesuche und im Bedarfsfall ist auch die Begleitung zu einem Kinderarzt oder zu Ämtern möglich.<sup>93</sup>

In Berlin wird aufgrund umfangreicher anderer struktureller Angebote derzeit kein Bedarf für Familienhebammen gesehen. Der Senat stellt mit den Sozialmedizinischen Diensten adäquate Versorgungsangebote zur Verfügung, sichert im Rahmen des Aufbaus des NETZWERKES KINDERSCHUTZ Hauserstbesuche durch Sozialarbeiterinnen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes für alle Erstgebärenden

<sup>93</sup> MASGF (2006b)

sowie für Familien mit hohen Belastungsfaktoren und plädiert für eine optimale Vernetzung von Versorgungsangeboten sowie eine entsprechende Fortbildung von Hebammen.<sup>94</sup>

Auch nach der Entbindung haben junge Frauen bis zum vollendeten 20. Lebensjahr Anspruch auf die kostenfreie Versorgung mit Empfängnisverhütungsmitteln.

## 6.4 SCHUL- UND BERUFSANBIETUNGSANGEBOTE

Ebenso wie sozialpädagogische Angebote sind spezielle Bildungs- und Ausbildungsangebote von wesentlicher Bedeutung für die aktuelle Lebenslage und Zukunftsgestaltung von minderjährigen Müttern. Ohne qualifizierende Schulabschlüsse und eine abgeschlossene Berufsausbildung sind minderjährige Mütter und ihre Kinder meist dauerhaft auf staatliche Transferleistungen und Unterstützungen angewiesen. Dies kann die Lebensperspektive von Mutter und Kind nachhaltig einschränken. Minderjährige Mütter benötigen besondere Ausbildungsbedingungen, um die Anforderungen von Ausbildung und Kindererziehung miteinander zu vereinbaren.

Einzelne, modulare Ausbildungsbausteine und integrierte Kinderbetreuungsmöglichkeiten erleichtern die Ausbildungsprozesse ebenso wie lebensweltangepasste, flexible Arbeitszeiten. Da junge Frauen mit Kind fast keine Chancen auf dem freien Ausbildungsmarkt haben, sind entsprechende Ausbildungsprojekte und Initiativen von wesentlicher Bedeutung. Beispielgebend dafür sind die Berliner Ausbildungsprogramme vom EVANGELISCHEN JUGEND- UND FÜRSORGEWERK (EJF-LAZARUS) GAG sowie SOS BERUFSANBIETUNGSZENTRUM BERLIN und die Bildungsangebote des DIAKONISCHEN WERKES BERLIN-BRANDENBURG. EJF LAZARUS-GAG bietet mit dem Programm „Mütter lernen“ das Nachholen von Schulabschlüssen ebenso an wie Ausbildungsplätze zur Kauffrau für Bürokommunikation und Hauswirtschaftshelferin.

Das SOS BERUFSANBIETUNGSZENTRUM BERLIN unterhält ebenfalls ein Projekt mit dem Titel „Mütter lernen“. Die Basis der Ausbildung besteht aus einer verkürzten täglichen Unterrichtszeit von sechs Stunden. Weiterhin erhalten die jungen Mütter Unterstützung bei der Wohnungssuche, bei der Schuldnerberatung sowie bei dem Kontakt mit Behörden und Ämtern. Auch das DIAKONISCHEN WERK BERLIN-BRANDENBURG bietet mit dem Angebot „LISA – Land in Sicht-Ausbildungsprojekt“ Ausbildungsplätze an, bei denen durch qualifizierte Sozialpädagoginnen bzw.

<sup>94</sup> Stellungnahme SENAT FÜR GESUNDHEIT, SOZIALES UND VERBRAUCHERSCHUTZ BERLIN zur Drs.-Nr. 16/0155

Sozialpädagogen auch ein Begleitungsprozess in Bezug auf Erziehungsfragen und die Entwicklung eigener Lebensentwürfe erfolgt.<sup>95</sup>

In dem Bundesland Brandenburg existiert im Landkreis Ostprignitz-Ruppin ein Bildungsangebot unter dem Namen „Hand in Hand – Gemeinsam lebensfähig werden“. Das Projekt des DEUTSCHEN ROTEN KREUZES KREISVERBAND NEURUPPIN E. V. wird durch das Land Brandenburg mit Mitteln aus dem EUROPÄISCHEN SOZIALFONDS sowie durch den Landkreis Ostprignitz-Ruppin finanziert. Die Zielgruppen dieses Projektes stellen u. a. schwangere Mädchen/Frauen sowie junge Mütter und Väter dar, die durch entsprechende Maßnahmen ihrer Berufsschulpflicht nachkommen können. Integriert in das Projekt ist die umfassende Kinderbetreuung „Spielkreis“, in der die Kinder der Teilnehmenden bei Bedarf auch sozialpädagogisch begleitet und betreut werden. Der wöchentliche Zeitumfang in dieser Bildungseinrichtung umfasst ca. 40 Stunden, inklusive aller schulischen, ausbildungstechnischen und therapeutischen Maßnahmen. Auch spezielle Mutter-Kind-Angebote sind darin enthalten.<sup>96</sup>

## 6.5 FORSCHUNG

In verschiedenen Regionen Deutschlands existieren bereits einzelne Projekte und Modelle zur Unterstützung der Entwicklung von Kindern und zu deren besserem Schutz in der frühen Kindheit. Ein Schwerpunkt liegt dabei in der Stärkung der Elternkompetenz. Um die Wirksamkeit und Akzeptanz von Maßnahmen und Hilfen zu überprüfen, sind Evaluationen ein wichtiges Instrument. Forscherinnen und Forscher interessiert dabei zum einen, inwieweit die Zielgruppen von den jeweiligen Maßnahmen profitieren. Zum anderen suchen sie Antworten auf die Frage, ob Hilfesysteme – und wenn ja, welche – eine effektive Zusammenarbeit mit den Zielgruppen fördern.

Um praxisrelevante Antworten auf diese und andere Fragen zu erhalten und das Wissen über die Wirksamkeit der bereits bestehenden Hilfeangebote zu steigern, fördert das NATIONALE ZENTRUM FRÜHE HILFEN<sup>97</sup>, in gemeinsamer Trägerschaft der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und des DEUTSCHEN JUGENDINSTITUTS, im Rahmen des vom BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND aufgelegten Aktionsprogramms die wissenschaftliche Begleitung unterschiedlicher Länderprojekte. Die Ergebnisse und Befunde dienen u.a. dazu, anderen Kommunen bei dem Aufbau früher Hilfen und sozialer Frühwarnsysteme zu helfen.

<sup>95</sup> Kleine Anfrage (2004)

<sup>96</sup> DEUTSCHES ROTES KREUZ KREISVERBAND NEURUPPIN (2006)

<sup>97</sup> [www.fruehehilfen.de](http://www.fruehehilfen.de)



## 2 **METHODISCHES VORGEHEN**

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

Anlage und Aufbau der Untersuchung orientieren sich an der sächsischen Pilotstudie<sup>98</sup>, die mit ähnlicher Fragestellung und Zielgruppe überwiegend im Jahr 2004 erhoben und erstellt wurde.

### 2.1 **AUSWAHL DER EINRICHTUNGEN**

Um zu klären, welche Angebote und Hilfen es für minderjährige Schwangere und Mütter in Berlin und Brandenburg gibt und wie die mit der Thematik befassten Expertinnen und Experten die Situation einschätzen, sollten insgesamt 100 leitfadengestützte Interviews durchgeführt werden. Überlegungen zur Auswahl von Einrichtungen und Gesprächspartnerinnen bzw. -partnern bildeten daher den Ausgangspunkt der methodischen Erwägungen.

Es sollten möglichst alle Personen und Institutionen erreicht werden, die in die Beratung und Betreuung minderjähriger Schwangerer und Mütter involviert sind. Rekonstruiert man den möglichen „Weg“ einer minderjährigen Schwangeren, so ergeben sich folgende „Anlaufstellen“:

**98** HÄUSSLER-SCZEPAN et al. (2005)

## WO FINDEN SCHWANGERE JUGENDLICHE HILFE UND UNTERSTÜTZUNG?

- Gynäkologinnen und Gynäkologen: Sie attestieren die Schwangerschaft.
- Schwangerschaftsberatungsstellen: Sie helfen bei der Entscheidung, beraten zu sozialrechtlichen, psychosozialen und gesundheitlichen Fragen und vermitteln weitere Hilfen (u. a. Kontakt mit Stiftung MUTTER UND KIND, Ämtern, allgemeinen Anlaufstellen).
- Hebammen: Sie betreuen unmittelbar vor und nach der Entbindung.
- Kliniksozialdienst: Er unterstützt in der Klinik.
- Schulen und Ausbildungsstätten: Sie entscheiden über weitere Ausbildungsmöglichkeiten.
- Agentur für Arbeit: Sie unterstützt finanziell (Unterhalt, Kindergeld, ALG II).
- Jugendamt: Es ist befasst mit Amtsvormundschaft, Unterhalt, Vaterschaftsanerkennung, Familienhilfe.
- Mutter-Kind-Einrichtungen: Sie bieten speziell betreutes Wohnen.
- Vereine: Sie organisieren Freizeitangebote für minderjährige Schwangere und Mütter und bieten lebensalltägliche Begleitung.

Basierend auf dieser Auswahl wurden Personen und Einrichtungen in Berlin und Brandenburg für die Befragung gesucht. Bei der Auswahl wurden die unterschiedlichen regionalen und sozialen Merkmale der beiden Bundesländer berücksichtigt.

Im Ballungszentrum Berlin wurden Stadtteile mit hohem Ausländeranteil besonders beachtet, um die Situation von Migrantinnen erfassen zu können. In Brandenburg wurden gleichermaßen Regionen nahe Berlin wie auch entfernte ländliche Regionen in die Untersuchung einbezogen, um die Auswirkung struktureller Unterschiede von Hilfeangeboten und Infrastruktur überprüfen zu können.

Die folgende Übersicht (Tabelle 4) zeigt die geführten Interviews differenziert nach Bundesländern, Berufsgruppen und Einrichtungen:

TABELLE 4: AUSGEWÄHLTE EINRICHTUNGEN

Bereich	Berlin	Brandenburg
<b>Beratung</b>	17	21
Schwangerschaftsberatungsstellen	16	21
Kliniksozialdienst	1	-
<b>Jugendhilfe</b>	10	11
Jugendämter	6	7
Mutter-Kind-Einrichtungen	4	4
<b>Schulische und berufliche Ausbildung</b>	10	9
Allgemein- und Ausbildende Schulen	6	6
Agenturen für Arbeit (U25-Teams)	4	3
<b>Medizinische Betreuung</b>	9	9
Gynäkologinnen/Gynäkologen	4	5
Hebammen	5	4
<b>Vereine*</b>	4	-
<b>Gesamt</b>	<b>50</b>	<b>50</b>

\*Multikultureller Verein, Jugendwerk Aufbau Ost, Kinder- und Jugendhilfezentrum, Mädchenclub

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

In Hinblick auf die Untersuchungsgruppe sei ergänzend auf die selektive Stichprobenauswahl der Einrichtungen hingewiesen, so dass die Möglichkeit einer verzerrten Klientelanalyse besteht. Diese findet zu Lasten der bildungsfernen Schichten statt aufgrund definierter Aufgabengebiete der Befragten, die folgende Rückschlüsse zulassen:

1. Die U25-Teams der Agenturen für Arbeit z. B. haben den Schwerpunkt, junge Erwachsene unter 25 Jahren mit niedrigen oder fehlenden Bildungsabschlüssen und daraus resultierenden geringen Chancen auf den Einstieg in ein adäquates Ausbildungs- oder Beschäftigungsverhältnis zu vermitteln. Die Bildungseinrichtungen in der Befragung wiederum wurden speziell nach ihrem Förderschwerpunkt ausgewählt, so dass eine häufige Nennung von geringen Bildungsgraden als eine logische Konsequenz zu bewerten ist.
2. Einrichtungen der Jugend- und Familienhilfe wie die Mutter-Kind-Projekte sprechen vor allem Menschen mit defizitären Netzwerken und in psychosozialen Problemlagen an, also auch minderjährige Mütter in schwerwiegenden familiären

Konfliktsituationen. Das Jugendamt leistet vor allem Hilfe für sozial benachteiligte Familien mit mangelnden Erziehungs- und Betreuungskompetenzen. Es regelt aber gleichzeitig die Frage der Vormundschaft und des Sorgerechtes, so dass jede minderjährige Mutter beim Jugendamt vorspricht. Dies lässt erwarten, dass bei den Betroffenen oftmals desolate Familienverhältnisse vorherrschen.

3. Da Beratungsstellen eine so genannte Komm-Struktur aufweisen, setzen sie bei den Ratsuchenden ein großes Maß an Eigeninitiative voraus. Das Erfahrungswissen von Jugendlichen umfasst in der Regel nicht das selbstständige Aufsuchen von Beratungsangeboten. Diese Unwissenheit und Hemmschwellen verstärken diesen Effekt. Somit kann angenommen werden, dass das Wahrnehmen von Beratungsangeboten gewisse intellektuelle Fähigkeiten voraussetzt und in der Klientelstruktur eine Verschiebung zugunsten der Jugendlichen mit ausreichend intellektuellen Fähigkeiten stattfindet.

## 2.2 DER GESPRÄCHSLEITFADEN

Als Erhebungsmethode wurde ebenso wie in der sächsischen Pilotstudie<sup>99</sup> das teilstrukturierte, leitfadengestützte Interview gewählt. So konnten die befragten Expertinnen und Experten in vielen offenen Fragekomplexen ihre ganz persönlichen Sichtweisen und Erfahrungen mit dem Thema schildern.

Als Erhebungsinstrument wurde eine überarbeitete Fassung des Leitfadens der Pilotstudie Sachsen verwendet. Der Gesprächsleitfaden wurde für die Erhebung in Berlin und Brandenburg in einigen Fragen modifiziert, sprachlich überarbeitet und um einen Fragebereich zur Situation von Migrantinnen erweitert. Anschließend wurde die überarbeitete Fassung in drei Probeinterviews bezüglich Inhalt, Anwendung und Verständlichkeit überprüft.

Die thematischen Schwerpunkte des überarbeiteten Gesprächsleitfadens<sup>100</sup> zeigt die folgende Aufzählung in der Reihenfolge der Fragebereiche des Interviews:

- Angaben zur interviewten Person und zur Einrichtung
- Wege zur Beratung/Betreuung
- Beratung/Betreuung
- Verhütung
- Minderjährige Schwangere und Mütter
- Migrantinnen
- Motive und Hintergründe
- Vernetzung von Hilfeangeboten
- Anmerkungen zum Interview

<sup>99</sup> HÄUSSLER-SCZEPAN et al. (2005)

<sup>100</sup> Siehe Anhang

## 2.3 DURCHFÜHRUNG DER INTERVIEWS

Die ausgewählten Personen und Einrichtungen wurden schriftlich über das Forschungsvorhaben informiert und um ihre Teilnahme gebeten. Anschließend erfolgte eine telefonische Kontaktaufnahme durch die Interviewerinnen bzw. Interviewer zur Terminabsprache. Die Terminvereinbarung war teilweise sehr zeitaufwendig und umständlich, weil die zu interviewenden Personen in Urlaub waren oder Einrichtungen sich nicht auf eine passende Ansprechperson einigen konnten.

Den Befragten wurde Anonymität und die Einhaltung des Datenschutzes zugesichert. Alle Interviewerinnen und Interviewer wurden schriftlich zur Wahrung des Datengeheimnisses verpflichtet und in einer eintägigen Schulung für die Interviewtätigkeit qualifiziert. Die Interviews wurden mit Zustimmung der Befragten auf Band aufgenommen. Ein Gespräch dauerte 20 Minuten bis zwei Stunden. Die durchschnittliche Gesprächsdauer lag zwischen 40 und 50 Minuten.

In der Zeit von November 2005 bis April 2006 wurden in Berlin und in Brandenburg jeweils 50 Interviews durchgeführt. Die Gesamtzahl der geführten Gespräche liegt daher bei 100 Interviews.

## 2.4 TRANSKRIPTION UND AUSWERTUNG

Die Interviews wurden anonymisiert und wörtlich transkribiert. Der Schwerpunkt der Auswertung lag bei einem Vergleich der Experteneinschätzungen.

Die transkribierten Antworten wurden nach thematischen Bereichen geordnet und bereichsspezifisch kategorisiert. Die Auswertung orientierte sich an der Methode der Inhaltsanalyse.<sup>101</sup> Die ermittelten Kategorien wurden im Forschungsteam kommunikativ validiert und weiterentwickelt.

Bei der Interpretation des Materials wurde das thematische Kodieren als ein mehrstufiges Vorgehen angewendet.<sup>102</sup> Dabei wird ein Kategoriensystem zunächst für den einzelnen Fall entwickelt. Der Sinnzusammenhang der Auseinandersetzung der befragten Person mit dem Thema der Untersuchung soll erhalten bleiben. Bei der weiteren Ausarbeitung des Kategoriensystems wurde zunächst offen, dann selektiv kodiert. Die selektive Kodierung zielt auf die Generierung thematischer Bereiche und Kategorien zunächst für den einzelnen Fall. Nach den ersten Fallanalysen werden die dabei entwickelten Kategorien und thematischen Bereiche miteinander abgeglichen. Daraus resultiert eine thematische Struktur, die der Analyse weiterer Fälle zugrunde gelegt wird, um die Vergleichbarkeit zu verbessern.

**101** MAYRING (1993)

**102** FLICK (1999)

Unter Einbeziehung der entwickelten Kategorien wurden die Transkripte datenträgergerecht aufbereitet. Für die Aufbereitung und Auswertung der Daten wurde das Statistikprogramm SPSS verwendet. Einfache deskriptive Verteilungsanalysen bildeten den Schwerpunkt der länderspezifischen Auswertung, weil die Datenstruktur (geringe Fallzahl, Mehrfachnennungen, viele offene Fragen) keine anspruchsvolleren, quantitativen Verfahren erlaubte.

Minderjährige Schwangere und Mütter als Untersuchungsgegenstand unterliegen erwartungsgemäß einer breiten Streuung, was sich sehr deutlich in den Antworten der Befragten widerspiegelt. Darauf einzugehen wurde bereits in den Fragestellungen versucht, indem die Expertinnen und Experten den „häufigsten Fall“ schildern sollten, wie sie ihn im Laufe der Arbeit mit minderjährigen Schwangeren und Müttern erfahren haben. Da diese Polarisierung nicht alle Befragten vornahm, wurden in der Auswertung alle genannten Kriterien berücksichtigt, womit sich der große Anteil an Mehrfachnennungen erklären lässt. Die Aussagen der Expertinnen und Experten und die daraus gewonnenen Häufigkeitsverteilungen sollen vor allem als Richtwerte dienen, da mit dieser Erhebungsmethode keine detaillierten Aussagen über prozentuale Verteilungen möglich sind. Des Weiteren besteht die Möglichkeit einer zufälligen Verteilung der Ergebnisse, da es sich um eine gezielte Stichprobenauswahl mit eingangs erwähnten Kriterien handelt.

# 3

## WICHTIGE ERGEBNISSE IM ÜBERBLICK

Im Zeitraum von November 2005 bis April 2006 wurden in Berlin wie auch in Brandenburg jeweils 50 leitfadengestützte Interviews durchgeführt. Befragt wurden Expertinnen und Experten aus Einrichtungen und Diensten, die in ihrer täglichen Arbeit minderjährige Schwangere und Mütter beraten und betreuen.

### **DIE MEHRZAHL DER BEFRAGTEN IST WEIBLICH, ÜBER 48 JAHRE ALT UND VERFÜGT IM DURCHSCHNITT ÜBER 20 JAHRE BERUFSERFAHRUNG**

Die Befragten sind meist 48 Jahre oder älter und stellen damit eine Altersgruppe dar, die in der Generationenfolge nicht selten über den zukünftigen Großeltern, also den Eltern der betroffenen Minderjährigen, steht. Die meisten Befragten haben eine Ausbildung im sozialpädagogischen Bereich und verfügen auch über eine Zusatzqualifikation für die Berechtigung zur Durchführung von Schwangerschaftskonfliktberatungen. → *Kapitel 1*

### **GYNÄKOLOGINNEN UND GYNÄKOLOGEN SPIELEN EINE WESENTLICHE ROLLE BEI DER VERMITTLUNG VON INFORMATION ÜBER BERATUNGS- UND HILFEANGEBOTE**

In Berlin werden schwangere Jugendliche etwas häufiger als in Brandenburg durch Gynäkologen und Gynäkologinnen auf Beratungsstellen aufmerksam gemacht. In Brandenburg erfahren die Jugendlichen eher durch Familienangehörige und Freunde von Beratungsstellen. Die Antworten der befragten Expertinnen und Experten lassen die Schlussfolgerung zu, dass die Jugendlichen seltener durch mediale Informationen auf die Angebote aufmerksam werden, auch wenn die Bekanntgabe der Hilfeangebote am häufigsten in Form von Inseraten in Presse, Fernsehen, Radio, Internet und Telefonbuch stattfindet. → *Kapitel 2.2*

### **FINANZIELLE UND SOZIALE THEMEN SIND INHALT DER BERATUNGSGESPRÄCHE**

Minderjährige Schwangere werden beim Erstkontakt mit Beratungsstellen und Hilfeeinrichtungen in der Regel von einer vertrauten Person, meist der zukünftigen Großmutter, begleitet. Durchschnittlich finden zwei bis fünf Kontakte zwischen den Fachkräften und den jugendlichen Schwangeren statt. Das Hauptinteresse der minderjährigen Ratsuchenden liegt auf Informationen zur Grundsicherung wie finanziellen Unterstützungsangeboten und möglichen Wohnformen. Das Haupt-

anliegen der Fachkräfte bilden Themen rund um Schwangerschaft und Geburt, das Verhältnis zu den Eltern sowie Ausbildung und Partnerschaft. → *Kapitel 3.1 bis 3.3*

## **DAS WISSEN ÜBER VERHÜTUNG IST MANGELHAFT**

Verhütungsberatung wird von der Mehrheit der Befragten geleistet. Meist wird die Sexuaufklärung in Form von Gruppenveranstaltungen angeboten. Die Befragten beurteilen das Wissen der Jugendlichen zum Thema Verhütung als lückenhaft. Große Wissensdefizite bestehen nach ihren Aussagen vor allem in der Anwendung der Verhütungsmittel und im Wissen um die Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten. → *Kapitel 3.4*

## **HILFE- UND BERATUNGSANGEBOTE SIND GUT VERNETZT**

Fast alle Expertinnen und Experten sind der Ansicht, dass eine kooperative Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen eine wichtige Voraussetzung ist, um Angebote für minderjährige Schwangere zu optimieren. In Berlin heben viele Befragte die gute Infrastruktur innerhalb der Stadtbezirke hervor. Die vorhandenen Netzwerke funktionieren gut, wobei der Kontakt zu den niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen seitens der Beratungsstellen als „ausbaufähig“ eingeschätzt wird. → *Kapitel 4.3*

## **KINDSVÄTER SIND MEIST GLEICHALTRIG**

Die „Erzeuger“ sind entweder gleichaltrig oder nur wenig älter, weit seltener sind sie deutlich älter. Aus den Aussagen der Interviewten lässt sich zudem schlussfolgern, dass es sich bei den jungen Vätern vorwiegend um beruflich und finanziell nicht etablierte Personen handelt. Sie befinden sich entweder in Ausbildung oder haben sie abgebrochen und sind bereits in die Arbeitslosigkeit übergegangen. Ohne eindeutige Tendenz berichten die Befragten sowohl von Vätern, die der jugendlichen Schwangeren oder Mutter unterstützend zur Seite stehen, als auch von solchen, die sich ihrer Verantwortung als Vater des Kindes entziehen. → *Kapitel 5.6*

## **WUNSCH NACH EMOTIONALER WÄRME UND STÄRKUNG DES SELBSTWERTGEFÜHLS SIND MEISTGENANNT MOTIVE**

Die meisten der Befragten sind davon überzeugt, dass Teenager-Schwangerschaften ungeplant und überraschend entstehen. Sie bestätigen aber, dass nach ihren Erfahrungen bestimmte Motive für das Austragen der Schwangerschaft in diesem jungen Alter vorhanden sind. Dazu zählen in erster Linie Versuche der Lösung familiärer Konflikte, die mit Persönlichkeitsentwicklung und dem Gefühl von Erwachsensein einherge-

hen. Sehr oft wird auch der Ausschluss eines Schwangerschaftsabbruchs genannt, der auf moralischen Grundsätzen, Angst oder Duldung basiert. → *Kapitel 5.7*

## **JUGENDLICHE SCHWANGERE SEHEN IHRE ZUKUNFT OFT UNREALISTISCH UND UNKRITISCH**

Die Herkunftsfamilien der jungen Frauen werden häufig als instabil und konfliktbehaftet beschrieben und der so genannten Unterschicht zugeordnet. Die überwiegende Zahl der Minderjährigen hat zudem ein niedriges Bildungsniveau. Die Befragten schätzen die Zukunftsvorstellungen der schwangeren Minderjährigen mehrfach als unrealistisch, unkritisch und teilweise regelrecht naiv ein. Denn ihre Zukunft sehen die Minderjährigen oft in traditionellen Familienbildern mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung sowie einer gemeinsamen Wohnung und in materiell gesicherten Lebensverhältnissen mit Mann und Kind. → *Kapitel 5.8*

## **BERATUNG UND BETREUUNG VON MINDERJÄHRIGEN SCHWANGEREN MIT MIGRATIONSHINTERGRUND UNTERSCHIEDET SICH KAUM VON DER VON JUGENDLICHEN OHNE MIGRATIONSHINTERGRUND**

Besonderheiten in der Beratung und Betreuung von Minderjährigen mit Migrationshintergrund sind sprachlichen Barrieren und in vielen Fällen intensive familiäre Verflechtungen. Frühe Mutterschaft besitzt in einigen Kulturen eine große gesellschaftliche Anerkennung, da sie von hoher Fruchtbarkeit zeugt. Damit ist eng verbunden, dass die minderjährige Schwangere eine gesellschaftliche Aufwertung seitens des kulturell geprägten Umfeldes erfährt. Die werdenden Väter stammen in den meisten Fällen aus dem gleichen Kulturkreis. Als problematisch schätzen die Expertinnen und Experten die Hinweise bezüglich Zwangsverheiratung ein, was vorwiegend Frauen aus dem islamischen Kulturkreis betrifft. → *Kapitel 6*

## **SCHAFFUNG VON BERUFSPERSPEKTIVEN ZÄHLT ZU DEN WICHTIGSTEN MASSNAHMEN**

Um ungewollten Schwangerschaften von Minderjährigen vorzubeugen, ist laut Aussagen der Expertinnen und Experten adäquate Aufklärung notwendig. Diese soll verstärkt in die Bildungsaufgaben der Schulen einfließen und durch geeignete Fachkräfte wie z. B. Gynäkologinnen und Gynäkologen und speziell ausgebildete Lehrerinnen und Lehrer erfolgen. Die genannten Forderungen an die Politik beziehen sich einerseits auf die Förderung sozialer Einrichtungen und zielen andererseits auf notwendige Maßnahmen auf der familien- und gesellschaftspolitischen Ebene. Dazu zählen verbesserte Bildungschancen und berufliche Perspektiven für benachteiligte Jugendliche. → *Kapitel 7*



# 2

## ERGEBNISSE IM DETAIL

- 1** BERUFLICHE UND SOZIALE DATEN DER BEFRAGTEN IN BERLIN
- 2** WEGE ZUR BERATUNG
- 3** BERATUNGSSITUATION UND BERATUNGSSINHALTE
- 4** BEDARF AN BERATUNGS- UND BETREUUNGSANGEBOTEN SOWIE DEREN VERNETZUNG
- 5** LEBENSITUATION DER MINDERJÄHRIGEN SCHWANGEREN UND MÜTTER
- 6** MINDERJÄHRIGE SCHWANGERE UND MÜTTER MIT MIGRATIONSHINTERGRUND
- 7** PRÄVENTION UND POLITIK



Die vorgestellten Befragungsergebnisse geben die Erfahrung von Expertinnen und Experten bei der Betreuung und Beratung minderjähriger Schwangerer und Mütter wieder.

# 1 **BERUFLICHE UND SOZIALE DATEN DER BEFRAGTEN IN BERLIN**

In der vorliegenden Studie wurden Expertinnen und Experten befragt, die aufgrund ihrer vielschichtigen Tätigkeitsfelder eine umfassende Darstellung sämtlicher Hilfe- und Betreuungsmöglichkeiten für minderjährige Schwangere und Mütter liefern können. Im Vorfeld der inhaltlichen Auswertung ist es daher von Interesse, einen kurzen Überblick über die in der Studie befragten Personen zu geben, um Aussagen über die Geschlechter- und Altersverteilung sowie Berufserfahrung und berufliche Qualifikation zu erhalten.

## **BERATUNG UND BETREUUNG VON MINDERJÄHRIGEN SCHWANGEREN IST EIN FRAUENSPEZIFISCHER ARBEITSBEREICH**

Soziale Tätigkeiten und Berufe gelten in Deutschland nach wie vor als Frauendomäne,<sup>103</sup> was sich auch in der Beratung und Betreuung minderjähriger Jugendlicher in Krisensituationen zeigt, zu denen Schwangerschaften im Jugendalter zählen. In Berlin wie auch in Brandenburg ist die Mehrzahl der befragten Fachkräfte weiblich. Von den 50 Befragten in Berlin konnten für die Studie nur zwei Gynäkologen und ein Berater einer Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle gewonnen werden. In Brandenburg waren von den 50 befragten Personen lediglich drei Männer – ein Lehrer, ein Jugendamtsmitarbeiter und ein Gynäkologe.

**103** Vgl. u. a. Sozialforschungsstelle der Universität Dortmund: Aussage von Dr. med. KÜHNLEIN: „Sozialdienstleistungen (soziale resp. personenbezogene Dienstleistungen) gelten dementsprechend als expandierender Arbeitsmarktsektor mit weiterhin guten Zukunftsprognosen. Dabei handelt es sich hier um ein Beschäftigungssegment, das als traditionelle Frauendomäne anzusehen ist: ca. 80 % der Beschäftigten sind weiblich.“ Quelle: <http://www.sfs-dortmund.de/v2/rubriken/forschung/quer-schnittstemen/themen/sozialdienstleistungen.php> (24.09.2007)

## DIE MEHRZAHL DER BEFRAGTEN IST ÜBER 48 JAHRE ALT UND VERFÜGT IM DURCHSCHNITT ÜBER 20 JAHRE BERUFSERFAHRUNG

Professionen im Sozialbereich setzen ein hohes Maß an Berufs- und Lebenserfahrung voraus, was sich sehr deutlich in der Stichprobe für Berlin wie auch für Brandenburg widerspiegelt. Das durchschnittliche Alter der Befragten in Berlin liegt bei 48 Jahren und in Brandenburg bei 47,2 Jahren. Die jüngste Berlinerin ist mit 31 Jahren eine Berufsberaterin und in Brandenburg mit 30 Jahren eine Sozialarbeiterin. Die beiden ältesten Berlinerinnen sind eine Lehrerin sowie ein Gynäkologe mit je 62 Jahren. In Brandenburg ist die älteste Befragte eine 60-jährige Beraterin. Die Hälfte der Befragten sind in Berlin älter als 50 bzw. in Brandenburg älter als 48 Jahre. Sie stellen damit eine Altersgruppe dar, die in der Generationenfolge nicht selten über den zukünftigen Großeltern, also den Eltern der betroffenen Minderjährigen, steht. Dies gilt für die kleine Stichprobe der Befragung in Brandenburg vor allem für Hebammen sowie für Gynäkologinnen und Gynäkologen. In Berlin sind es die Gynäkologinnen und Gynäkologen sowie ein Großteil der Beschäftigten in den Bildungseinrichtungen und den Jugendämtern. Demgegenüber ist nur etwa ein Viertel der Befragten in Berlin unter 40 Jahre alt. Diese „jüngeren“ Beraterinnen und Berater arbeiten überwiegend in den Beratungsstellen und in Mutter-Kind-Einrichtungen. In Brandenburg arbeiten die jüngeren Befragten überwiegend in den Agenturen für Arbeit (U25-Teams) und Mutter-Kind-Einrichtungen.

TABELLE 5: WER WURDE BEFRAGT?

Soziale Daten	Berlin	Brandenburg
Altersdurchschnitt	47,6 Jahre	47,1 Jahre
Unter dem Altersdurchschnitt	Mitarbeiter/-innen in Mutter-Kind-Einrichtungen, Hebammen	Mitarbeiter/-innen in Mutter-Kind-Einrichtungen, Jugendämtern, Agenturen für Arbeit
Über dem Altersdurchschnitt	Gynäkologinnen und Gynäkologen Mitarbeiter/-innen in Bildungseinrichtungen, Jugendämtern, Agenturen für Arbeit	Gynäkologinnen und Gynäkologen, Hebammen
Durchschnittliche Berufserfahrung	20 Jahre	20 Jahre
Geschlechterverteilung	47 Frauen, 3 Männer	47 Frauen, 3 Männer

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

Durch das relativ hohe Alter können die meisten der Befragten auf eine langjährige Berufserfahrung zurückblicken. Die liegt im erlernten Beruf in Berlin und in Brandenburg durchschnittlich bei 20 Jahren, die durchschnittliche Beschäftigungszeit in der jeweiligen Einrichtung beträgt zwölf bzw. 11,5 Jahre. Die längste und kürzeste Zeit in ihrem Beruf tätig sind mit 38 bzw. zwei Jahren Berufserfahrung zwei befragte Hebammen in Berlin sowie mit vier bzw. 37 Jahren Berufserfahrung zwei Lehrerinnen in Brandenburg.

## OSTBERLINER UND BRANDENBURGER EINRICHTUNGEN ENTSTANDEN ÜBERWIEGEND NACH 1990

Die Einrichtungen, über die uns Angaben vorliegen, existieren in Brandenburg sowie Ost- und Westberlin unterschiedlich lang, wie Tabelle 6 zeigt:

TABELLE 6: ENTSTEHUNGSJAHR DER EINRICHTUNG

Berlin-West	Entstanden	Berlin-Ost	Brandenburg
5	bis 1945	2	1
5	von 1950 bis 1979	2	3
5	Von 1980 bis 1989	1	-
3	Von 1990 bis 1999	16	38
3	seit 2000	2	4
5	k. A.	1	4

N = 90, Berlin-West n = 21, Berlin-Ost n = 23, Brandenburg n = 46

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

Wie schon in der Erhebung in Sachsen<sup>104</sup> festgestellt, besteht der größte Teil der befragten Einrichtungen seit 1990. Die meisten Einrichtungen im Berliner Osten und in Brandenburg, die sowohl die Beratung als auch Betreuung von minderjährigen Schwangeren und Müttern gewährleisten, sind in der Wende- und Nachwendezeit entstanden und sind damit Teil eines umfangreichen sozialen Hilfe- und Betreuungsnetzes, das in den östlichen Bundesländern und Ostberlin seit 1990 anstelle der vorherigen Versorgungsstrukturen installiert worden ist. In Brandenburg entstanden allein 22 Einrichtungen in der Zeit zwischen 1990 und 1992, davon 16 Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen. Bereits zu DDR-Zeiten

<sup>104</sup> HÄUSSLER-SCZEPAN et al. (2005)

existierten zwei gynäkologische Praxen, ein Jugendamt (damals noch Stadtverwaltung) und eine Geburtsklinik. Recht jung hingegen sind drei Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen sowie eine Mutter-Kind-Einrichtung, die nach 2000 entstanden sind. In unserer Befragung betrifft das in Ostberlin vier von acht Beratungsstellen sowie alle Ausbildungsstätten, gynäkologischen Praxen, Mutter-Kind-Einrichtungen, Jugendämter und eingetragenen Vereine. Die Einrichtungen im Westteil von Berlin hingegen existierten bereits sehr lange vor der Wende und gelten als dauerhaft etablierte Institutionen.

## **DIE MEISTEN BEFRAGTEN SIND KONFESSIONSLOS**

In beiden Befragungsregionen findet sich eine Trägervielfalt von konfessionell gebundenen und konfessionslosen Institutionen. Dennoch ist Konfessionszugehörigkeit vor allem in Brandenburg selten. Knapp drei Viertel aller in der Studie befragten Expertinnen und Experten gehören keiner Konfession an. Von den verbleibenden 14 Befragten sind elf bzw. zwei evangelisch-lutherischen bzw. katholischen sowie eine Befragte eines anderen, nicht genauer benannten Glaubens. In Berlin hingegen sind von den 50 Befragten 28 konfessionslos. Im Ost-West-Vergleich der Stadt Berlin ergeben sich keine wesentlichen Unterschiede: Mehr als die Hälfte der Befragten ist ohne Konfession. Insgesamt 18 Befragte sind evangelisch-lutherisch (West: 11, Ost: 7) und bilden damit die größte Gruppe der Konfessionsgebundenen. Vier der Befragten (West: 1, Ost: 3) sind katholischen Glaubens und je 14 Befragte in Berlin-Ost und -West geben an, keiner Religion anzugehören.

## **DIE BEFRAGTEN SIND MEIST IM BEREICH DER SOZIALARBEIT ODER -PÄDAGOGIK AUSGEBILDET**

Neben dem medizinischen und schulischen bzw. beruflichen Bereich liegt der Arbeitsschwerpunkt der Expertinnen und Experten in der sozialen Beratung und Betreuung von minderjährigen Schwangeren und Müttern. Dies erfordert in der Regel die Kompetenz und Qualifikation aus dem Ausbildungsbereich der Sozialarbeit bzw. -pädagogik und laut Schwangeren- und Familienhilfegesetz<sup>105</sup> auch die Zusatzqualifikation für die Berechtigung zur Durchführung von Schwangerschaftskonfliktberatungen. Diese Qualifikation hat über die Hälfte der befragten Expertinnen und Experten (54% in Berlin und 57% in Brandenburg). Wie die Tabellen 7 und 8 zeigen, stammt ein Großteil der angegebenen beruflichen Qualifikationen aus dem sozialen und medizinischen Bereich.

<sup>105</sup> Schwangeren- und Familienhilfegesetz (1992)

TABELLE 7: BERUFLICHE QUALIFIKATIONEN DER BEFRAGTEN IN BRANDENBURG NACH EINRICHTUNGEN

Institution	Beruf	Anzahl
Beratungsstellen (n = 21)	Sozialarbeiter/-in bzw. -pädagoge/-in (FH)	17
	Hebamme	3
	Fürsorgerin	3
	Krankenschwester	2
	Psychologin	2
	Kaufmännischer Beruf	1
	Sonstige	2
Jugendamt (n = 7)	Sozialarbeiter/-in bzw. -pädagoge/-in (FH)	5
	Fürsorgerin	1
	Pädagoge/-in (Uni)	1
	Kaufmännischer Beruf	1
Mutter-Kind-Einrichtungen (n = 4)	Sozialarbeiter/-in bzw. -pädagoge/-in (FH)	2
	Erzieher/-in	1
	Psychologe/-in	1
Ausbildungseinrichtungen (n = 6)	Sozialarbeiter/-in bzw. -pädagoge/-in (FH)	4
	Pädagoge/Pädagogin (Uni)	3
	Erzieher/-in	2
	Psychologe/-in	1
Agentur für Arbeit (n = 3)	Berufsberater/-in	3
	Erzieher/-in	1
	Pädagoge/-in (Uni)	1
	Kaufmännischer Beruf	1
	Sonstige	1
Gynäkologe (n = 5)	Gynäkologin/Gynäkologe	5
Hebamme (n = 4)	Hebamme	4
	Krankenschwester	1
k. A.		1

n = 69, Mehrfachnennungen

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

Neun Befragte in Berlin und zwölf in Brandenburg geben zwei oder mehr Berufsabschlüsse an. In Brandenburg handelt es sich vorwiegend um Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen, Ausbildungseinrichtungen und Agenturen für Arbeit. Diese Besonderheit hängt vor allen Dingen mit den gesellschaftlichen Veränderungen und ihren Auswirkungen auf Berufsbiographien in Ostdeutschland zusammen.<sup>106</sup>

TABELLE 8: **BERUFLICHE QUALIFIKATIONEN DER BEFRAGTEN IN BERLIN**

Beruf	Anzahl	Prozentwert
Sozialarbeiter/-in nzw. -pädagoge/-in (FH)	27	54
Pädagoge/-in (Uni)	8	16
Erzieher/-in	5	10
Hebamme	5	10
Gynäkologe/-in	4	8
Berufsberater/-in	4	8
Psychologe/-in	3	6
Kaufmännischer Beruf	3	6
Krankenschwester	2	4
Sonstige	2	4
k. A.	1	2

n = 63, Mehrfachnennungen

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

Die Hälfte aller Befragten ist nach eigenen Angaben in einer Leitungsfunktion tätig bzw. selbstständig.

Fazit: Die Person, die im Regelfall eine minderjährige Schwangere oder Mutter während und nach der Schwangerschaft begleitet, betreut oder berät, wird mit hoher Wahrscheinlichkeit eine ausgebildete Sozialpädagogin im mittleren Alter mit einer langjährigen Berufserfahrung sein.

<sup>106</sup> PUHLMANN (1998)

## 2 WEGE ZUR BERATUNG

Bevor ein Hilfeangebot für eine betroffene minderjährige Schwangere optimal greifen kann, ist es notwendig, die Angebote entsprechend bekannt zu machen und damit sicherzustellen, dass sie schnell und konkret der entsprechenden Klientel zugänglich sind. Im Folgenden soll dargestellt werden, welche Formen der Öffentlichkeitsarbeit die unterschiedlichen Institutionen einsetzen und wie die Jugendlichen die bestehenden Angebote nutzen.

### 2.1 KONTAKTE MIT MINDERJÄHRIGEN SCHWANGEREN

Die Angaben der befragten Expertinnen und Experten bestätigen die bereits dargestellten statistischen Daten:<sup>107</sup> Minderjährige Frauen, die schwanger werden und sich für das Austragen des Kindes entscheiden, bilden nach wie vor eine zahlenmäßig kleine Gruppe. Über die Hälfte der Befragten in Berlin hat weniger als zehn betroffene Minderjährige pro Jahr in der Beratung oder Betreuung. Das gilt für alle Berufsgruppen, lediglich Beratungsstellen werden mit durchschnittlich 15 jungen Frauen pro Jahr häufiger frequentiert. Auch in Brandenburg berät und betreut die Mehrzahl (23 von 28) maximal zehn minderjährige Schwangere bzw. Mütter pro Jahr, wobei die Beratungsstellen und Jugendämter mit durchschnittlich 14 Minderjährigen pro Jahr die häufigsten Kontakte haben.

Auch wenn die statistischen Zahlen dies nur sehr verhalten bestätigen können, geben in Berlin und Brandenburg je sieben Befragte an, dass die Zahl der minderjährigen Mütter mit jedem Jahr steigt. Dabei handelt es sich vorwiegend um Beraterinnen und Berater sowie um Hebammen aus dem Berliner Osten bzw. Befragte der Jugendämter in Brandenburg. Je drei Befragte aus Westberlin und Brandenburg registrieren ein Gleichbleiben der Zahlen. Das kann mit der allgemein stärker ins Blickfeld gerückten öffentlichen Aufmerksamkeit für das Thema Teenager-Schwangerschaften und damit einer besseren Annahme der Beratungs- und Betreuungsangebote in Zusammenhang gebracht werden. Eine These wäre daher, dass nicht sehr viel mehr junge Frauen minderjährig schwanger werden, sondern verstärkt die Hilfeangebote nutzen, wenn sie sich für das Austragen des Kindes entscheiden. Genauso gut könnte sich die Wahrnehmung des Themas durch die Expertinnen und Experten verändert haben. Einschränkend gilt es daher zu berücksichtigen, dass bei den Einschätzungen der Beraterinnen und Berater nicht immer deutlich die Trennung der Art der Beratung zu erkennen war:

<sup>107</sup> Vgl. Exkurs, Kap. 1

*„Wir haben keine Sonderstatistik für Minderjährige. Ich kann das nur tendenziell sagen, dass es wirklich zugenommen hat, wobei man sehr deutlich unterscheiden muss zwischen den Schwangerschaftskonfliktberatungen von Minderjährigen und der Schwangerenberatung von Minderjährigen.“ (8-05 Beratungsstelle, Berlin)*

Die steigende Zahl der Beratungsgespräche geht nicht zwangsläufig mit einer Zunahme an Teenagergeburten einher.

Bei der Frage nach dem Alter der jugendlichen Schwangeren wird der Anteil der unter 16-Jährigen als gleich bleibend gering eingeschätzt, wie es auch die amtliche Statistik wiedergibt. Lediglich eine Hebamme in Berlin hatte laut eigenen Angaben ebenso viele unter wie über 16-Jährige in den letzten drei Jahren in der Betreuung. Grundsätzlich bestätigen alle Befragten in Berlin wie auch in Brandenburg folgende Äußerung:

*„Also, ich denke mal, der Anteil der unter 16-Jährigen ist, wenn man nicht von den Zahlen, sondern von der Wahrnehmung, die man bekommt und erhält, abschätzt, doch eher gering. Ich denke, so zwischen 16 und 18 Jahren, da liegt so der Hauptteil, die die Beratung im ASD (Allgemeinen Sozialen Dienst) suchen.“ (5-11 Jugendamt, Brandenburg)*

## **2.2 BEKANNTHEIT DER ANLAUFSTELLEN**

Es gibt eine Reihe von Möglichkeiten, das Angebot an Beratungs- und Hilfeleistungen bekannt zu machen. Da der Großteil der sozialen Einrichtungen eine so genannte Komm-Struktur aufweist und somit auf die Initiative der Ratsuchenden angewiesen ist, liegt es im Interesse der jeweiligen Einrichtung herauszufinden, wie die Informationsvermittlung funktioniert, um damit gleichzeitig eine Rückmeldung über die Wirksamkeit der Öffentlichkeitsarbeit zu erhalten (Tabelle 9).

TABELLE 9: DURCH WEN ERHALTEN DIE JUGENDLICHEN DIE INFORMATIONEN ÜBER IHRE EINRICHTUNG?

Bereich	BS	JA	MKE	BE	AA	Gyn	Heb	Ver	Ges
Privat: Mundpropaganda durch Familie und Freunde	12	4	1	3	1	3	4	-	28
	16	3	2	1	-	4	2	-	28
Schule: Lehrer/-in, sexualpädagogische Veranstaltungen, Berufsberatung	12	3	1	3	4	-	-	-	23
	14	3	2	1	-	4	2	-	22
Jugendhilfe: Jugendamt, betreute Wohnformen	8	2	4	-	-	-	3	1	18
	3	-	3	-	2	-	1	-	9
Medizinisches Umfeld: Gynäkologe/Gynäkologin, Hebamme, Klinik	13	1	1	-	-	-	2	1	18
	18	1	2	-	-	-	1	-	22
Medien: Printmedien, Internet, Telefonbuch	4	-	2	1	-	3	-	1	11
	1	-	1	-	-	2	-	-	4
Weitere: Agentur für Arbeit, Beratungsstelle, Sozialamt, Jugendfreizeiteinrichtung, Eigeninitiativen	2	4	2	4	-	1	1	1	15
	6	4	3	-	-	-	1	-	14
k. A.	-	-	-	1	-	-	-	1	2
	-	-	-	-	-	-	-	-	-

12 Berlin n = 113, Mehrfachnennungen      12 Brandenburg n = 99, Mehrfachnennungen

BS = Beratungsstelle, JA = Jugendamt, MKE = Mutter-Kind-Einrichtung, BE = Bildungseinrichtung, AA = Agentur für Arbeit, Gyn = Gynäkologe/-in, Heb = Hebamme, Ver = Vereine, Ges = Gesamtzahl

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

Aufmerksam auf die jeweilige Einrichtung werden die Jugendlichen in erster Linie durch die Weitergabe der Information innerhalb des privaten Netzwerks,

*„über Verwandte, Eltern, Freunde, die von uns gehört haben. Die gesagt haben, ja geh da mal hin, da wirst du beraten.“* (3-04 Beratungsstelle, Berlin)

Das gilt nicht nur für die Beratungsstellen, sondern auch für die niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen. Von Vorteil wird in Brandenburg zudem eine allgemeine Bekanntheit von Einrichtungen im ländlichen Raum angesehen,

*„weil man in diesen kleinen Städten natürlich weiß, dass es so eine Anlaufstelle gibt.“* (1-10 Beratungsstelle, Brandenburg)

## **GYNÄKOLOGINNEN UND GYNÄKOLOGEN SPIELEN EINE WESENTLICHE ROLLE BEI DER INFORMATIONSVERMITTLUNG**

Die Fachärztinnen und -ärzte für Gynäkologie stellen oftmals die erste Anlaufstelle für die Minderjährigen dar und liefern ihnen klare Anhaltspunkte in Bezug auf Unsicherheiten hinsichtlich einer Schwangerschaft und weiterer Verfahrensweisen. In den Augen der Beraterinnen und Berater übernimmt der behandelnde Arzt bzw. behandelnde Ärztin eine zentrale Funktion in Hinblick auf die Inanspruchnahme von Hilfeangeboten, insbesondere bei sehr jungen und sozial schwachen Patientinnen, indem er bzw. sie auf die ortsnahen Schwangerschaftsberatungsstellen verweist.

*„Durch ganz verschiedene Sachen werden die minderjährigen Schwangeren und Mütter auf uns aufmerksam, einmal sicher auch Mundpropaganda, zweiter großer Bereich sind die Gynäkologen, die Ärzte, die natürlich die Frauen untersuchen und die Schwangerschaft feststellen. Die schicken sie dann zu uns als Beratungsstelle, darum ist der Kontakt mit den Gynäkologen auch ganz wichtig und wir besuchen regelmäßig eigentlich die, die hier im Umkreis sind, und das sind eine Menge Gynäkologen, die wir immer wieder aufsuchen und einfach auch auf eine gute Zusammenarbeit bauen, die auch unterdessen sehr gut funktioniert. Und die Gynäkologen schicken massenhaft zu uns.“* (8-09 Beratungsstelle, Berlin)

Aus den Aussagen der Expertinnen und Experten lässt sich schlussfolgern, dass die Kooperation und Vermittlung zwischen Ärzteschaft und Beratungseinrichtungen in Berlin sehr gut und ausreichend funktioniert.

In Brandenburg hingegen wird die Rolle der Gynäkologinnen und Gynäkologen kontrovers diskutiert. In den Antworten der brandenburgischen Befragten finden sich sowohl zufriedene als auch kritische Äußerungen bezüglich des Verweises auf die beratenden Institutionen:

*„Es ist bei uns eine sehr gute Zusammenarbeit mit den Gynäkologen und wenn da eine jugendliche Schwangere kommt, kann ich das eigentlich von allen Gynäkologen sagen, schicken sie die meistens alle hierher.“* (1-13 Beratungsstelle, Brandenburg)

Kritisch äußern sich vor allem die Beraterinnen, wie folgende Antwort zeigt:

*„Wir würden uns das wünschen, dass immer über den Frauenarzt das passieren würde, weil die alle Informationen haben und ja meist die ersten Ansprechpartner für die Frauen sind, aber das ist ja leider nicht so. Also, ein Teil der Gynäkologen gibt den Hinweis und andere wieder nicht, was wir überhaupt nicht verstehen können, weil die soziale Situation wird ja auch erhoben und eigentlich müsste dem Gynäkologen ja sofort klar sein, wenn eine minderjährige Schwangere vor ihm sitzt, dass da weitere Hilfe notwendig ist. Aber das ist eben leider trotz mehrfachen Bemühungen und durch weitere Aktivitäten, die wir da gestartet haben, nicht so.“* (5-07 Beratungsstelle, Brandenburg)

Daraus ergibt sich ein stärkerer Klärungsbedarf hinsichtlich der Rolle der Gynäkologen und Gynäkologinnen als (vorwiegend) ersten Personen im Hilfesystem und ihrer Möglichkeiten, die Nutzung von Hilfe- und Beratungsangeboten für minderjährige Schwangere aktiv zu beeinflussen.

## **DER SCHULISCHE RAHMEN BIETET EINE MÖGLICHKEIT, AUF ANGEBOTE HINZUWEISEN**

Doch nicht nur persönliche Empfehlungen, auch sexualpädagogische Veranstaltungen und die Berufsberatung im Rahmen des schulischen Unterrichts sind gute Möglichkeiten, Jugendliche auf die bestehenden Angebote aufmerksam zu machen.

*„Durch unsere sexualpädagogischen Angebote wissen die Jugendlichen im Durchschnitt, dass es hier so eine Beratungsstelle gibt, die sich mit dieser Thematik befasst.“* (5-13 Beratungsstelle, Brandenburg)

Das Angebot der Beratungsstellen richtet sich vor allem an Lehrer und Schulklassen und hat sich laut Aussagen der Beraterinnen und Berater in den Schulen bereits etabliert: Realisiert wird dies in Form von Veranstaltungen, die sowohl in den Schulen als auch in den Beratungsstellen selbst durchgeführt werden. Die Schüler erhalten somit die Gelegenheit, die Einrichtungen der Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatung kennen zu lernen.

*„Dass sie wissen, dass es diese Anlaufstelle gibt und warum man dahin gehen kann und wie die Leute da so sind, also schon mal so ein bisschen Tuchfühlung, dass die Schwellenängste gemindert werden.“* (2-07 Beratungsstelle, Berlin)

Gleiches gilt für die Agenturen für Arbeit und ihr Angebot der Berufsberatung.

*„Wir arbeiten ganz eng mit den Schulen zusammen, d. h., wir gehen dort in den Unterricht rein, stellen uns vor, also: was ist Berufsberatung, was kann Berufsberatung. Und da ist für den Jugendlichen schon so dieser erste Kontakt hergestellt.“* (4-09 Agentur für Arbeit, Berlin)

Vor allem die Befragten aus Beratungsstellen und Agenturen für Arbeit betonen die gute Erreichbarkeit der Jugendlichen durch sexualpädagogische und berufsberaterische Veranstaltungen, was ein wichtiger Hinweis darauf ist, dass diese Zielgruppe durch den persönlichen Kontakt, ob durch Informationsveranstaltungen in den Schulen oder in den Einrichtungen selbst, besser erreicht werden kann.

In diesem Zusammenhang äußert sich eine Beraterin in Brandenburg kritisch in Bezug auf finanzielle und personelle Kürzungen im sexualpädagogischen Angebot der Beratungsstellen:

*„Das können wir jetzt seit einigen Jahren einfach aus personellen Gründen nicht mehr machen, weil wir einfach die Zeit nicht mehr dafür haben.“* (5-04 Beratungsstelle, Brandenburg)

Damit erklärt sich, warum nicht alle Beraterinnen und Berater in unserer Befragung an Schulen auf das sexualpädagogische Angebot aufmerksam machen.

Immer wieder wird betont, wie wichtig die Vernetzung der Einrichtungen untereinander ist, die Hilfesuchende an die entsprechenden Stellen vermitteln und damit eine gute Versorgung der Betroffenen in die Wege leiten. Wie wesentlich die Zusammenarbeit innerhalb eines Hilfenetzes ist, wird an späterer Stelle noch genauer betrachtet werden. Hier soll allein der Hinweis erfolgen, dass die Vermittlung von Klientinnen an Dritte eine der oft genannten Alternativen ist, die notwendigen Hilfen auch tatsächlich – und schnell – zu realisieren.

## DAS JUGENDAMT IST ALS HILFEGEBENDE EINRICHTUNG BEKANNT

Dass eine Einrichtung einer minderjährigen Schwangeren unabhängig von Öffentlichkeitsarbeit etc. bekannt ist, liegt meist an einer bereits installierten Betreuung im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe durch das Jugendamt. Es nimmt durch die gesetzlichen Bestimmungen der Kinder- und Jugendhilfe<sup>108</sup> eine Sonderstellung ein.<sup>109</sup> Einerseits besteht die Möglichkeit, dass die betroffenen Jugendlichen mit dem Jugendamt in Kontakt stehen, weil sie in einer betreuten Einrichtung untergebracht waren oder sind und damit im Hilfenetz bereits integriert sind.

*„Viele haben schon Kontakt zu uns oder durch Freunde“ (2-04 Jugendamt, Berlin), weil sie „vorher schon in anderen betreuten Einrichtungen gelebt haben, seien es Kinderheime, sei es betreutes Jugendwohnen.“ (3-02 Mutter-Kind-Einrichtung, Berlin)*

Andererseits erfolgt der Kontakt über die Vermittlung an spezielle Wohnangebote, für die allein das Jugendamt zuständig ist.

*„[...] dass man, wenn man irgendwo untergebracht werden will, dahin muss.“ (4-11 Jugendamt, Berlin)*

Es kommt jedoch auch vor, dass sich eine Jugendliche bereits im Laufe ihrer Schwangerschaft Rat suchend an das Jugendamt wendet,

*„wobei die Schwellenangst, zum Jugendamt zu gehen, vielleicht dann doch des Öfteren ziemlich hoch ist.“ (1-14 Jugendamt, Brandenburg)*

Das Jugendamt sieht sich nach wie vor mit dem Stigma der sozialen Kontrolle konfrontiert, es

*„ist aus meiner Perspektive, wenn ich das mal so sagen darf, immer noch im Volk ziemlich hoch angebunden. Also, zum Jugendamt geht man nicht wirklich gerne, damit ist immer verbunden, ja, ich habe Ängste, dass da mehr passiert, als dass ich vielleicht Hilfe kriegen könnte [...]. Drastisch formuliert ist es, es bestehen Ängste, dass die Kinder weggenommen werden.“ (4-12 Jugendamt, Brandenburg)*

Diese Ängste müssen ebenfalls bedacht werden, um die genannten Hemmschwellen und Fehleinschätzungen bei den Betroffenen abzubauen und ihnen damit die breite Palette an Hilfemöglichkeiten optimal zur Verfügung zu stellen.

<sup>108</sup> KJHG (1991)

<sup>109</sup> siehe Kap. 5

## JUGENDLICHE WERDEN SELTEN DURCH MEDIEN AUF ANGEBOTE AUFMERKSAM GEMACHT

Medien als Informationsquelle scheinen bei Schwangerschaft im Jugendalter eine untergeordnete Rolle zu spielen. Vor allem wird das Internet genannt, das Jugendliche zunehmend auf der Suche nach Hilfeangeboten nutzen. Inwieweit die Informationsvermittlung über audiovisuelle und/oder Printmedien optimal erfolgt, kann nur vermutet werden. Die Antworten der befragten Expertinnen und Experten lassen die Schlussfolgerung zu, dass die Jugendlichen seltener durch mediale Informationen auf die Angebote aufmerksam werden (vgl. Tabelle 9). Die Bekanntgabe der Hilfeangebote findet jedoch am häufigsten in Form von Inseraten in Presse, Fernsehen, Radio, Internet und Telefonbuch statt, was in Tabelle 10 erkennbar wird, die eine Übersicht liefert, welche Möglichkeiten der öffentlichen Bekanntmachung die einzelnen Einrichtungen vorwiegend nutzen.<sup>110</sup>

**110** Die Rekrutierung der Schüler und Schülerinnen in den befragten Berufsschulen erfolgt ausschließlich über die zuständigen Agenturen für Arbeit, da es sich um geförderte Bildungsmaßnahmen handelt und spezielle Auflagen zu erfüllen sind: „Wir dürfen keine öffentliche Werbung machen“ (4-13 Bildungseinrichtung).

TABELLE 10: **WIE UND WO MACHEN SIE IHRE EINRICHTUNG BZW. IHRE ANGBOTE ÖFFENTLICH BEKANT?**

Wie und wo	BS	JA	MKE	BE	AA	Gyn	Heb	Ver	Ges
Inserate in Presse, TV, Radio, Internet, Telefonbuch	9	1	3	2	3	3	4	1	26
	18	3	2	-	2	3	2	-	30
Informationsmaterial, Flyer	9	5	3	2	1	-	4	3	19
	12	2	2	-	1	-	1	-	19
Veranstaltungen*	4	-	-	2	-	-	3	-	11
	1	2	-	2	-	-	1	-	6
Schulen**	11	1	-	-	4	-	-	1	17
	11	1	-	-	3	1	-	-	16
Gynäkologische Praxen	7	1	-	-	-	-	1	-	9
	16	-	1	-	-	-	1	-	18
Jugendämtern, Sozialämtern, Agenturen für Arbeit	4	-	2	2	1	-	-	-	9
	4	-	1	-	1	-	1	-	6
Weitere, u. a. Mutter-Kind- Einrichtungen und Beratungsstellen	3	2	1	1	-	-	-	2	9
	3	-	2	-	-	1	-	-	6
Keine Öffentlichkeitsarbeit im engeren Sinne	1	-	-	2	-	1	-	-	4
	1	2	1	4	-	1	1	-	10

12 Berlin n = 113, Mehrfachnennungen      12 Brandenburg n = 111, Mehrfachnennungen

BS = Beratungsstelle, JA = Jugendamt, MKE = Mutter-Kind-Einrichtung, BE = Bildungseinrichtung, AA = Agentur für Arbeit, Gyn = Gynäkologe/Gynäkologin, Heb = Hebamme, Ver = Vereine, Ges = Gesamtzahl

\* Informationsveranstaltungen der jeweiligen Einrichtung ohne sexualpädagog. u. berufsberatende Veranstaltungen.

\*\* Inkl. sexualpädagog. u. berufsberatenden Veranstaltungen.

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

*„Wir haben hier eine Internetseite, logisch. Wir haben natürlich eine Werbeaktion, Faltblätter, wir haben einen Tag der offenen Tür, manchmal auch zwei innerhalb des Jahres, einen im Winter, einen im Sommer. Zu dem Tag der offenen Tür werden Sonderschulen eingeladen, wir bieten etwas an, wir bieten bestimmte Lehrgänge an. Da müssen wir die informieren, müssen uns darstellen. So kommen die dann zu uns.“* (6-06 Bildungseinrichtung, Berlin)<sup>111</sup>

In den wenigsten Fällen gestaltet sich die Öffentlichkeitsarbeit so umfangreich, wie es die Befragte der oben genannten Bildungseinrichtung beschreibt, eher läuft es wohl auf folgende Art.

*„Wir machen Öffentlichkeitsarbeit in Form von Flyern, die wir verteilen in den Kliniken, in den gynäkologischen Praxen, teilweise auch in den Schulen. Und ansonsten ist unsere Einrichtung auch innerhalb des Bezirkes sehr bekannt, so dass auch so Kontakte von überallher passieren.“* (3-10 Jugendamt, Berlin)

Nur wenige Einrichtungen, darunter vor allem Bildungseinrichtungen, betreiben keine aktive Öffentlichkeitsarbeit.

*„Das habe ich bisher nicht für notwendig gehalten.“* (5-09 Bildungseinrichtung, Brandenburg)

*„Nein. Wir haben mal einen Flyer erarbeitet, der ist aber nie rausgegangen.“* (5-12 Jugendamt, Brandenburg)

Obwohl die Jugendlichen nach eigenen Angaben eher wenig über Printmedien, Internet und Telefonbuch auf die Einrichtung aufmerksam werden, wird der größte Teil der Bekanntmachung des Beratungs- bzw. Betreuungsangebot in die Ausgestaltung von Informationsmaterial (Flyer und Broschüren) sowie Inserate in Presse und Fernsehen investiert. Insofern stellt sich die Frage, ob die Öffentlichkeitsarbeit nicht zusätzlich um spezielle Informationsveranstaltungen für die Zielgruppe der Minderjährigen ergänzt werden sollte. Mit Hilfe des gegenseitigen Kennenlernens wird Vertrauen geschaffen, werden Hemmschwellen abgebaut und Betroffene dazu motiviert, im Bedarfsfall auf genau diese Angebote zurückzugreifen. Der Sekundäreffekt, der damit erzielt wird, kann vor allem in der Wiedererkennung der Einrichtungen und Hilfeangebote durch Faltblätter und Inserate beschrieben werden. In welcher Form diese Art der Informationsvermittlung gestaltet sein kann, beschreibt eine Mitarbeiterin der Agentur für Arbeit.

<sup>111</sup> Das hier beschriebene Informationsangebot richtet sich an sozial benachteiligte Jugendliche und darunter befindliche minderjährige Schwangere und Mütter.

*„Wir sind regelmäßig in den Schulen, nicht nur einmal, sondern auch monatlich mit Schulsprechstunde, mit Veranstaltungen, mit Vortragsreihen, mit Elternabenden, also so, dass man eigentlich auch das gesamte Angebot und den gesamten Bedarf auch an Fragen abdecken kann.“ (4-09 Agentur für Arbeit, Berlin)*

Neben den Bildungseinrichtungen sehen besonders Beraterinnen und Berater in den gynäkologischen und auch Hebammenpraxen eine gute Möglichkeit, auf ihre Angebote aufmerksam zu machen. Dass dies im Zusammenhang mit der aktiven Beteiligung der niedergelassenen Gynäkologen und Gynäkologinnen auf gute Resonanz stößt, konnte bereits gezeigt werden.

*„Wir geben zwei Mal im Jahr im Moment unsere Faltblätter zu den Gynäkologen und tun's immer wieder und hoffen, dass es irgendwann so fruchtet, wie wir es möchten. Wir machen Zeitungsartikel in der örtlichen und regionalen Presse.“ (5-02 Beratungsstelle, Brandenburg)*

Die Informationsveranstaltungen, die außerhalb des sexualpädagogischen Angebots und der Berufsberatung liegen, dienen der allgemeinen Bekanntmachung der Einrichtung:

*„Dann nehmen wir immer teil an so genannten Sozialmärkten, wo wir immer einen Stand haben und die Öffentlichkeit auf uns aufmerksam machen.“ (2-08 Beratungsstelle, Berlin)*

In diesem Sinne werden für Berlin und Brandenburg genannt:

- Elterninformationsabende (drei Hebammen)
- Tag der offenen Tür (Jugendamt, zwei Bildungseinrichtungen, Beratungsstelle, Hebamme)
- Teilnahme an Stadtfesten (zwei Beratungsstellen, Jugendamt)
- Gesundheitstag (Beratungsstelle)

### 2.3 ZIELGRUPPEN MIT SPEZIFISCHEN MERKMALEN

Aus der Literatur ist bekannt, dass es besondere Gruppen von minderjährigen Frauen zu geben scheint, die zu Teenager-Schwangerschaften neigen. Studien haben eine eindeutige Prävalenz von bildungsschwachen und insbesondere Lernförderschülerinnen und -schülern beobachtet.<sup>112</sup> Aus diesem Grund lautet eine weitere Frage, ob sich die Einrichtungen mit ihren Angeboten an bestimmte Zielgruppen mit einem

<sup>112</sup> HÄUSSLER-SCZEPAN et al. (2005) und pro familia (2006)

erhöhten Beratungs- und Betreuungsbedarf wenden oder ob sie einen Schwerpunkt auf die Arbeit mit diesen Jugendlichen legen.

Der Großteil der Befragten verneint diese Frage, sie würden alle Jugendlichen ansprechen, beraten und betreuen und keinen Bedarf darin sehen, sich speziellen Gruppen zuzuwenden (Abbildung 13 und 14).

ABBILDUNG 13: **GEZIELTES ZUGEHEN AUF BESTIMMTE GRUPPEN VON JUGENDLICHEN** (BERLIN)



Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

ABBILDUNG 14: **GEZIELTES ZUGEHEN AUF BESTIMMTE GRUPPE VON JUGENDLICHEN** (BRANDENBURG)



Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

Die Zielgruppen, die dabei genannt werden, können in vier Kategorien unterteilt werden:

### **1. KINDERGARTENKINDER UND JÜNGERE SCHULKINDER**

Ihnen soll in erster Linie mit frühzeitigem Sexualkundeunterricht begegnet werden:

*„Mein Anliegen ist,[...] ich möchte auch ab nächstem Jahr gezielt auch schon auf Kitas zugehen, weil ich denke, dass das auch ein Feld ist, was unbedingt beachtet werden sollte. Sexualerziehung fängt ja viel früher an.“ (7-05 Beratungsstelle, Brandenburg)*

### **2. LERNFÖRDERSCHÜLERINNEN UND -SCHÜLER SOWIE BEHINDERTE JUGENDLICHE**

Ihnen soll mit dem Angebot einer gezielten und angepassten Sexualaufklärung begegnet werden:

*„[...] weil ich denke, da ist ein großes Wissensdefizit, grade im Bereich der Sexualaufklärung, und wichtig ist das Thema Lebensplanung und deshalb gehen wir auf diese Schulen zu, Förderschulen oder Schulen mit Jugendlichen mit einer Lernbehinderung und auch einer geistigen Behinderung, wir machen beides.“ (2-12 Beratungsstelle, Berlin)*

Aber auch spezielle Informationsveranstaltungen im Rahmen einer Maßnahme „berufsvorbereitendes Jahr“ stellen Möglichkeiten der Förderung benachteiligter Jugendlicher dar. Obwohl bildungsferne Jugendliche einen Großteil der minderjährigen Schwangeren und Mütter bilden, findet die Gruppe der Lern- und Berufsförderschüler in unserer Befragung lediglich in den Beratungsstellen und in den Bildungseinrichtungen selbst die entsprechende Beachtung.

### **3. SCHÜLERINNEN UND SCHÜLER OHNE BILDUNGSABSCHLUSS**

Eine dritte Gruppe, die besonderer Aufmerksamkeit bedarf, setzt sich zusammen aus Schulverweigerern und Jugendlichen ohne Bildungsabschluss, die mit gezielter Beratung beruflich integriert werden sollen, indem versucht wird, der Problematik mit Hilfe so genannter „Schulverweigererprojekten“ (4-09 Agentur für Arbeit, Berlin) entgegenzutreten.

### **4. JUGENDLICHE MIT MIGRATIONSHINTERGRUND**

*„Ein ganz kleiner Teil meiner Arbeit ist es, dass ich einmal im Monat in eine Begegnungsstätte für ausländische Mitbürger gehe, wo ich generell eine soziale Beratung anbiete, und aus dieser Begegnung heraus kommen manchmal Jugendliche zu uns, die durch ihre Mütter auf uns aufmerksam gemacht werden.“ (2-10 Beratungsstelle, Berlin)*

Eine Beraterin aus einem ländlichen Teil Brandenburgs betont das Vorhaben ihrer Einrichtungen, mit Hausbesuchen oder Ähnlichem auf einige Zielgruppen intensiver einzugehen:

*„[...] dass wir die Betreuung grade so bei jungen Frauen und intellektuell nicht so gut strukturierten Frauen, dass wir das Betreuungsangebot erhöhen wollen, weil wir da eben einen Bedarf sehen.“* (1-13 Beratungsstelle, Brandenburg)

Eine Gynäkologin spricht nicht direkt von einem Zugehen auf Gruppen mit einem erhöhten Beratungs- und Betreuungsbedarf, sie verweist jedoch darauf, speziell auf Risikogruppen zu achten:

*„Hier bestellen wir auch öfter grade so Risikosachen Richtung Sozialfälle oder wo wir doch merken, Rauchen, Risiken, möglicherweise sogar auch Drogen in diese Richtung. Das müssen die uns ja alles erzählen. Wir stellen die Patienten nur dann ein auf Pillen, wenn die uns exakt alles erzählen, was da an Risiko da ist.“* (8-04 Gynäkologin, Brandenburg)

Dass mittlerweile ein gewisses Verständnis für bestimmte Gruppen geweckt wurde, die eine besondere Beachtung in Form einer gezielten Öffentlichkeitsarbeit erfordern, verdeutlichen die beiden folgenden Zitate:

*„Und da ist uns eigentlich aufgefallen an der Stelle, dass wir also nicht genau wissen: Wo sind die minderjährigen Mütter eigentlich? Und wir haben uns dann halt auf den Weg gemacht, dem eine Struktur zu geben, mal zu gucken, wo was ist, haben die Gynäkologen angeschrieben, die Kinderärztinnen, alle öffentlichen Einrichtungen oder Heimträger, die mit Geburten zu tun haben und den Schwangeren.“* (3-08 Jugendamt, Berlin)

*„Es gibt ständig diese Überlegungen, wie wir noch gezielter die jungen Leute ansprechen können.“* (4-08 Agentur für Arbeit, Berlin)

## 2.4 ZEITPUNKT DER KONTAKTAUFNAHME

Einen Anhaltspunkt, wie gut die Jugendlichen über die bestehenden Hilfeangebote im Falle einer Schwangerschaft aufgeklärt und bereit sind, sie entsprechend für sich wahrzunehmen, liefert der Zeitpunkt der ersten Kontaktaufnahme zwischen den Betroffenen und den Einrichtungen. Eine Frage lautet deshalb, in welchem Schwangerschaftsmonat der erste Kontakt stattfindet (Tabelle 11).<sup>113</sup>

TABELLE 11: ZEITPUNKT DER KONTAKTAUFNAHME  
(OHNE AGENTUREN FÜR ARBEIT)

		BS	JA	MKE	BE	Gyn	Heb	Ver	Ges
Schwangerschaftswoche	1. Drittel 1.–13. Wo.	2	-	-	4	2	-	1	9
		2	-	-	4	2	-	-	9
	2. Drittel 14.–27. Wo.	5	1	-	-	-	-	-	6
		9	-	-	-	3	-	-	12
3. Drittel 28.–40. Wo.	3	1	2	-	-	4	2	12	
	1	4	4	-	-	2	-	9	
subjektive Einschätzung	Gesamte Zeit	2	4	2	1	-	-	-	9
		4	-	-	1	-	-	-	7
	Eher zeitig	5	-	-	1	-	-	-	8
		3	-	-	2	-	-	-	6
	Eher spät	3	-	2	1	1	-	-	7
		3	-	-	-	2	3	-	8
k. A.		4	-	-	1	-	-	1	6
		3	-	-	1	-	-	-	6

12 Berlin n=51, Mehrfachnennungen      12 Brandenburg n=50, Mehrfachnennungen

BS = Beratungsstelle, JA = Jugendamt, MKE = Mutter-Kind-Einrichtung, BE = Bildungseinrichtung, Gyn = Gynäkologe/-in, Heb = Hebamme, Ver = Vereine, Ges = Gesamtzahl

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

**113** Die Agenturen für Arbeit wurden aus diesem Fragenteil ausgeschlossen, da sich die berufliche Förderung vorwiegend auf minderjährige Mütter bezieht und damit der Zeitpunkt während der Schwangerschaft keine Relevanz erkennen lässt.

In Brandenburg findet für die Hälfte der Beraterinnen und drei der fünf befragten Gynäkologinnen bzw. Gynäkologen der Erstkontakt mit den Minderjährigen im mittleren Schwangerschaftsdrittel statt. In Berlin hingegen hat ein Viertel der Befragten erst im letzten Drittel der Schwangerschaft den ersten Kontakt mit der Minderjährigen. In diesen Fällen ist der Zeitpunkt für eine Alternative, nämlich den Schwangerschaftsabbruch, überschritten.

*„Im vierten Monat meistens, wenn es zu spät ist.“* (8-02 Gynäkologe, Brandenburg)

Wenn Jugendliche sich erst ab dem sechsten Schwangerschaftsmonat an professionelle Einrichtungen wenden, so handelt es sich entweder um eine Mutter-Kind-Einrichtung, um eine Hebammenpraxis oder um das Jugendamt, selten um eine Beratungsstelle.

*„Weil, wenn die hierherkommen, dann geht es ja wirklich darum, da haben sie sich entschlossen für das Kind und dann geht es ja eigentlich nur um die Frage: Wo lebe ich mit dem Kind oder, Wie kann das weitere Leben mit dem Kind gestaltet werden?“* (4-12 Jugendamt, Brandenburg)

Besonders Hebammen in Brandenburg sehen das Verhalten der minderjährigen Schwangeren in dem Zusammenhang eher kritisch, wie das folgende Zitat zeigt:

*„Eigentlich kommen sie häufig spät. Das Hebammenbetreuungsangebot greift ja schon ab Wissen von der Schwangerschaft, dann ist das ja schon möglich, dass sich die Frauen orientieren, sich jemanden suchen, vielleicht mal Kontakt aufnehmen, gucken, ob das passt, und dann also eventuell bei Problemen oder Unklarheiten sich jederzeit melden können und das läuft ja bei uns eigentlich über Hausbesuche, dass wir die Frauen besuchen zu Hause. Das hat den Vorteil, man kann das Umfeld kennen lernen, kann die Familie mit kennen lernen, denn oft ist es wichtig, dass man auch die Familie kennt, weil man dann weiß, was da so im Hintergrund ist.“* (8-08 Hebamme, Brandenburg)

Auch wenn sich die Befragten der Bildungseinrichtungen fast alle nicht auf einen konkreten Zeitpunkt für die Bekanntgabe der Schwangerschaft festlegen wollten, so zeigt sich in ihren Aussagen die Tendenz, dass sie doch rechtzeitig, meist im ersten Drittel der Schwangerschaft, die Information darüber erhalten.

Bei den Beraterinnen und Beratern erfolgt der erste Kontakt meist etwas später, im zweiten Drittel der Schwangerschaft, in ihren subjektiven Einschätzungen aber immer noch rechtzeitig genug.

*„In der Regel, wo sie ja meine Hilfe in Anspruch nehmen, kommen sie um die 20. Schwangerschaftswoche hierher“ (2-10 Beratungsstelle, Berlin),  
„weil dann noch genug Zeit ist für Vorbereitungen, Unterstützung und Hilfen usw., dass nicht alles so gedrängt ist.“ (2-12 Beratungsstelle, Berlin)*

## **WANN JUGENDLICHE DIE SCHWANGERSCHAFT BEMERKEN, IST SEHR UNTERSCHIEDLICH**

Dass sich manche minderjährige Frauen erst spät den Hilfeangeboten zuwenden, könnte darin begründet sein, dass sie selbst Unkenntnis über eine bestehende Schwangerschaft besitzen. Aus diesem Grund sollten die Expertinnen und Experten einschätzen, seit wann die Jugendlichen von der Schwangerschaft wissen (Abbildung 15 und 16).

In Brandenburg ist über die Hälfte der interviewten Expertinnen und Experten der Ansicht, dass die jungen Frauen entsprechende Kenntnisse besitzen, eine Schwangerschaft frühzeitig wahrzunehmen.

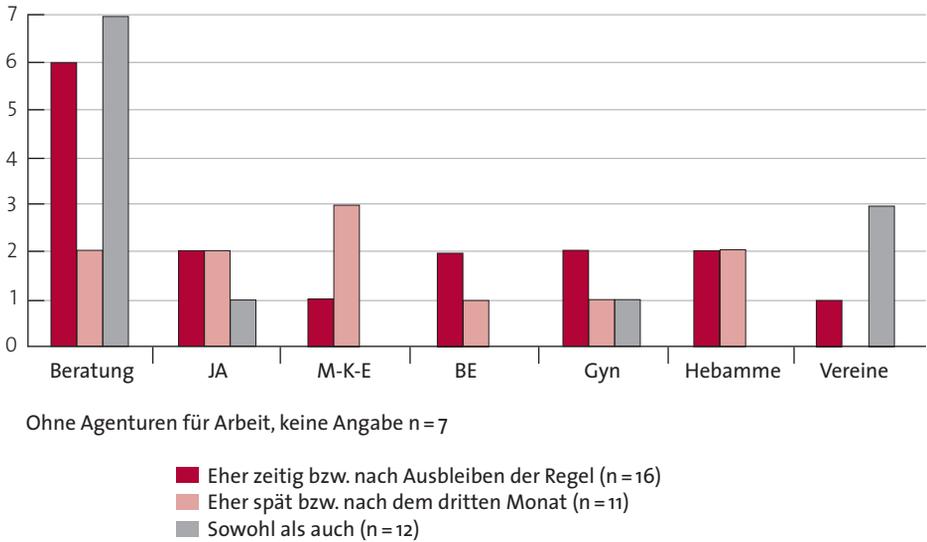
In Berlin sind es vor allem Beraterinnen, Gynäkologen und Mitarbeiterinnen in Bildungseinrichtungen, die den jungen Frauen entsprechende Kenntnisse zugestehen, eine Schwangerschaft frühzeitig wahrzunehmen:

*„Doch die meisten wissen bei ausbleibender Blutung doch, dass da etwas passiert sein könnte.“ (2-01 Gynäkologe, Berlin)*

Betreuerinnen in Mutter-Kind-Einrichtungen erleben hingegen, dass junge Frauen eine Schwangerschaft erst spät wahrnehmen.

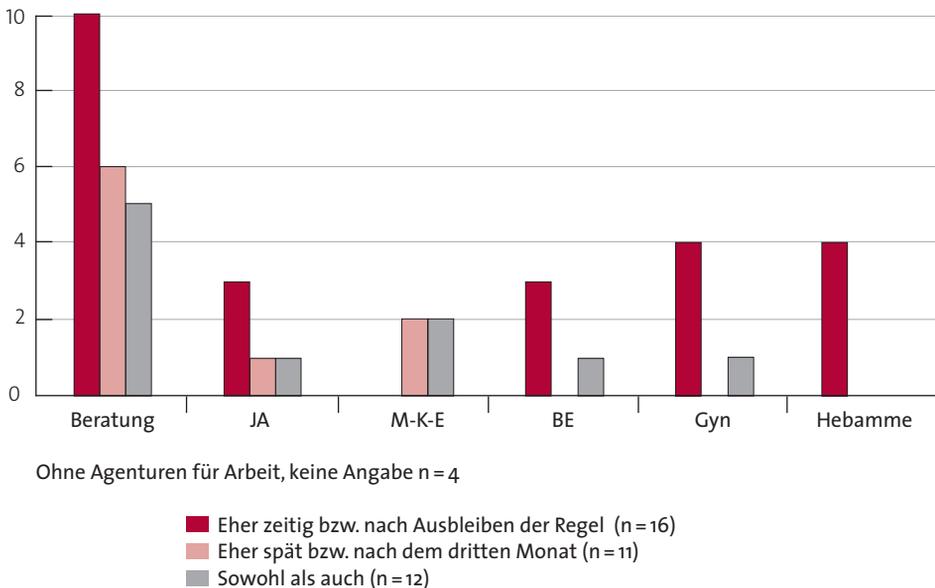
*„Oft, für meine Begriffe oft, erzählen mir junge Frauen, dass sie erst im fünften Monat merken oder bewusst wahrnehmen, dass da irgendwas nicht mehr hinhaut und dass sie schwanger sind.“ (3-02 Mutter-Kind-Einrichtung, Berlin)*

ABBILDUNG 15: **TENDENZIELLER ZEITRAUM DES SICHEREN WISSENS VOM BESTEHEN EINER SCHWANGERSCHAFT (BERLIN)**



Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

ABBILDUNG 16: **TENDENZIELLER ZEITRAUM DES SICHEREN WISSENS ÜBER DAS BESTEHEN EINER SCHWANGERSCHAFT (BRANDENBURG)**



Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

Insgesamt kann festgehalten werden, dass es **DEN** Fall nicht gibt, d. h., es wird zeitlich gesehen die gesamte Bandbreite abgedeckt: Einige junge Frauen erahnen bereits nach Ausbleiben der Menstruation eine bestehende Schwangerschaft, andere wiederum bemerken lange Zeit nichts und nehmen erste Anzeichen einer Schwangerschaft nicht als solche wahr.

An dieser Stelle berichten drei Befragte aus dem medizinischen Bereich:

*„Manche kommen aber auch mit unklaren Unterbauchbeschwerden und wissen nicht, dass sie schwanger sind.“ (6-02 Gynäkologe, Berlin)*

Welche Gründe werden angegeben, dass Jugendliche die Schwangerschaft entweder sehr spät bemerken oder aber sie nicht bekannt geben?

Folgende Übersicht zeigt die häufigsten Nennungen (Tabelle 12):

TABELLE 12: GRÜNDE FÜR SPÄTES WAHRNEHMEN VON HILFEANGEBOTEN

Ursachen	Berlin	Brandenburg
Emotionale und psychische Barrieren	28	31
Mangelhafte Körperwahrnehmung	14	10
Kein Bedarf vorhanden	9	8
Unkenntnis über die bestehende Hilfestruktur	3	3
Ausschluss von Handlungsalternativen	2	1
k. A.	11	12

Berlin n = 56, Brandenburg n = 53, Mehrfachnennungen

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

**EMOTIONALE UND PSYCHISCHE BARRIEREN**

*„Ich denke, Jugendliche verdrängen die Schwangerschaft aus Scham oder weil sie denken, wenn ich das nicht zur Kenntnis nehme, dann ist das auch nicht so, oder aus Konfliktscheu oder aus Ängsten, irgendwelche Entscheidungen treffen zu müssen.“ (3-10 Jugendamt, Berlin)*

**MANGELHAFTER KÖRPERWAHRNEHMUNG**

*„Es kommt vor, dass die Mädchen es erst sehr spät merken, dass sie schwanger sind, weil sie sowieso so viel körperliche Veränderungen in dem Alter noch haben, wo die Entwicklung manchmal noch nicht abgeschlossen ist, das Gewicht nimmt zu, so dass sie erst sehr spät erst merken, dass sie schwanger sind.“ (5-08 Beratungsstelle, Brandenburg)*

**AUSSCHLUSS VON HANDLUNGALTERNATIVEN**

*„[...] während die jetzige Schülerin sich erst in dem Moment der Klassenlehrerin anvertraut hat, als dieser Zeitraum der Unterbrechungsmöglichkeit schon überschritten war, über den sie aber durchaus Bescheid wusste.“ (5-09 Bildungseinrichtung, Brandenburg)*

**KEIN BEDARF VORHANDEN**

*„Auch solche Fälle gibt es erfreulicherweise, wo Eltern sagen, mein Gott, Mädels, ist zwar früh, aber nun ist es einmal passiert und du wünschst dir das und wir werden dich unterstützen, dann kann es schon sein, dass sie dann erst so im fünften Schwangerschaftsmonat kommt.“ (8-09 Beratungsstelle, Berlin)*

In erster Linie werden Verdrängungsmechanismen aus Angst und Unsicherheit, die Schwangerschaft öffentlich bekannt zu machen, als Hauptbarrieren für das rechtzeitige Wahrnehmen von Hilfsmaßnahmen aufgeführt, gefolgt von körperlicher Unkenntnis aufgrund entwicklungsbedingter Wissensdefizite. Der Ausschluss einer wirklichen Entscheidungsmöglichkeit für oder gegen die Schwangerschaft, bedingt

durch den bereits überschrittenen kritischen Zeitpunkt, sowie die Unkenntnis über die bestehende Hilfestruktur wurden hingegen nur selten angegeben.

Da Minderjährige aufgrund ihres Alters fest in die familiären Strukturen eingebunden sind, sind sie

*„eigentlich gewohnt, dass die Versorgung von zu Hause stattfindet. Zum Beispiel die Information, dass ich mit der Schwangerschaft auch vielleicht auf einen eigenen ALG-II-Anspruch habe, das wissen die meisten nicht.“*  
(8-05 Beratungsstelle, Berlin)

Ein höheres Risiko, Hilfeangebote erst spät wahrzunehmen, weisen laut Erfahrung der Expertinnen und Experten junge Frauen aus schwierigen sozialen Verhältnissen auf, meist in Kombination mit familiären Konflikten, sowie sehr junge Frauen:

*„Ich denke, das sind in der Regel die jungen Frauen, die Probleme eh schon im Elternhaus haben, die z. T. schon in Hilfen sind, wo einfach die Beziehung zu den Eltern gestört ist.“* (4-07 Verein, Berlin)

*„Oft sind die meistens noch ganz jung, die wollen es dann überhaupt nicht wahrhaben.“* (2-08 Beratungsstelle, Berlin)

Eine dritte, jedoch am seltensten genannte Gruppe bilden junge Frauen mit Migrationshintergrund. Insgesamt zwölf Befragte machen keine Aussage zu den Ursachen für das späte Wahrnehmen von Hilfeangeboten.

Allerdings muss man berücksichtigen, dass das Verständnis von Rechtzeitigkeit in den Altersklassen differieren kann, wie folgende Beraterin einlenkt:

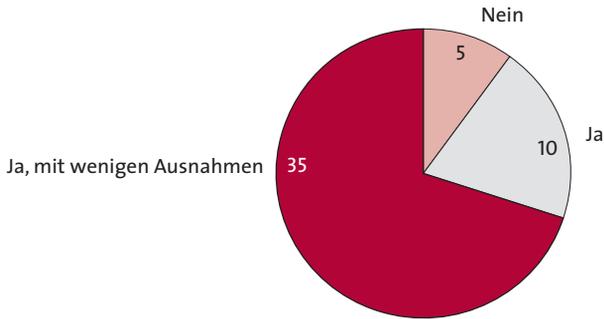
*„Sie haben nicht das Gefühl, dass es spät ist. Die Selbsteinschätzung, was den Zeitraum betrifft, ist häufig ein bisschen anders gebettet wie bei einer Beraterin.“* (3-04 Beratungsstelle)

## ERSTSCHWANGERSCHAFT IST DER REGELFALL

Auch wenn die Zeitspanne zwischen dem ersten Auftreten der Regelblutung und dem Ende der Minderjährigkeit auf wenige Jahre begrenzt ist, finden sich doch vereinzelt Hinweise darauf, dass junge Frauen bis zum Erreichen der Volljährigkeit nicht nur ein Mal schwanger werden.<sup>114</sup> Die Frage nach einer möglichen Mehrfachschwangerschaft bei Minderjährigen wurde daher in die Befragung aufgenommen und die Antworten ergeben folgendes Bild (Abbildung 17 und 18):

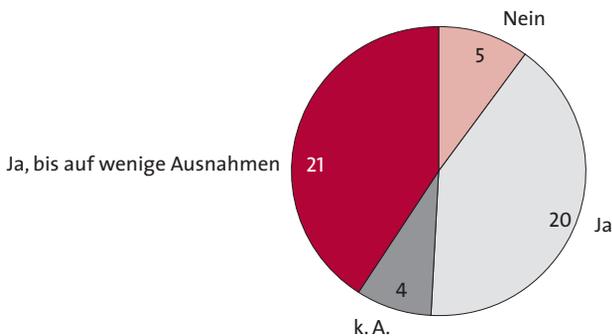
<sup>114</sup> Vgl. HÄUSSLER-SCZEPAN et al. (2005), S. 56 f.

ABBILDUNG 17: **HANDELT ES SICH UM DIE ERSTE SCHWANGERSCHAFT?** (BERLIN)



Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

ABBILDUNG 18: **HANDELT ES SICH UM DIE ERSTE SCHWANGERSCHAFT?**  
(BRANDENBURG)



Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

Die Annahme, dass es sich bei den Schwangerschaften der Minderjährigen um Erstschwangerschaften handelt, bestätigen die meisten Expertinnen und Experten. Fast drei Viertel der Befragten in Berlin und Brandenburg schätzen Schwangerschaften von minderjährigen Frauen als vorwiegendes Einzelereignis ein, allerdings mit der Einschränkung des Auftretens weniger Ausnahmen:

*„Es gibt also wirklich Ausnahmen, wenn sie im minderjährigen Alter schon ein zweites Kind gebären. Es kann schon mal sein, dass da vielleicht schon ein Abbruch im Vorfeld war. Im Normalfall ist es in dieser Altersgruppe die erste Schwangerschaft.“ (3-06 Hebamme, Berlin)*

Nicht alle Befragten teilen die Meinung, dass Mehrfachschwangerschaften im Jugendalter eine Ausnahme darstellen:

*„Mir sind nicht alle Abtreibungen bekannt [...], ich vermute aber, es sind noch viel mehr, die abgebrochen haben und dann zum zweiten Mal schwanger waren und das Kind ausgetragen haben.“ (4-06 Bildungseinrichtung, Brandenburg)*

Gleichzeitig findet sich hier der Hinweis, dass mit einer erneuten Schwangerschaft der Versuch unternommen wird, vorangegangene Erfahrungen eines Schwangerschaftsabbruchs und einem daraus resultierendem Verlusterleben zu begegnen.

Hingegen geben vor allem die Mitarbeiterinnen der Mutter-Kind-Einrichtungen anhand ihrer Erfahrungen in der Betreuung minderjähriger Mütter an, dass Mehrfachschwangerschaften bei dieser Altersgruppe durchaus öfter auftreten. Dies zeigt deutlich den erhöhten Betreuungsbedarf, wenn man davon ausgeht, dass besonders hilfebedürftige junge Frauen die vollstationäre Betreuung für sich und ihr Kind in Anspruch nehmen.

2



# 3 BERATUNGSSITUATION UND BERATUNGSGEHÄLT

Im Folgenden wird dargestellt, wie die Befragten die Beratungssituation erleben, welche Themen angesprochen werden und welche Hilfeangebote sie vermitteln.

## 3.1 KONTAKTHÄUFIGKEIT

Die Beratung und Betreuung von minderjährigen Schwangeren und Müttern findet je nach Aufgabenfeld und individuellem Bedarf der Klientinnen unterschiedlich häufig statt. Der Kontakt reicht daher von einer einmaligen Beratung z. B. in einer Agentur für Arbeit bis hin zur täglichen Intensivbetreuung in einer Mutter-Kind-Einrichtung. Die daraus resultierenden Unterschiede sind in Tabelle 13 abgebildet.

In der Regel beschränkt sich die Anzahl der Kontakte der Beraterinnen und Berater mit den minderjährigen Schwangeren auf zwei bis fünf Termine, in wenigen Ausnahmefällen liegt die Zahl geringfügig darüber. Die Unterschiede ergeben sich,

*„weil es junge Frauen gibt, die das Beratungsangebot ganz gut für sich nutzen und dann sechs bis sieben Folgetermine haben, und es gibt junge Frauen, die nur zwei Mal in die Beratung kommen, weil es dann ausschließlich auf finanzielle Unterstützung ausgelegt ist und nicht auf weitere Hilfsangebote.“ (2-12 Beratungsstelle, Berlin)*

Es gibt jedoch auch eine Reihe von Beraterinnen und Berater, die die Beratung auf einen Termin reduzieren, wobei davon auszugehen ist, dass hier gedanklich keine klare Trennung zwischen sozialer Beratung und Schwangerschaftskonfliktberatung erfolgt, da erstgenannte kaum mit nur einem Termin abzudecken ist, wie eine Beraterin folgerichtig äußert:

*„Es ist so, dass es mit diesen jungen Frauen auf jeden Fall nicht eine einmalige Beratung wird. Es ist wirklich ein Beraten und Begleiten.“ (6-07 Beratungsstelle, Berlin)*

Diese Aussage steht im Gegensatz zur Tätigkeit der Berufsberaterinnen und -berater der Agenturen für Arbeit, deren Informationsangebot in einem, maximal drei Gesprächen zu vermitteln ist.

Die häufigsten Kontakte zu minderjährigen Schwangeren haben zweifelsohne die niedergelassenen Gynäkologen und Gynäkologinnen, aber

„meistens werden die etwas unregelmäßiger wahrgenommen, naturgemäß“. (1-12 Gynäkologe, Berlin)

Für die Mitarbeiterinnen der Mutter-Kind-Einrichtungen ist es

„selbstverständlich, dass wir täglich Kontakt haben. Es sind nicht immer tiefe Beratungsgespräche, die man miteinander führt, aber grade weil man so dicht im Alltag aneinander ist, ergibt sich eher ein Gespräch.“ (3-02 Mutter-Kind-Einrichtung, Berlin)

TABELLE 13: **WIE VIELE BERATUNGEN NEHMEN DIE MINDERJÄHRIGEN SCHWANGEREN WAHR?**

Kontakthäufigkeit	BE	JA	MKE	BE	AA	Gyn	Heb	Ver	Ges
1 Kontakt	5	-	-	1	2	-	-	-	8
	1	1	-	-	1	-	-	-	3
2 – 5 Kontakte	9	2	-	1	2	-	2	2	18
	18	2	-	-	1	-	1	-	22
6 – 10 Kontakte	3	-	-	1	-	1	1	-	6
	1	-	-	-	-	1	-	-	2
11 – 20 Kontakte	-	-	-	-	-	3	-	-	3
	-	1	-	-	-	4	-	-	5
Häufiger/täglich	-	1	4	-	-	-	-	1	6
	-	-	4	-	-	-	-	-	4
Unterschiedlich, bedarfsabhängig	-	3	-	1	-	-	-	1	5
	-	2	-	4	1	-	1	-	8
k. A.	-	-	-	2	-	-	2	-	4
	1	1	-	2	-	-	2	-	6

12 Berlin n = 113, Mehrfachnennungen      12 Brandenburg n = 111, Mehrfachnennungen

BS = Beratungsstelle, JA = Jugendamt, MKE = Mutter-Kind-Einrichtung, BE = Bildungseinrichtung, AA = Agentur für Arbeit, Gyn = Gynäkologe/Gynäkologin, Heb = Hebamme, Ver = Vereine, Ges = Gesamtzahl

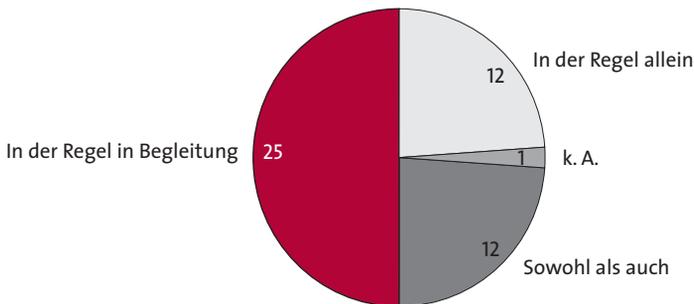
Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

Vorwiegend bedarfsabhängig findet die Beratung durch das Jugendamt statt, sowohl während als auch nach der Schwangerschaft, so dass sich die Befragten nicht auf eine konkrete Zahl festlegen.

## 3.2 GESPRÄCHSSITUATION UND BEGLEITPERSONEN

Um das Bild einer Beratungs- bzw. Gesprächssituation nachzeichnen zu können, wurden die Befragten nach den anwesenden Personen beim Erstkontakt gefragt (Abbildung 19). Man kann davon ausgehen, dass die anschließenden Termine und Gespräche überwiegend allein zwischen der Befragten und der Beraterin stattfinden.

ABBILDUNG 19: **KOMMEN DIE JUGENDLICHEN ALLEIN IN DIE BERATUNG?**  
(BERLIN)



Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

*„Die Jugendlichen kommen überwiegend alleine zu mir.“ (6-06 Bildungseinrichtung, Berlin)*

Das meint eine Schulsozialarbeiterin in Berlin und stimmt so mit vier weiteren Befragten aus den Bildungseinrichtungen in ihrer Aussage überein. Bei insgesamt ein Viertel der Befragten finden die Erstgespräche mit den Minderjährigen allein statt, nicht nur bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Bildungseinrichtungen, sondern auch bei den Befragten aus den Vereinen und den Agenturen für Arbeit.

Der größte Teil der Befragten sieht sich jedoch (mindestens) einer weiteren Person gegenüber, was in erster Linie mit der altersbedingten Unsicherheit der Betroffenen und deren Wunsch nach Halt und Unterstützung begründet wird.<sup>115</sup>

*„Wenn die Mutter dabei ist, spricht man das mit der Mutter ab.“ (3-07 Beratungsstelle, Berlin)*

<sup>115</sup> Insgesamt drei Befragte gaben in diesem Zusammenhang an: „Je jünger, desto mehr kommen sie mit Eltern“ (5-14 Beratungsstelle, Berlin).

Teilweise liegt es auch im Interesse der Fachkräfte, Gespräche im Beisein einer Begleitperson zu führen, was z. T. sogar ausdrücklich verteidigt, ja regelrecht bevorzugt wird:

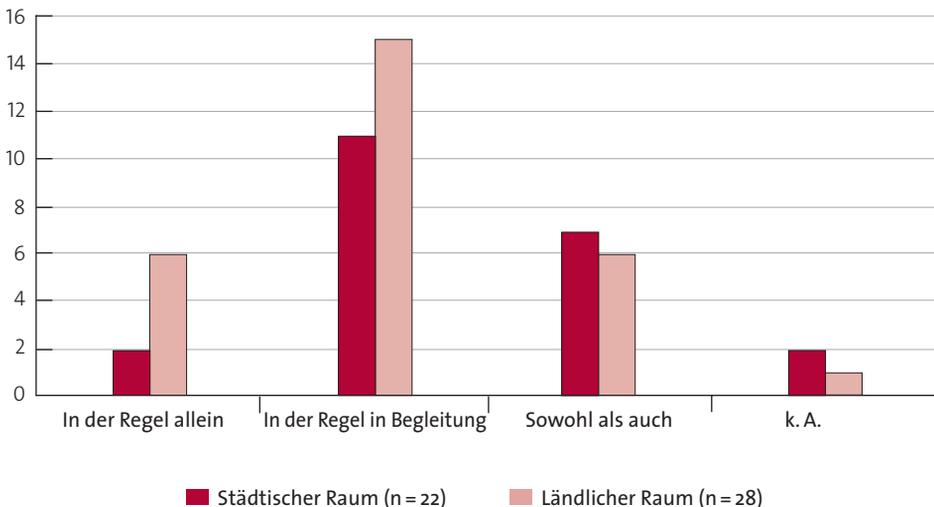
*„Ich würde mir da so jemanden, der auch noch mithört und zuhört, gerne wünschen. Die jungen Leute stellen sich immer so als ganz selbstbewusst dar.“ (4-08 Agentur für Arbeit, Berlin)*

Auch in Brandenburg findet das erste Gespräch vorwiegend in Begleitung statt.

*„Und wenn dann der Erstkontakt sozusagen geschafft ist und man sich vereinbart zu weiteren Gesprächen, dann ist auch die Beratung durchaus mit den jungen Frauen alleine.“ (5-11 Jugendamt, Brandenburg)*

Die Vermutung, Jugendliche in Städten würden aufgrund der guten Erreichbarkeit und einer damit verbundenen mobilen Selbstständigkeit die hilfegebenden Stellen eher allein aufsuchen, konnte in Brandenburg nicht bestätigt werden. Sowohl im ländlichen als auch im städtischen Raum nehmen Minderjährige das Beratungsangebot vorwiegend in Begleitung einer Vertrauensperson wahr, womit die personelle Unterstützung gerade beim Erstkontakt einen zentralen Stellenwert einnimmt.

ABBILDUNG 20: **KOMMEN DIE JUGENDLICHEN ALLEIN IN DIE BERATUNG?**  
(BRANDENBURG)



Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

Wer als Begleitperson der jugendlichen Schwangeren erscheint, variiert stark nach Einrichtungstyp. Um welche anderen Begleitpersonen es sich neben der Mutter noch handelt, zeigt Tabelle 14.

TABELLE 14: WER SIND DIE BEGLEITPERSONEN BEIM ERSTKONTAKT? (BERLIN)

Begleitperson	BS	JA	MKE	BE	AA	Gyn	Heb	Ver	Ges
Eltern	16	5	2	1	1	2	4	2	33
Freundin	8	3	2	3	1	2	1	1	21
Partner	11	-	2	1	-	-	4	-	18
Fachspezifischer Begleiter/-in*	3	2	3	2	1	1	3	1	16
Familienangehörige	1	1	1	-	-	2	1	-	6
k. A.	-	-	1	2	2	-	-	2	7

n = 94, Mehrfachnennungen

BS = Beratungsstelle, JA = Jugendamt, MKE = Mutter-Kind-Einrichtung, BE = Bildungseinrichtung, AA = Agentur für Arbeit, Gyn = Gynäkologe/-in, Heb = Hebamme, Ver = Vereine, Ges = Gesamtzahl

\*Vor allem Betreuer/-in in betreuten Wohnformen, aber auch Sozialarbeiter/-in und Lehrer/-in.

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

Während Jugendliche eine Beratungsstelle meist mit der Mutter (und manchmal dem Vater), einer Freundin oder dem Partner aufsuchen, werden die der Kinder- und Jugendhilfe unterstellten Einrichtungen doch eher in Begleitung einer Fachkraft wie z. B. einer Lehrerin kontaktiert.

*„Grade die Jugendlichen müssen doch sehr viel getragen werden, da gibt’s ja große Schwellenängste gegenüber Behörden, häufig haben sie auch schon Vorerfahrungen mit Behörden, die nicht immer von ihnen subjektiv als die besten empfunden werden, und die kommen eher nicht alleine, die werden geschickt oder gebracht.“ (3-10 Jugendamt, Berlin)*

Die Gespräche der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Bildungseinrichtungen finden, wie oben aufgeführt, in der Regel allein mit den Betroffenen statt und wenn nicht, dann am ehesten im Beisein einer Freundin oder Lehrerin.

*„[...] meistens bringen sie eine Freundin oder einen Familienangehörigen mit“ (2-01 Gynäkologe, Berlin)* meinten die niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen, wohingegen die Gespräche der Hebammen *„im Normalfall entweder mit den*

*Eltern, dem Freund oder halt Betreuern aus den Einrichtungen“ (3-06 Hebamme, Berlin) stattfinden.*

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Großteil der Jugendlichen eine Beratungs- oder Betreuungseinrichtung im Beisein einer Vertrauensperson aufsucht oder teilweise erst durch diese vermittelt wird. Das erste Kennenlernen findet in der Regel unter mindestens drei Personen statt: der Beraterin, der Begleitperson und der minderjährigen Schwangeren oder Mutter. Geht man jeweils vom häufigsten Fall aus, so ergibt sich dabei ein Alters-, nicht selten sogar Generationengefälle. Den Aussagen der Befragten lässt sich entnehmen, dass eine nicht geringe Anzahl der häufigsten Begleitpersonen, der zukünftigen Großmütter, selbst den Weg der jungen Mutterschaft wählte und folgerichtig in eine junge Großmutterschaft übergeht.

Über die Hälfte der befragten Expertinnen und Experten sind mit einem Alter von über 48 Jahren sogar noch älter als die zukünftigen Großeltern.<sup>116</sup> Die minderjährige Schwangere sieht sich demzufolge nicht nur mit der älteren Begleitperson (ihrer Mutter), sondern zusätzlich mit einer noch älteren Fachkraft konfrontiert, die ihr einerseits aufgrund jahrelanger Berufserfahrungen Zukunftsperspektiven zu offerieren versucht, andererseits von der Lebenswelt der jungen Frau biographisch sehr weit entfernt ist. Diesem Konflikt zu begegnen stellt eine besondere Anforderung an die Gesprächsführung dar. Gleichzeitig kann dies als eine der Ursachen angenommen werden, weshalb minderjährige Schwangere den Kontakt zu diesen Einrichtungen von vornherein meiden bzw. Hilfeangebote nicht, nur zögerlich oder nicht kontinuierlich annehmen. Um dies herauszufinden, bedarf es jedoch einer Befragung der Betroffenen selbst. Auf die von den Expertinnen und Experten angegebenen Gründe wird an späterer Stelle noch genauer eingegangen.

### 3.3 INHALTE DER BERATUNG

Junge Frauen, die sich in der Situation einer Schwangerschaft befinden und diese mit Hilfe professioneller Fachkräfte bewältigen möchten, wenden sich mit unterschiedlichen Erwartungen, Vorstellungen und Vorinformationen an die entsprechenden Stellen. Aus diesem Grund sollte die Expertinnen und Experten angeben, mit welchen Fragen die minderjährigen Schwangeren und Mütter an sie herantreten. Die Tabelle 15 zeigt die zu Themengebieten zusammengefassten, am häufigsten geäußerten Anliegen der jungen Frauen.

<sup>116</sup> Siehe Kap. 2.1

TABELLE 15: HÄUFIGSTE FRAGEN DER JUGENDLICHEN

Fragen	BS	JA	MKE	BE	AA	Gyn	Heb	Ver	Ges
Zur existenziellen Grundsicherung: Geld, Wohnung	10	4	1	1	2	-	-	3	21
	15	5	2	4	1	-	2	-	29
Zu Schwangerschaft, Geburt und Gesundheit	3	-	1	-	-	2	3	3	12
	1	1	2	-	-	4	2	-	10
Zu Schule und Ausbildung	5	1	-	2	3	-	-	-	11
	9	1	-	4	3	-	-	-	17
Zur Partnerschaft, Vaterschaftsanerkennung	5	-	2	2	-	-	-	1	10
	3	2	1	1	-	1	1	-	9
Zur Alltagsgestaltung: Kinderbetreuung, Kindererziehung	5	3	1	-	-	-	-	-	9
	2	4	1	1	-	-	-	-	8
Zur sozialen Netzwerkgestaltung, v. a. zum Verhältnis zu den Eltern	3	2	1	1	-	-	-	1	8
	4	-	1	-	1	-	1	-	0
Zur Zukunftsgestaltung allgemein: Wie geht es weiter?	3	1	-	1	1	-	-	-	6
	5	-	-	1	-	-	1	-	7
Zu rechtlichen Regelungen: Vormundschaft, Mutterschutz, Elternzeit	-	-	-	-	-	-	-	-	7
	3	2	1	-	-	-	1	-	7
Keine/kaum Fragen, Unwissenheit	2	1	-	2	-	1	1	-	7
	3	-	-	1	-	1	1	-	6
k. A.	1	-	1	-	-	1	1	-	1
	-	1	-	-	-	-	-	-	1

12 Berlin n = 84, Mehrfachnennungen      12 Brandenburg n = 93, Mehrfachnennungen

BS = Beratungsstelle, JA = Jugendamt, MKE = Mutter-Kind-Einrichtung, BE = Bildungseinrichtung, AA = Agentur für Arbeit, Gyn = Gynäkologe/-in, Heb = Hebamme, Ver = Vereine, Ges = Gesamtzahl

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

Im Vergleich zu anderen Hilfesuchenden werden minderjährige Frauen als eher zurückhaltend beschrieben.

*„Sie sitzen nicht da wie Erwachsene und überfallen einen mit Fragen. Das ist der Unterschied in der Beratung, die sitzen da und ich muss einfach überhaupt gucken, was überhaupt mit ihr los ist.“* (2-07 Beratungsstelle, Berlin)

Der Umgang mit Minderjährigen ist somit ein sich entwickelnder Prozess, der viel Feingefühl von den Hilfegebenden erfordert. Oft übernimmt die Gesprächsführung auch die Begleitperson.

*„Wenn da noch jemand dabei ist, dann stellt vielleicht die Mutter die Fragen oder vielleicht die Betreuerin oder die Sozialarbeiterin.“* (5-07 Beratungsstelle, Brandenburg)

Aber nicht allein Desinteresse wird hierfür als Grund angegeben, auch Ängste, Scham und Unwissenheit über Unterstützungsmöglichkeiten können dazu führen, dass eine minderjährige Schwangere oder Mutter keine konkreten Fragen an die Hilfegebenden richtet. Die Wahrung der Interessen bestmöglich zu gewährleisten und gleichzeitig Prioritäten festzulegen, stellt eine besondere Herausforderung für die beratende Person dar. Daher schafft ein offenes, angenehmes Gesprächsklima Raum für Entscheidungsfindungen, in die sich alle Beteiligten optimal einbringen können. Eine Befragte eines Fördervereines hebt in diesem Zusammenhang die freie Atmosphäre in ihrem Begegnungszentrum als förderlich hervor.

*„Jede Frau hat ihre Fragen und die werden dann auch recht frei gestellt und da entsteht da auch gleich eine ganz andere Atmosphäre, Mensch hier kann ich auch mal eine Frage stellen, da wird mich keiner auslachen, wenn ich die falsch formuliere oder wenn ich das noch nicht so richtig verstanden habe.“* (5-10 Verein, Berlin)

Insgesamt werden die Anliegen der jungen Schwangeren und Mütter als ebenso vielfältig und breit gestreut beschrieben wie die Beratungs- und Betreuungsanforderungen, die mit einer Schwanger- und Mutterschaft einhergehen.

*„Die wollen natürlich wissen, wie es abläuft, die wollen wissen, wie es in der Schwangerschaft geht, wenn der Bauch nun noch größer wird, und wie sie sich bewegen können, wie es mit der Partnerschaft weitergeht, und dann genau erklärt haben, wie es unter der Geburt abläuft und nach der Geburt. Da gibt es ja große Bedenken: Wenn da ein Kind geboren ist, wie geht es hinterher weiter?. Die finanziellen Geschichten und die rechtlichen Geschichten ...“* (1-07 Hebamme, Brandenburg)

Jedoch fokussiert das Hauptanliegen minderjähriger Schwangerer und Mütter zum Großteil auf Fragen zur existenziellen Grundsicherung:

*„Ehrlich gesagt, die meisten Fragen gehen eher nicht um Kindererziehung, sondern um Fragen finanzieller Natur, also irgendwelche staatlichen Gelder, die dann noch zusätzlich beantragt werden können, also es geht um Geld und um den Kerl.“* (6-05 Bildungseinrichtung, Berlin)

Vor allem die Beraterinnen und Berater erwähnen den finanziellen Anreiz als Hauptmotiv, Bestätigung findet diese Aussage in Brandenburg auch von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Jugendämter, der Bildungseinrichtungen und der Mutter-Kind-Einrichtungen. Eine Erklärung, woher das Wissen um finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten stammt, liefert eine Beraterin:

*„Die werden auch so ein bisschen schon geleitet, denke ich, vom Frauenarzt, dass gesagt wird, ja, da können Sie in die Beratungsstelle gehen und da können Sie Geld beantragen für die Babyerstaussstattung.“* (7-04 Beratungsstelle, Brandenburg)

Somit wird jedoch erreicht, dass jugendliche Schwangere aus dem Bedarf nach finanzieller Unterstützung heraus Hilfeangebote wahrnehmen und gleichzeitig umfassend und ausführlich über sozialrechtliche Ansprüche, Schwangerschaft und Geburt, Ausbildung, Betreuungsoptionen etc. beraten werden können.

Gesundheitliche Fragen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt werden in Berlin nicht nur an die medizinischen Fachkräfte herangetragen, sondern auch an die Mitarbeiterinnen der Vereine.

*„Was passiert jetzt überhaupt in meinem Körper, wie entwickelt sich das Kind? [...] wie ist das jetzt mit den ersten Bewegungen, wie ist denn das überhaupt, wenn ich dann mal eine Wehe kriege? Überhaupt die ganze Frage der Geburtsvorbereitung usw.“* (5-10 Verein)

Da sich der Großteil der Minderjährigen noch in der schulischen und/oder beruflichen Ausbildung befindet, ist ein weiterer großer Fragenkomplex darauf ausgerichtet.

*„Schaffe ich die Schule trotzdem noch und wenn ich die jetzt nicht schaffe, weil der Entbindungstermin mittendrin liegt, oder falls sich Komplikationen einstellen, wie kriege ich das hin, dass ich das also dann wiederholen darf?“* (2-02 Bildungseinrichtung, Berlin)

Jedoch nicht alle jungen Frauen sind bestrebt, sofort nach Ablauf des Mutterschutzes in die Ausbildung zurückzukehren. Das Thema Schule wird zwar aufgegriffen,

*„aber eigentlich erst nachrangig, muss ich immer wieder feststellen. Wie geht's mit Schule weiter, wie geht's mit Ausbildung weiter? Also, das wird regelrecht verdrängt, jetzt kriege ich erst mal das Kind.“ (4-12 Jugendamt, Brandenburg)*

Diesem Wunsch einerseits zu entsprechen, andererseits die Chance der jungen Frau auf eine Teilhabe am Arbeitsmarkt durch entsprechende berufliche Qualifikationen zu erhöhen, verlangt von den Beraterinnen und Beratern sowie Betreuerinnen und Betreuern ein hohes Maß an Kompetenzen, die Potentiale der jungen Frau richtig einzuschätzen und sie beim Herausfinden ihres optimalen Weges zu unterstützen.

Den werdenden Vater betreffend beziehen sich die Fragen nicht allein auf die rechtlichen Konsequenzen und die Anerkennung der Vaterschaft, sondern auch auf die Klärung der Partnerschaft sowie Grenzen und Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung.

*„Und dann kommt oft die Sache mit dem Vater, die Rolle des Vaters, das spielt dann auch noch oft mit rein. Und dann so Alltagsfragen: Kann ich mein Kind alleine lassen, wenn ich mal einkaufen gehe, oder muss ich es immer mitnehmen? Wie organisiere ich was?“ (1-11 Jugendamt, Brandenburg)*

Doch nicht nur die Partnerschaft, auch die Alltagsgestaltung umfasst Themenbereiche, die eine Minderjährige durch die Schwangerschaft neu organisieren muss. Die elterliche Unterstützung bildet einen Kernpunkt für eine erfolgreiche Bewältigung der neuen Lebenssituation und ist damit eines der Hauptanliegen der Jugendlichen.

*„Und ein Thema ist natürlich die Zukunftsperspektive mit dem Kind oder: Wie sieht die Selbstständigkeit aus?“ (2-12 Beratungsstelle)*

Dann gibt es noch die jugendspezifischen Fragen.

*„Kann ich auch mal zur Disco gehen?“, was ja in dem Alter auch normal ist.“ (1-11 Jugendamt, Brandenburg)*

Und solche wie die einer jugendlichen Schwangeren:

*„Die wollte nur wissen, ob sie noch Karussell fahren darf.“ (5-07 Beratungsstelle, Brandenburg)*

Wie sieht nun die Beratung im Einzelnen aus, welche Themen werden von den unterschiedlichen Professionen am häufigsten angesprochen? Erneut wurden die Interviewaussagen themenweise und in Anlehnung an die Fragen der Jugendlichen zusammengefasst und in der Tabelle abgebildet:

TABELLE 16: HÄUFIGSTE BERATUNGSTHEMEN

Themen	BS	JA	MKE	BE	AA	Gyn	Heb	Ver	Ges
Existenzielle Grund- sicherung: Geld, Wohnung	4	2	-	2	1	-	-	2	11
	12	3	-	3	-	-	-	-	20
Schwangerschaft, Geburt und Gesundheit	5	-	1	2	-	4	5	2	19
	9	-	2	1	-	5	3	-	20
Schule und Ausbildung	6	3	1	5	3	-	-	-	18
	7	1	-	3	2	3	1	-	22
Partnerschaft, Vaterschaftsanerkennung	9	3	1	2	-	2	1	1	19
	6	2	-	4	-	1	-	-	13
Alltagsgestaltung: Kinderbetreuung, Kindererziehung, MKE	-	-	-	-	-	-	-	-	0
	4	1	2	1	1	-	2	-	11
Soziale Netzwerk- gestaltung: Eltern, familiärer Kontext	9	2	-	3	1	2	-	1	18
	6	2	-	4	-	3	-	-	15
Zukunftsgestaltung allgemein: Wie geht es weiter?	4	2	2	1	-	-	-	-	9
	5	-	1	2	-	1	-	-	9
Rechtlichen Regelungen: Vormundschaft, Mutter- schutz, Elternzeit	-	-	-	-	-	-	-	-	0
	3	1	1	1	-	1	-	-	7
Beratungs- und Unter- stützungsmöglichkeiten allgemein: Wer, wie, wo?	2	2	-	-	2	-	-	-	6
	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Akute psychosoziale Situation, Mutter-Kind-Be- ziehung	1	1	4	1	-	-	1	1	9
	2	1	1	1	-	1	-	-	6
k. A.	2	-	-	-	-	-	-	-	2
	-	-	-	1	1	-	1	-	3

12 Berlin n = 109, Mehrfachnennungen 12 Brandenburg n = 118, Mehrfachnennungen

BS = Beratungsstelle, JA = Jugendamt, MKE = Mutter-Kind-Einrichtung, BE = Bildungseinrichtung, AA = Agentur für Arbeit, Gyn = Gynäkologe/-in, Heb = Hebamme, Ver = Vereine, Ges = Gesamtzahl

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

In erster Linie orientiert sich die Beratung am Bedarf der jungen Frau. Anhand der Antworten haben sich jedoch einige Themen herauskristallisiert, die für minderjährige Schwangere und Mütter von großer Relevanz sind wie die Schwangerschaft in Verbindung mit Gesundheit und Geburt, die partnerschaftliche und familiäre Beziehungsgestaltung sowie die schulische und berufliche Ausbildung. Für Gynäkologen sowie Gynäkologinnen und Hebammen stehen gesundheitliche Aspekte im Vordergrund.

*„Das sind einmal die Probleme der gesunden Lebensweise. Wir weisen auf eine vernünftige Ernährung hin, wir warnen eindringlich vor Alkoholenuss und vor Rauchen.“* (6-02 Gynäkologe, Berlin)

Ziel ist, typische altersbedingte Verhaltensweisen nicht zu ignorieren, die letztendlich auch aus einer mangelnden Aufklärung resultieren können.

*„Schwerpunkt ist Schutz des Kindes. Rauchen aufhören, Trinken aufhören, alles was Risiko ist, vielleicht auch Lebensstil ändern, viel schlafen, weil die Teenager sind da manchmal sehr locker. [...] Das hat sich bisher sehr bewährt, dass wir die Schwangeren so intensiv beraten.“* (8-05 Gynäkologe, Brandenburg)

## **SOZIALES UND SCHULISCHES NETZWERK SIND WICHTIG**

Auffällig zeigt sich in Brandenburg das Interesse der Gynäkologinnen und Gynäkologen an der schulischen Thematik sowie der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Bildungseinrichtungen an der partnerschaftlichen und familiären Situation. Hier wird deutlich, dass die Schwangerschaft einer Minderjährigen niemals losgelöst von den Rahmenbedingungen, sondern immer eingebunden in das soziale und schulische Netzwerk betrachtet werden muss. Daher ist ein wichtiger Aspekt neben der gesundheitlichen Aufklärung die Gestaltung des sozialen Netzwerkes. Den wohl größeren Raum nimmt dabei die Rolle der Eltern oder teilweise auch der Eltern des Kindsvaters ein:

*„[...] dass die Eltern dann auch eingeladen werden, begleitet werden müssen.“* (3-08 Jugendamt, Berlin)

Die Schwangerschaft der Tochter bewirkt auch für sie eine wesentliche Veränderung und veranlasst alle Betroffenen zu lernen, mit der neuen Situation umzugehen, was nicht immer konfliktfrei abläuft. Aus diesem Grund gibt es ein spezielles Angebot, damit die Eltern die Bedeutung einer Großelternschaft auch für ihr Leben erkennen und die Rolle, die sie im sozialen Gefüge spielen können, sollen und wollen.

Die Beratung zu Möglichkeiten der schulischen und beruflichen Ausbildung steht ebenfalls im Mittelpunkt. Dabei werden sämtliche Alternativen beurteilt, die vom Wiedereinstieg sofort nach Ablauf des Mutterschutzes bis hin zum Wahrnehmen der dreijährigen Elternzeit und einer anschließenden Ausbildung reichen. Wie und ob es die Jugendlichen nach den Erfahrungen der Befragten tatsächlich schaffen, wird an späterer Stelle eingehender beleuchtet. An dieser Stelle soll lediglich festgehalten werden, dass die Beratung über Ausbildungsalternativen vor dem Hintergrund einer Elternschaft zum festen Bestandteil jeder Beratung Minderjähriger gehört.

Das Thema der existenziellen Grundsicherung hingegen rückt in den Interviews ein wenig in den Hintergrund, obwohl es eines der Hauptanliegen der Jugendlichen ist. Hier kann nur vermutet werden, dass insbesondere die Beratungsstellen den Schwerpunkt auf die schwangere Jugendliche selbst und deren Unterstützungspotential gelegt haben, die finanziellen Leistungen und sozialrechtlichen Ansprüche aber alle im Hilfeangebot verankert sind.

Weitere Beratungsschwerpunkte bilden in Anlehnung an die veränderte Situation der Minderjährigen die Ausgestaltung und Neuorganisation des Alltags, bei dem Fragen der Kinderbetreuung, der Kindererziehung und auch alternative Wohn- und Betreuungsmöglichkeiten für Mutter und Kind eine besondere Rolle spielen. Ebenso stellen Fragen zu den Vorstellungen der Zukunftsgestaltung, Fragen zu rechtlichen Regelungen, darunter auch die Möglichkeit einer Adoption, sowie eine allgemeine Aufklärung über (sonstige) Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten einen weiteren Teil der Beratungsgespräche dar. Zusätzlich thematisieren neun Befragte in Berlin und sechs Befragte in Brandenburg die aktuelle psychosoziale Situation der Betroffenen und wie sich diese auf die Mutter-Kind-Beziehung auswirkt.

*„Schwerpunkt ist die Mutter-Kind-Beziehung – wie stehen Mutter und Kind zueinander? Was empfinde ich, was fühle ich? –, weil sich alles andere dann darauf auch aufbaut.“ (1-11 Jugendamt, Brandenburg)*

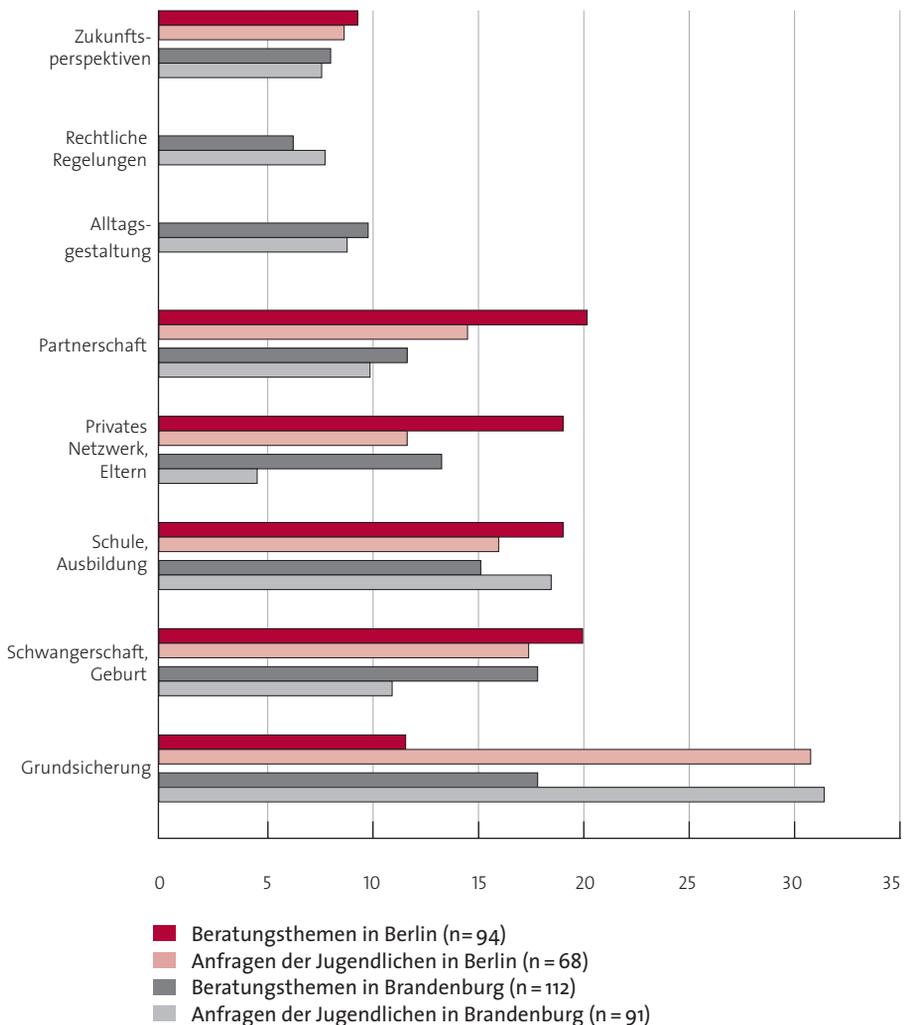
Je zwei Beratungsstellen und Vereine sowie ein Gynäkologe in Berlin und je zwei Beraterinnen und Hebammen in Brandenburg greifen zudem ein ganz wesentliches Thema auf:

*„Was wir auch natürlich noch mal ansprechen, aber das entscheide ich nachher in der Beratung sehr individuell, ist das Thema Verhütung nach der Schwangerschaft.“ (8-12 Beratungsstelle, Berlin)*

## ERWARTUNGEN UND ANLIEGEN DER MINDERJÄHRIGEN UNTERSCHIEDEN SICH VON DENEN DER BERATENDEN

Ein Vergleich der Anliegen der Jugendlichen und der Themenangebote der Beraterinnen und Berater zeigt noch einmal deutlich, dass die Motivation der Jugendlichen, die Beratungsangebote wahrzunehmen, primär auf der Aussicht auf finanzielle Zuwendungen gründet, während das Hauptanliegen der Fachkräfte darin liegt, insbesondere die Themen Schwangerschaft und Geburt, Verhältnis zu den Eltern, Ausbildung und Partnerschaft aufzugreifen und zu besprechen (Abbildung 21).

ABBILDUNG 21: RELATION ZWISCHEN THEMENANGEBOTEN DER BERATER/-INNEN UND ANFRAGEN DER HILFESUCHENDEN (ANGABEN IN %)



Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

Im Umgang mit den unterschiedlichen Erwartungen und Zielstellungen der Beteiligten liegt die besondere Herausforderung der Beratungssituation. Professionelle Beratung respektiert die Beratungsanliegen der Klientel und unterbreitet zugleich darüber hinausgehende Angebote z. B. durch sachkundige Informationen, die den Handlungs- und Entscheidungsrahmen der minderjährigen Schwangeren und Mütter erweitern.

### 3.4 THEMA VERHÜTUNG IN DER BERATUNG

Schwangerschaften Minderjähriger sind nach der Meinung von Beraterinnen und Beratern in der Regel ungeplant und zumeist auch ungewollt. Eine aktuelle Befragung junger Mädchen im Rahmen eines pro-familia-Forschungsprojekts<sup>117</sup> bestätigte dies eindrucksvoll. Auch bei den befragten Mädchen, die die Schwangerschaft austragen, waren 88% der Schwangerschaften ungewollt. Damit stellt sich zugleich die Frage nach dem Verhütungswissen und -verhalten von Jugendlichen. Beides ist in einschlägigen Studien der BZgA gut untersucht und dokumentiert worden.<sup>118</sup> Die pro-familia-Studie arbeitet heraus, dass zwar viele Mädchen angeben, unter Kontrazeption schwanger geworden zu sein (gut 60% der Befragten), sich aber offensichtlich große Unterschiede im Verhütungsverhalten von Mädchen unterschiedlichen Bildungsgrades und unterschiedlicher sozialer Gruppen finden lassen. Offensichtlich handelt es sich häufig um Anwendungsfehler bei Pille und Kondom.<sup>119</sup> Dies zeigt die Notwendigkeit von verbesserter Information und lenkt den Blick auf wesentliche Arbeitsfelder der befragten Expertinnen und Experten, insbesondere der Beratungsstellen.

Das Thema Verhütung wird durch die Mehrheit der befragten Einrichtungen und Personen in ihrer Tätigkeit angesprochen (74% der in Berlin und 81% der in Brandenburg relevanten Einrichtungen<sup>120</sup>). Besonders häufig geschieht dies in Beratungsstellen (15 von 17 in Berlin und alle 21 in Brandenburg) und bei allen befragten Gynäkologinnen und Gynäkologen in Berlin sowie Brandenburg. In Brandenburg bieten aber auch fünf von sechs Ausbildungsstätten Verhütungsberatung sowie drei von vier Hebammen.

Je nach Art und Aufgabe der Beratung steht das Verhütungsthema mehr oder weniger stark im Vordergrund. Mehrheitlich geschieht das in Gruppenveranstaltungen. Die Beratungsstellen benennen vor allem den Schulunterricht und die Konfliktberatung. Zum Teil wird auf speziellere Angebote zum Thema verwiesen wie z. B. Beratungsstellen oder Gynäkologinnen und Gynäkologen. Viele Beraterinnen und

**117** pro familia (2006), S. 25

**118** BZgA (2001) und (2006)

**119** pro familia (2006), S. 26

**120** Da diese Fragestellungen in den Agenturen für Arbeit keine Rolle spielen, wurden sie in die Auswertung in diesem Abschnitt nicht einbezogen. Die Bezugsgröße reduziert sich von n=50 auf n=46 in Berlin und von n=50 auf n=47 in Brandenburg.

Berater sind der Meinung, dass eine Verhütungsberatung insbesondere in einer Pflichtberatung zum Schwangerschaftsabbruch nach § 219 StGB immer dazugehöre und auch in der Beratung schwangerer Frauen, die sich für das Austragen entschieden haben, unverzichtbar sei, und bieten diese schwerpunktmäßig auch an. Andere Beraterinnen und Berater hingegen sehen das differenzierter. Sie machen es von der konkreten Situation und dem Beratungswunsch der jugendlichen Klientel abhängig, ob und wie vertiefend über Verhütungsfragen beraten wird. Mitarbeiterinnen von Mutter-Kind-Einrichtungen und Ausbildungsstätten kooperieren in dieser Frage mit Beratungsstellen und Gynäkologinnen bzw. Gynäkologen.

Gynäkologinnen und Gynäkologen sprechen dieses Thema mit großer Selbstverständlichkeit an.

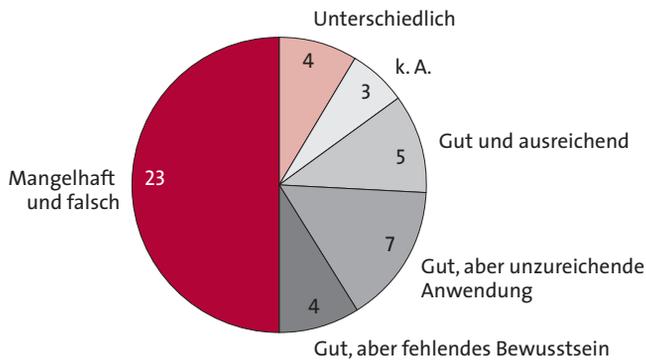
*„Ja klar, ich sage jungen Frauen, wenn sie erst mal hierherkommen, dass sie unbedingt frühzeitig, bevor sie in eventuellen heterosexuellen Kontakt eintreten, sich melden sollen. Und ich wäre natürlich in erster Linie für Kondome, weil die relativ leicht zu erreichen sind, auch für junge Männer zu erreichen sind und vor Schwangerschaften und Infektionen schützen. Ich versuche auf die Pille danach aufmerksam zu machen, wo sehr wenig Informationen existieren, trotz der hervorragenden Arbeit der Bundeszentrale auf diesem Gebiet. Ich versuche ihnen Aufklärungsbroschüren mitzugeben.“ (2-01 Gynäkologe, Berlin)*

Die Verhütungsberatung wird sowohl in die normale Sprechstunde integriert als auch in besonderen Settings wie der Verhütungssprechstunde oder der Teenagersprechstunde angeboten. Es besteht auch die Bereitschaft, zu Informationsveranstaltungen in Schulen zu gehen. Dies wird aber nicht viel genutzt, denn Schulen selbst und andere Ausbildungsträger arbeiten mehr mit Schwangerschaftsberatungsstellen zusammen. Immer wieder betonen Beraterinnen und Berater in diesem Zusammenhang, dass das Angebot zur Verhütungsberatung von den Jugendlichen nicht so genutzt wird wie erhofft.

## **DAS VERHÜTUNGSWISSEN DER JUGENDLICHEN IST ÜBERWIEGEND MANGELHAFT**

Nur fünf von 43 Befragten in Berlin (12%) bzw. zehn von 42 in Brandenburg (24%) schätzen die Jugendlichen als gut und ausreichend informiert ein. Die größten Defizite liegen im mangelnden Verhütungswissen und in der falschen Anwendung (Abbildung 22 und 23).

ABBILDUNG 22: VERHÜTUNGSWISSEN DER JUGENDLICHEN (BERLIN)



Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

ABBILDUNG 23: VERHÜTUNGSWISSEN DER JUGENDLICHEN (BRANDENBURG)



Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

Vor allem Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Beratungsstellen und Ausbildungseinrichtungen beurteilen das Verhütungswissen der Jugendlichen als unzureichend. Immer wieder werden Faktoren genannt wie Unkenntnis über Zyklus und Methoden, fehlende Detailkenntnis, Unsicherheiten im Anwendungsverhalten, Oberflächlichkeit, Gleichgültigkeit, Kommunikationsdefizite etc. Die Einschätzungen der Befragten verdeutlichen zugleich den unterschiedlichen Aufklärungs- und Beratungsbedarf. Im Folgenden werden die Antwortkategorien anhand beispielhafter Zitate erläutert. Die Zitate veranschaulichen das unterschiedliche Verhütungswissen und geben Hinweise für die künftige Aufklärungsarbeit.

**MANGELHAFTES UND FALSCHES WISSEN**

*„Immer wieder große Lücken, muss ich sagen. Also nicht zu wissen, wenn die Regel nicht kommt, dass das ein Hinweis darauf sein könnte auf die Schwangerschaft, also da staunt man manchmal. Und manche sagen eben auch, ja ich habe nicht gedacht, dass jetzt so beim ersten und zweiten Mal was passiert, also so.“ (7-02 Mutter-Kind-Einrichtung, Brandenburg)*

**GUTES WISSEN, ABER FEHLER BEI DER ANWENDUNG**

*„Kopfmäßig relativ gut, weil die Schulen doch informieren. Ich finde schon, dass die wissen, was es gibt, wie man es kriegt, so ungefähr das schon. Aber dann die Handhabung, Umsetzung, also wenn ich dann Sex lebe und wie ich dann Verhütung in die Beziehung einbeziehe, die neu ist, die frisch ist, wo man unerfahren ist, also, wie man das dann anwendet und umsetzt, das ist schwierig.“ (2-07 Beratungsstelle, Berlin)*

**GUTES WISSEN, ABER KEIN BEWUSSTSEIN FÜR DIE ANWENDUNG**

*„Also, das Wissen ist so, dass sie sehr viel wissen. Nur das Problem ist, dass sie dieses Wissen nicht in Verbindung mit sich bringen können. Also, ich kann natürlich ganz viel wissen von Verhütung, aber trotzdem hat das nichts mit mir zu tun. Und das ist ja nicht nur ein Dilemma der Mädchen, die wir haben, das ist ein allgemeines Dilemma [...]. Sie können Verhütung einfach nicht mit ihrer Sexualität verbinden, so dass sie sich bewusst sind: was bin ich, was will ich und was brauche ich?“ (4-14 Bildungseinrichtung, Berlin)*

**WISSEN IST UNTERSCHIEDLICH**

*„Sehr unterschiedlich, manche sind durch das im Internet sehr gut informiert über Verhütung und manche kennen sich nicht besonders aus. Also, die haben schon mal was von einer Pille gehört, aber wie sie damit umgehen sollen und was alles dazugehört, ist dann doch eher unbekannt.“ (8-03 Gynäkologe, Brandenburg)*

Die größten Probleme werden in allgemeinen Defiziten (14 von 35 Nennungen in Berlin bzw. 13 von 40 in Brandenburg) und in der falschen Anwendung der Pille

(sieben von 35 Nennungen bzw. 15 von 40) gesehen und vielschichtig beschrieben. So werden vor allem genannt: Einnahmeverhalten bei Durchfall oder Erbrechen, Wechselwirkung mit anderen Medikamenten, Drogen oder Alkohol, Verhaltensweisen bei vergessener oder zu später Pilleneinnahme, Einnahmeanforderungen insbesondere bei der Minipille, Wissen über Zusammenhänge von Körper und Zyklus, Illusionen und Mythen zur Wirkung der Pille. Hier sollten demzufolge die entscheidenden Schwerpunkte für eine wirksame sexualpädagogische Arbeit gesetzt werden.<sup>121</sup>

## JUGENDLICHE VERHÜTEN MIT PILLE, KONDOM ODER GAR NICHT

Auf die Frage nach den Verhütungsmethoden, die Jugendliche nutzen, lautet die häufigste Antwort der Expertinnen und Experten: Pille, Kondom und Nichts (Tabelle 17). Bei 84 Nennungen zur tatsächlichen Verwendung verschiedener Verhütungsmethoden dominiert in Berlin mit 49% die Pille, das Kondom geben 26% an und dass gar nicht verhütet wird, meinen immerhin 13% der Befragten. Zu verzeichnen ist ebenfalls eine relativ häufige Vermutung in Bezug auf Verhütung mit Depotpräparaten (10%). Dies wird zumeist begründet mit der Unfähigkeit der jungen Frauen, andere Methoden sicher anzuwenden.

In Brandenburg dominiert bei insgesamt 74 Nennungen zur tatsächlichen Verwendung verschiedener Verhütungsmethoden ebenfalls die Pille mit 49%, gefolgt vom Kondom mit 35%. Dass gar nicht verhütet wird, wird in 9% der Nennungen vermutet.

Selten ist in Berlin (eine Nennung) wie auch in Brandenburg (zwei Nennungen) die Annahme, dass mit dem Coitus interruptus verhütet wird. Anders als in Berlin wird auch das Verhüten mit Depotpräparaten mit drei von 74 Nennungen selten vermutet. Keine Expertin bzw. kein Experte in Brandenburg, aber eine Expertin in Berlin nennt die Pille danach als mögliche, durch die Jugendlichen genutzte Verhütungsalternative.

Ein Vergleich mit der Repräsentativbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zu Jugendsexualität<sup>122</sup> zeigt, dass auch bundesweit Kondome und die Pille als bevorzugte Verhütungsmethoden benannt werden, wenngleich in dieser Befragung zumindest beim ersten und zweiten Geschlechtsverkehr die Jugendlichen bevorzugt das Kondom benennen. Auch bei den Erfahrungen mit verschiedenen Verhütungsmitteln dominiert bei den befragten Mädchen wie Jungen das Kondom vor der Pille. Nach der BZgA-Studie zur Jugendsexualität verhält sich die Mehrheit der Jugendlichen sehr verantwortungsbewusst die Verhütung betreffend. Die Expertinnen und Experten sehen dies in Bezug auf ihre Klientel offenbar kritischer.

<sup>121</sup> BUSCH, FRANZ (2004), S. 15

<sup>122</sup> BZGA (2006), S. 102 ff.

TABELLE 17: VERWENDETE VERHÜTUNGSMITTEL

	BS	JA	MKE	BE	AA	Gyn	Heb	Ver	Ges
Kondom	11	4	1	1	-	1	2	2	22
	18	1	1	4	-	2	-	-	26
Pille	17	5	4	5	-	4	3	3	41
	19	2	2	5	-	5	3	-	36
Pille danach	-	-	-	-	-	-	1	-	1
	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Depot	2	-	2	1	-	2	1	-	8
	-	-	1	1	-	1	-	-	3
Coitus interruptus	1	-	-	-	-	-	-	-	1
	2	-	-	-	-	-	-	-	2
Nichts	4	1	1	1	-	2	-	2	11
	6	-	-	1	-	-	-	-	7
k. A.	-	-	-	1	-	-	2	-	3
	-	5	-	-	-	-	1	-	6

12 Berlin n = 84    12 Brandenburg n = 74

BS = Beratungsstelle, JA = Jugendamt, MKE = Mutter-Kind-Einrichtung, BE = Bildungseinrichtung, AA = Agentur für Arbeit, Gyn = Gynäkologe/-in, Heb = Hebamme, Ver = Vereine, Ges = Gesamtzahl

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

## PILLE UND KONDOME WERDEN AM HÄUFIGSTEN EMPFOHLEN

Die Expertinnen und Experten wurden auch danach gefragt, welche Verhütungsmethoden sie den Jugendlichen empfehlen. In Berlin sind vor allem Kondome (22% von 64 Nennungen), Pille (20%) und Pille und Kondom in Kombination (8%). Immerhin 13% empfehlen Depotpräparate. Genauso viele verweisen in der Frage an andere, wie z. B. Gynäkologinnen und Gynäkologen oder Beratungsstellen, 8% geben keine Empfehlungen, z. T. weil die jungen Mädchen in die Beratung mit anderen, dringenderen Fragen kommen, z. T. weil der Schwerpunkt auf Information gelegt wird und die Jugendlichen selbst herausfinden sollen, welche Verhütung für sie geeignet ist. Ihre Empfehlung machen 9% von den individuellen Ressourcen der Jugendlichen abhängig (was passt zu den Jugendlichen, ihrem Alltag, ihrer gelebten Sexualität). Unter 2% benennen die Pille danach als empfohlenes Verhütungsmittel (Tabelle 18).<sup>123</sup>

TABELLE 18: EMPFOHLENE VERHÜTUNGSMITTEL

	BS	JA	MKE	BE	AA	Gyn	Heb	Ver	Ges
Kondom	7	1	-	1	-	2	1	2	14
	6	1	-	1	-	1	-	-	9
Pille	6	1	-	-	-	2	3	1	13
	8	-	1	2	-	5	1	-	17
Kondom und Pille	-	1	-	4	-	-	-	-	5
	2	-	-	1	-	-	-	-	3
Depot	4	-	2	-	-	1	1	-	8
	3	-	2	2	-	1	1	-	9
Spirale	-	-	2	-	-	1	1	-	4
	1	-	1	-	-	-	1	-	3
Pille danach	-	-	-	-	-	1	-	-	1
	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Individuelle Ressourcen	4	-	1	-	-	-	-	1	6
	2	-	-	-	-	-	-	-	2
Keine Empfehlung	1	1	1	-	-	-	1	1	5
	1	1	-	-	-	-	1	-	3
Verweis an andere Experten	2	4	-	1	-	-	1	-	8
	6	3	1	2	-	-	1	-	13
k. A.	1	-	-	-	-	-	1	-	2
	-	3	-	-	-	-	-	-	3

12 Berlin n = 64    12 Brandenburg n = 57

BS = Beratungsstelle, JA = Jugendamt, MKE = Mutter-Kind-Einrichtung, BE = Bildungseinrichtung, AA = Agentur für Arbeit, Gyn = Gynäkologe/-in, Heb = Hebamme, Ver = Vereine, Ges = Gesamtzahl

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

**123** Dieser geringe Anteil und möglicherweise auch andere Antwortanteile erklären sich daraus, dass in der individuellen Gesprächs- und Gedankenführung nicht alle Aspekte bedacht werden können. Bei einer direkten Befragung der Relevanz hätte sich mit Sicherheit ein anderes Bild ergeben. Viele Antworten sind zudem dadurch gekennzeichnet, dass sie sich nicht auf die Einzelberatung schwangerer Teenager beziehen, sondern auf die sexualpädagogische Arbeit mit Gruppen.

Die Antworten der Experten und Expertinnen in Brandenburg unterscheiden sich von den Berliner Antworten. Anders als in Berlin empfehlen die Befragten in Brandenburg in erster Linie die Pille (30% der Nennungen), dann das Kondom (16%) und immerhin zu einem größerem Anteil auch Depotpräparate (12%). Sehr viele Befragte (23%) äußern, dass sie in der Verhütungsfrage an andere Expertinnen und Experten verweisen (hier werden fast ausnahmslos die Gynäkologinnen und Gynäkologen genannt). Nur sehr wenige Nennungen beziehen sich auf Pille und Kondom in Kombination und darauf, keine Empfehlungen zu geben (je 5%) sowie Empfehlungen von den individuellen Ressourcen der Jugendlichen abhängig zu machen (4%). Gar nicht genannt wird die Pille danach<sup>124</sup> (Tabelle 18).

Depotpräparate wie die Drei-Monats-Spritze, Hormonpflaster oder Implanon™, aber auch das Intrauterinpeessar (Spirale) werden von Mitarbeiterinnen in Mutter-Kind-Einrichtungen empfohlen, weil sie sicherer sind, insbesondere wenn junge Frauen dazu neigen, die Pille zu vergessen.

Die nachfolgenden Zitate sollen exemplarisch die Sichtweisen der Expertinnen und Experten aus den einzelnen Arbeitsfeldern illustrieren.

#### ZITAT MEINUNGEN ZU VERHÜTUNGSMITTELN

*„Generell empfehle ich immer, das Kondom zu benutzen, so lange, wie noch keine stabile Partnerschaft da ist. Und wenn sie dann noch zusätzlich eine Verhütungsmethode haben wollen, das wollen die meisten, dann empfehle ich die Mikropille oder wenn ich merke, das wird wahrscheinlich nicht klappen, dann empfehle ich die Drei-Monats-Spritze.“* (8-07 Gynäkologe, Brandenburg)

*„Ich würde dann immer auf den Gynäkologen verweisen, weil rein auch von der Medikation und von der Verträglichkeit, das muss ja der Gynäkologe entscheiden.“* (4-06 Bildungseinrichtung, Brandenburg)

*„Ja ich würde schon den meisten die Drei-Monats-Spritze empfehlen. Oder auch die Spirale, wenn sie sich damit anfreunden können [...]. Die Fitten kriegen es mit der Pille hin, aber das ist bei uns eher die Minderheit und wir versuchen sie zu überzeugen, dass es doch Sinn macht. Man muss es ja nicht sein Leben lang machen, aber wenigstens auch so eine Phase [...]. Und dann bleibt eigentlich dies die einzige Methode, wo man so einen Zeitraum sicherstellen kann, dass sie nicht schwanger werden.“* (3-01 Mutter-Kind-Einrichtung, Berlin)

<sup>124</sup> Siehe Fußnote 123

*„Prinzipiell Kondome und ein Mädel sollte doppelt nehmen, die Pille noch dazu.“ (1-05 Bildungseinrichtung, Brandenburg)*

*„Also, eine Empfehlung spreche ich in der Regel nicht aus. Also, mir ist es wichtig zu klären, was die Vor- und Nachteile sind, weil ich kann nicht jemandem etwas empfehlen und derjenige kann nicht damit umgehen. Oder ich sag dann, na ja das Empfehlenswerteste ist so, und so und dann kommt die Jugendliche irgendwann an: ‚Und Sie haben mir doch gesagt und ich bin schwanger geworden.‘ Also mir ist es wichtig, ganz faktisch zu sagen, das ist das Gute dran und das ist das Schlechte [...] und dann kann man mit der Jugendlichen drüber nachdenken, was für sie das Günstigste ist, aber raten tue ich nicht.“ (2-06 Beratungsstelle, Berlin)*

## **SEXUALAUFLÄRUNG SOLLTE ALTERS- UND GESCHLECHTSSPEZIFISCH ERFOLGEN**

Es wird eine Vielzahl von Möglichkeiten der Sexualaufklärung Jugendlicher genannt. Große Bedeutung wird dabei den Schulen (33 % der 88 Nennungen in Berlin resp. 29 % von 69 in Brandenburg), dem Elternhaus (14 % resp. 11 %), den Gynäkologen und Gynäkologinnen (11 % resp. 9 %) und Jugendfreizeiteinrichtungen (7 % in Berlin) sowie Medien (7 % resp. 11 %) beigemessen. Einen besonderen Stellenwert haben die Beratungsstellen (16 % resp. 12 %), die ihre sexualpädagogischen Angebote z. T. in die Arbeit anderer Träger integrieren (Jugendfreizeiteinrichtungen, Schulen, Kindertagesstätten etc.) oder die ihre Beratungseinrichtung für externe Gruppen öffnen. In der Regel heben die Expertinnen und Experten keine der genannten Möglichkeiten als besonders bedeutsam hervor, sondern betonen Sinn und Notwendigkeit vielfältiger Angebote.

Methodisch wird vor allem hervorgehoben, dass die Aufklärungsarbeit rechtzeitig (schon in der Kindertagesstätte) und altersspezifisch, wiederholt (nicht nur Einmalveranstaltungen), geschlechtsspezifisch getrennt, zielgruppenspezifisch, ganzheitlich sowie lebensweltorientiert erfolgen sollte. Über den rechtzeitigen Zeitpunkt gibt es in Brandenburg unterschiedliche Vorstellungen. Teilweise wird die Kindertagesstätte benannt, etwas öfter die dritte Klasse, meist die fünfte/sechste Klasse und im Ausnahmefall die zehnte/elfte Klasse.

Bei der Sexualaufklärung geht es sowohl um theoretisches Wissen als auch um die emotionale Komponente und spielerische oder auch innovative Herangehensweisen, wie die folgenden Zitate verdeutlichen:

*„Ich halte es für erforderlich, dass es ein Rahmen ist, wo die Aufklärung erfolgt, wo eben auch die gefühlsmäßige Seite, die emotionale Seite mit angesprochen wird von den jungen Leuten, weil ich sonst den Eindruck habe, dass dieses theoretische Wissen allein nicht ausreicht, so dass sie für sich konkrete Erfahrungen draus ziehen und es umsetzen.“ (2-04 Jugendamt, Berlin)*

*„Wahrscheinlich müsste man bei Jugendlichen teilweise so Projekte auch starten: Wie sieht denn so eine WG, so ein betreutes Wohnen aus, wo junge Mütter mit Kindern drin sind? Also dass man einfach mal so ein bisschen Vor- und Nachteile von solchen Sachen den Jugendlichen mal so richtig offensichtlich auch mal zeigt.“ (4-09 Agentur für Arbeit, Berlin)*

*„Ich denke, dass die Aufklärung einen ganz anderen Charakter braucht. [...], da sind völlig neue Konzepte gefragt, die auch nicht diesen lehrenden Charakter haben, sondern schon übergehen in Richtung Workshops und einfach offene Runden [...]. Es müssen einfach neue Sachen ran. Die Jugendlichen sind völlig offen für dieses Thema. Nur wenn ich diese alten Konzepte anbiete, wie man es in den meisten Schulen noch macht, ist es einfach eine Aufforderung zum Lachen.“ (1-13 Beratungsstelle, Brandenburg)*

Viele Expertinnen und Experten fordern darüber hinaus immer wieder eine inhaltliche Erweiterung der Präventionsarbeit, die nicht auf das Verhütungsthema reduziert werden, sondern Lebens- und Familienplanungsfragen einbeziehen soll:

*„Also ich finde, dass für Jugendliche sexualpädagogische Veranstaltungen angeboten werden müssen, wo es drum geht: Wie kann ich ungewollte Schwangerschaften vermeiden und wie möchte ich mein Leben planen, wie habe ich das vor, was sind meine Wünsche, was sind meine Erwartungen und wie kann ich diese Wünsche und Erwartungen erreichen?“ (2-12 Beratungsstelle, Berlin)*

Eine besondere Facette unter den methodischen Aspekten ist die zielgruppenspezifische Arbeit. Auch wenn dieser Ansatz von den Befragten in Brandenburg seltener genannt wird als in Berlin, gleichen sich die Argumente. Sie beziehen sich auf die stärkere Einbeziehung von männlichen Jugendlichen und bessere Angebote für Jugendliche mit geringem Bildungsabschluss oder mit eingeschränkten Lernmöglichkeiten:

*„Das ist das nächste Problem. Das dürfen wir nicht vergessen, [...] mit dem Lesen hapert es. Also, da sind dann auch die schicken Broschüren eine Herausforderung.“ (8-11 Hebamme, Berlin)*

*„Und mein Thema ist schon seit vielen Jahren: Wir achten zu wenig auf die Jungen. Das Mädchen wird mit dem Jungen schwanger [...] es ist ein fataler Fehler, die Jungen da rauszulassen. Also auch mit jungen Jungen relativ früh über mögliche Vaterschaft, über mögliche sexuelle Erlebnisse reden.“ (2-07 Beratungsstelle, Berlin)*

In Berlin wird auch auf die Notwendigkeit einer besonderen Arbeit mit Jugendlichen mit Migrationshintergrund hingewiesen:

*„Weil wir selber wissen, wir leben in Berlin, wir sind multikulturell und dieses Verhütungsthema ist für die verschiedenen Religionen natürlich was anderes. Es gibt bestimmte Gruppen, für die dieses Thema ein Tabu-Thema ist.“ (6-04 Hebamme, Berlin)*

Einige Beraterinnen und Berater in Brandenburg verweisen darauf, dass die Aufklärungsarbeit vor allem praktisch orientiert sein und den Jugendlichen aufzeigen müsse, was es bedeute, ein Kind zu haben. In diesem Kontext werden nicht selten die Babysimulatoren genannt.<sup>125</sup> Allerdings wird vor einer Überschätzung der sexualpädagogischen Arbeit mit dem Argument gewarnt, dass Teenager-Schwangerschaften immer vorkommen werden und sie in Brandenburg außerdem nicht ansteigen würden.

Andere Expertinnen und Experten fordern ein flächendeckendes sexualpädagogisches Angebot, mehr Möglichkeiten für Beratungsstellen und mehr Angebote in den Schulen. Bei aller Betonung der Bedeutung der Schule werden auch die Grenzen von Aufklärung durch Lehrer problematisiert.

*„Ich finde es eigentlich gut, das in den schulischen Alltag einzubinden, finde es aber eigentlich nicht so toll, wenn es unbedingt die Lehrer machen. Nicht, dass die das jetzt so schlecht machen [...] Lehrer sind nachher wieder präsent im Unterricht [...]. Ich bin eine fremde Person, gehe rein, bin wieder fort – da trauen die sich viel mehr zu fragen und es ist entspannter irgendwie.“ (1-13 Mutter-Kind-Einrichtung, Brandenburg)*

Immer wieder wird deutlich, dass die Ressourcen für eine derartige sexualpädagogische Arbeit vor allem quantitativ, aber auch z. T. in ihrer inhaltlichen Ausgestaltung und Schwerpunktsetzung nicht ausreichend sind. Exemplarisch dafür steht die Aussage eines Berliner Gynäkologen:

*„Ich bin ein großer Fan von externen Beratungen bei Jugendlichen, die natürlich gegenüber ihren Eltern und den Lehrern sicherlich befangen*

<sup>125</sup> Dabei handelt es sich um ein ursprünglich aus den USA kommendes Präventionsprogramm: Baby think it over!

*sind, was Sexualität und Gespräche und geheime Fragen angeht. [...] diese Modelle ‚Familienplanungszentrum‘, sozialmedizinische Dienste, pro familia usw., diese Modelle müssten meines Erachtens massiv ausgebaut werden, das ist sehr billig und hat viele positive Effekte.“ (2-01 Gynäkologe, Berlin)*

Beraterinnen und Berater beklagen, für dieses Feld präventiver Arbeit zu wenig Zeit zu haben bzw. wünschen sich die Finanzierung spezialisierter Fachkräfte.

*„Ja, ich würde noch unbedingt die Aufklärungsarbeit nennen, Schule, vielleicht auch wirklich so über Beratungsstellen. Wobei hier bin ich eine Einzelperson in der Beratungsstelle, arbeite hier in X und Y, habe also zwei Stellen zu versorgen und habe daher keinen Freiraum, um jetzt so wirklich Aufklärungsarbeit zu leisten und in Schulen zu gehen. Das ist absolut unmöglich.“ (7-11 Beratungsstelle, Brandenburg)*

# 4 **BEDARF AN BERATUNGS- UND BETREUUNGS- ANGEBOTEN SOWIE DEREN VERNETZUNG**

*„Es gibt genügend Angebote, wenn sich die Mädchen zum Austragen einer Schwangerschaft entscheiden.“ (3-05 Beratungsstelle, Berlin)*

Die Hilfe- und Unterstützungsangebote für minderjährige Schwangere und Mütter sind breit gestreut und vielseitig. Sie reichen von einer allgemeinen Sozialberatung über die Beratung zu schulischen und beruflichen Ausbildungsmöglichkeiten bis hin zu speziellen Wohn- und Betreuungsangeboten. Auch die medizinische Betreuung findet heutzutage angepasst an die besondere Situation der Patientinnen statt. Dennoch erreichen manche Angebote die Jugendlichen nicht oder nur schwer.

## 4.1 **URSACHEN FÜR DIE NICHTWAHRNEHMUNG VON BERATUNGS- UND BETREUUNGSANGEBOTEN**

In Kapitel 2.4 konnte gezeigt werden, dass es immer wieder Fälle von Schwangerschaften von Minderjährigen gibt, die erst kurz vor der Entbindung bekannt wurden und wo demzufolge bis zu diesem Zeitpunkt keinerlei externen Hilfen greifen konnten. Vor dem Hintergrund, dass die Inanspruchnahme der Beratungs- und Betreuungsangebote freiwillig ist, sind Angst, hohe Hemmschwellen oder mangelnde Motivation der Betroffenen wichtige Gründe, weshalb Angebote nicht genutzt werden. Letztgenanntes bestätigen Befragte in Berlin wie Brandenburg:

*„Da hatten wir mal so eine Gruppe minderjährige Schwangere, aber es mangelt dann immer an Teilnehmerinnen oder dass sie eben doch nicht richtig kommen wollen.“ (6-07 Beratungsstelle, Berlin)*

*„Sie gehen nicht zu Geburtsvorbereitungskursen, obwohl wir es immer sehr empfehlen, aber genau so was wollen sie nicht wahrnehmen.“ (7-01 Mutter-Kind-Einrichtung, Brandenburg)*

Als Grund für die Nichtinanspruchnahme von Hilfen wird genannt, dass sich eine schwangere Minderjährige in einer Gruppe volljähriger, nicht selten über 30-jähriger Schwangerer eher alleingelassen und als Außenseiterin fühlt.

Viele dieser Angebote setzen eine hohe Anforderung an Eigeninitiative bzw. Beständigkeit der Jugendlichen voraus, der sie nicht immer nachkommen können. Denn wie es eine Hebamme bzw. ein Gynäkologe treffend formulieren:

*„Teenager sind noch sehr individuell und sehr spontan.“ (8-11 Hebamme, Berlin)*

*„Und dann haben sie nicht ausgeschlafen oder haben gerade so viel zu tun gehabt. Also Ausreden, warum sie die Untersuchungstermine nicht wahrnehmen.“ (8-07 Gynäkologe, Brandenburg)*

Nicht nur mangelnde Einsicht, auch die Unwissenheit über die bestehenden Angebote führten dazu, dass nicht alle Betroffenen erreicht werden können, wie eine Mitarbeiterin eines Vereins bestätigt:

*„Viele wissen gar nicht, dass ihnen auch eine Hebamme zusteht sozusagen zur Begleitung, das wissen viele gar nicht und solche Dinge.“ (5-10 Verein, Berlin)*

Andere wiederum sehen ihren Hilfebedarf ausreichend und umfassend innerhalb der Familie abgedeckt.

Auch werden die Angebote nicht immer von der ganzen Zielgruppe als geeignet oder notwendig wahrgenommen. Gerade schlecht oder schwach strukturierte Elternhäuser oder Multiproblemfamilien nutzen externe Hilfestellungen kaum oder lehnen sie ab.

*„Die finden sich dort nicht so wieder und man kann aber auch nicht herausfinden, wie man es verändern könnte. Man geht auf sie zu und versucht sie auch einzeln zu erreichen, und dann ist es aber doch, dass sie rausgehen und wieder ihr eigenes Ding machen wollen.“ (3-08 Jugendamt, Berlin)*

*„Es gibt auch von der Sozialpädagogik her wenig Menschen, die in der Lage sind, diese Leute zu erreichen, ihre Sprache zu sprechen und sich auf eine Stufe zu stellen. Es endet letzten Endes immer wieder in Belehrung, Beratung und das lehnen die häufig ab und sagen, du kannst mich mal, und kommen nicht. Die gehen einfach nicht irgendwohin.“ (5-03 Beratungsstelle, Brandenburg)*

Dass die Annahme von Hilfestellungen wesentlich von den Eltern der Minderjährigen abhängt, bestätigt auch eine Hebamme:

*„Wenn die Mütter das akzeptieren, dann werden die Töchter das annehmen. Wenn die Mütter aber sagen, das brauchst du nicht, das kriegen wir alleine hin, da wird nichts passieren.“ (5-01 Hebamme, Brandenburg)*

## 4.2 NOTWENDIGE HILFEMASSNAHMEN UND VERBESSERUNGSVORSCHLÄGE

Trotz bestehender Hinderungsgründe erachten es die Expertinnen und Experten für wichtig und sinnvoll, minderjährigen Schwangeren und Müttern spezielle Hilfeangebote zur Verfügung zu stellen. Das soziale Netz der Herkunftsfamilie aufzubauen oder das bestehende zu aktivieren, bildet dabei nach wie vor die Grundlage einer positiven Bewältigung der neuen Lebenssituation. Weisen hier die vorhandenen familialen und sozialen Netzwerke Defizite auf oder kann der Bedarf nicht ausreichend gedeckt werden, treten Unterstützungsangebote außerhalb der Familie ausgleichend bzw. ergänzend in Kraft. Sie können ebenso durch finanzielle, soziale und emotionale Unterstützung eine Stabilisierung der Lebenssituation der jungen Mutter, verbunden mit besseren Zukunftsperspektiven, bewirken. Die Expertinnen und Experten waren deshalb aufgefordert, aus ihrer meist langjährigen Berufserfahrung die Hilfeangebote aufzuzählen, die die Beratung und Betreuung von minderjährigen Schwangeren und Müttern einerseits optimieren und den Jugendlichen andererseits positive Impulse für eine erfolgreiche Lebensbewältigung geben (Tabelle 19).

TABELLE 19: NOTWENDIGE HILFEMASSNAHMEN

		Maßnahmen	BE	JH	Ausb	Med	Ver	Ges
Spezielle Beratungsangebote	Erziehungsberatung		4	4	3	1	2	14
			6	2	3	1	-	12
	Austausch unter Betroffenen		4	2	1	1	2	10
			4	3	1	2	-	10
	Einzelfallbetreuer		3	-	3	1	-	7
			1	1	1	-	-	3
	Breit gefächertes Angebot		2	-	1	1	-	4
			2	1	1	-	-	4
	Berufsberatung		-	-	1	-	1	2
			1	-	1	1	-	3
	Rechtsberatung		-	-	-	-	-	-
			-	2	-	-	-	2
	Geschultes Personal		1	1	-	-	-	2
			-	-	-	-	-	-

Weiter auf der nächsten Seite >

Fortsetzung von Tabelle 19

		Maßnahmen	BE	JH	Ausb	Med	Ver	Ges
Ausreichende Betreuungsangebote	Betreuungsang. für das Kind		1	1	3	2	1	8
			2	2	1	2	-	7
	Wohnangebote für Mutter und Kind		3	1	1	-	1	6
			5	1	2	1	-	8
	Jugendlichkeit leben		2	3	1	-	-	6
Spez. Aus- bild.-Ang.	Angepasste Ausbildungsmodalitäten		5	2	2	2	1	12
			4	-	2	-	-	6
Strukturelle Angebote	Funktionierendes Netzwerk		3	2	1	2	1	9
			3	1	3	-	-	8
	Zentrale Koordinationsstelle		1	-	-	-	-	1
			2	-	-	-	-	2
Finanzielle Angebote	Finanzielle Hilfen		3	-	-	1	-	4
			8	-	1	1	-	10
	Weiterführende Angebote		1	1	-	-	-	2
Spezielle medizinische Angebote	Vor- und Nachbereitungskurse		1	1	-	-	-	2
			2	-	-	-	-	2
	Gesundheitliche Aufklärung		-	-	-	-	-	-
			-	-	1	-	-	1
	k. A.		3	-	-	3	1	7
			-	1	-	2	-	3

12 Berlin n = 89    12 Brandenburg n = 79

BE = Beratung, JH = Jugendhilfe, Ausb = Ausbildung, Med = Medizin, Ver = Vereine, Ges = Gesamtzahl

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

Eine spezielle Beratung in Bezug auf Erziehung nach der Geburt, Austauschmöglichkeiten unter Betroffenen, Betreuungsangebote für das Kind sowie angepasste Ausbildungsmodalitäten und ein gut funktionierendes Netzwerk werden von allen Befragten als wichtig erachtet. Im Vordergrund stehen dabei Maßnahmen zur

Familienbildung, die in Form von Schulungsangeboten, Mütterbegleitung oder einer aufsuchenden Familienhilfe dazu beitragen sollen, die Eltern-Kind-Beziehung zu stärken und Erziehungskompetenzen und Alltagsstrukturierung zu erlernen, verbunden mit dem langfristigen Ziel, die Kinder in ihrer Entwicklung optimal zu fördern.

Viele Expertinnen und Experten halten den Austausch unter den minderjährigen Müttern selbst für essentiell.

*„Anlaufpunkte und Treffpunkte, wo man sich untereinander austauschen kann. Dass ich weiß, es gibt noch mehr, die in so einer Situation sind, so dass man sich untereinander austauschen kann: Wie wird es mit der Schulausbildung, wie hast du das gemacht oder hast du es geschafft, hast du weitergemacht oder mit der Berufsausbildung oder kann ich mit einem Kind trotzdem noch einen Ausbildungsplatz kriegen?“ (1-07 Hebamme, Brandenburg)*

In Berlin wird diesbezüglich bereits von entsprechenden Angeboten berichtet:

*„Wir sind hier in einer Krabbelgruppe, wo nur Minderjährige sind, das nennt sich Zwergengruppe: [...] zwei Hebammen, die sich selbstständig gemacht haben, die minderjährige Mütter betreuen einmal in der Woche, die in den Haushalten, bei den Eltern leben. Speziell für minderjährige schwangere Teenager.“ (3-03 Mutter-Kind-Einrichtung, Berlin)*

Auch gibt es einen

*„Verband allein erziehender Väter und Mütter, die auch eine Gruppe haben für Minderjährige.“ (6-08 Jugendamt, Berlin)*

Sieben Befragte in Berlin und drei Befragte in Brandenburg schlagen vor, eine Einzelfallbetreuung zu installieren. Diese soll der minderjährigen Schwangeren oder Mutter in allen schulischen, behördlichen, aber auch erzieherischen Fragen als Vertrauens- bzw. Begleitperson zur Seite stehen:

*„Wer auch immer das sein mag, es kann unser Berater sein, es kann auch ein Elternteil sein, das kann in einer Jugendeinrichtung jemand sein. Sie brauchen einen lebenserfahrenen Menschen an ihrer Seite.“ (2-10 Beratungsstelle, Berlin)*

Insgesamt sollte die Beratung und Betreuung von minderjährigen Schwangeren und Müttern ein breit gefächertes Angebot aufweisen, das flächendeckend vorhanden und mit längeren Öffnungszeiten versehen sowie anonym und kostenlos und damit sehr niedrigschwellig ist.

Neben der Notwendigkeit, beratendes und betreuendes Personal für die Arbeit mit minderjährigen Schwangeren und Müttern entsprechend zu schulen, wird die berufliche Beratung der Jugendlichen in Verbindung mit zukünftigen Ausbildungsalternativen als wichtige Unterstützungsmaßnahme gesehen. Dabei gilt es vor allem, die minderjährigen Mütter für das Absolvieren einer qualifizierten Ausbildung zu motivieren.

Ebenfalls alle befragten Berufsgruppen, besonders aber Beraterinnen und Befragte der Bildungseinrichtungen, äußern die Forderung nach flexiblen und geförderten Bildungs- und Arbeitsangeboten, möglichst mit einer angebotenen Möglichkeit zur Kinderbetreuung, um Ausbildung und Mutterschaft vereinbaren zu können.

*„Tendenz ist auch, dass auch die Agenturen für Arbeit zunehmend mehr [...] Qualifizierung im Teilzeitbereich anbieten. [...], dass diese dreijährigen Berufsausbildungen stundenreduziert, also in Teilzeitform durchgeführt werden, dass nicht nach hinten heraus verlängert auf vier Jahre, sondern dass in früherer Zeit absolviert werden kann, und da sind wir also gerade auch in der Planung für 2006. Es gibt schon vereinzelt Teilzeitausbildungen für die jungen Mütter, wobei ich denke, da lässt sich noch einiges bewegen.“*  
(4-01 Agentur für Arbeit, Berlin)

Eine konkrete Überlegung gab es bereits, die

*„Kinderbetreuung während der Ausbildung hier durchzuführen, also sprich Krippenvariante hier im Bereich des Internates. Hat sich aber immer zerschlagen, weil kontinuierlich so viele Babys nicht da waren, dass sich eine Betreuung komplett gelohnt hätte. Das war angedacht als wesentlichster Punkt zur Unterstützung hier für die Ausbildung.“* (1-05 Bildungseinrichtung, Brandenburg)

Angebote zur Kinderbetreuung sollten in ausreichender Zahl unabhängig von einer beruflichen Ausbildung zur Verfügung stehen, weil es einerseits Freiraum für weitere berufliche Initiativen schafft, andererseits den Müttern zum Einhalten einer gewissen Tagesstruktur verhilft. Gute Betreuungsmöglichkeiten bestehen bereits.

*„Wir sind hier im ländlichen Bereich ganz gut versorgt mit Kitas. Also die Kinder können auf Antrag, noch dazu wenn wir es befürworten, relativ zeitig, ganz jung, wie die Mutter das will, fast gleich nach dem Wochenurlaub, könnte sie das Kind schon in die Kita geben [...] wir haben Kitaplätze da und wenn nicht, wird sie wie gesagt bevorzugt.“* (4-12 Jugendamt, Brandenburg)

## DIE PERSÖNLICHKEITSENTWICKLUNG SOWIE DIE WIRTSCHAFTLICHE UNABHÄNGIGKEIT SOLLTEN GEFÖRDERT WERDEN

Im Bereich der Betreuungsangebote wird von den brandenburgischen Befragten der Wunsch nach speziell geförderten Wohnmöglichkeiten geäußert, insbesondere wenn die junge Frau nicht in der Herkunftsfamilie verbleiben kann.

*„Man müsste mehr für so ganz junge Schwangere auch das betreute Wohnen noch ein bisschen ausbauen. [...] mehr so ausgesiedelte Wohnung mit einer Betreuung, dass sie dort das Gefühl haben, sie wohnen eigenständig, und da schaut immer jemand drauf.“ (7-04 Beratungsstelle, Brandenburg)*

Dazu zählt auch, den jungen Frauen Raum für ihre eigenen Entwicklungen zu lassen, die neben der Mutterschaft im Jugendalter eine wesentliche Rolle für die Persönlichkeitsbildung spielen.

*„Sie brauchen eine Möglichkeit, wo sie in einem geschützten Rahmen oftmals mit ihrem Kind erst mal leben können. [...] und dann die ganz konkrete Unterstützung im Alltag haben, um mit ihrem Kind umzugehen, um entsprechend das auf die Reihe zu bekommen. Auch ihre noch ganz normalen Entwicklungsbedürfnisse und ihrem Alter angemessenen Bedürfnisse nach Freiheit und nach Erfahrung zu sammeln, wo sie das in Übereinstimmung bringen können mit den Aufgaben, die dann als junge Mutter auf sie zukommen.“ (2-04 Jugendamt, Berlin)*

Um u. a. soziale Notlagen zu vermeiden, werden finanzielle und materielle Hilfen zur Förderung der wirtschaftlichen Unabhängigkeit als wichtig eingeschätzt.

Auch im medizinischen Bereich können spezielle Angebote die Qualität der Betreuung von Minderjährigen erhöhen. Vorgeschlagen werden Angebote wie Einzelgeburtsvorbereitung oder spezielle Vor- und Nachbereitungskurse nur für Minderjährige, um gezielt auf deren Bedürfnisse eingehen zu können.

*„Manchmal ist es so, wenn hier zwei oder drei junge Frauen so einen ähnlichen Geburtstermin haben, dass die Hebammen, mit denen wir hier zusammen arbeiten, dann auch so einen kleinen Geburtsvorbereitungskurs für die machen.“ (3-01 Mutter-Kind-Einrichtung, Berlin)*

Wichtige Voraussetzung sowohl für das Wahrgenommenwerden als auch für das Vermitteln von Hilfeangeboten ist die Bekanntmachung der Angebote unter den teilnehmenden Institutionen in Verbindung mit einer gut funktionierenden Netz-

werk­­tätigkeit. Initiativen gibt es dahingehend bereits einige. Ein gutes und leicht zu realisierendes Beispiel liefert eine Beraterin aus dem ländlichen Brandenburg:

*„Wir haben hier guten Kontakt zu den Gynäkologen, die wissen Bescheid, und wir haben auch eine Aktion, also die Mutterpässe, die die Gynäkologen ausgeben, da ist unsere Anschrift aufgeklebt per Aufkleber, dass wir eine Beratungsstelle sind, so dass die dann wirklich auf ihrem Mutterpass die Adresse gleich haben.“ (5-08 Beratungsstelle, Brandenburg)*

Andere Möglichkeiten bietet z. B. das Internet:

*„Da wird jetzt auch eine Homepage eingerichtet, wo berlinweit Angebote eingestellt werden, dass man jetzt auch weiß: Wo bekomme ich welche Informationen, an einer Stelle? Denn wir haben festgestellt, es gibt sehr viele Einrichtungen und sehr viele Hilfsangebote, aber sich da durchzufinden, führt denjenigen, der nicht eingeweiht ist, das ist häufig sehr schwer, und auch für die Experten ist es unübersichtlich.“ (4-01 Agentur für Arbeit, Berlin)*

Und

*„Im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst gibt's wie gesagt eine Kollegin, die sich speziell mit schwangeren Teenagern oder mit Teenagern mit Kindern beschäftigt und da entsprechende Angebote aufbaut, so dass man da gucken kann, wie kann man sich da gegenseitig auch helfen und unterstützen.“ (6-08 Beratungsstelle, Berlin)*

Welche Vorteile die befragten Expertinnen und Experten noch in der Kooperation mit anderen Einrichtungen sehen und wie sie die Vernetzung gestalten, wird im folgenden Kapitel erläutert.

### **4.3 VERNETZUNG DER EINRICHTUNGEN**

Kooperative Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen ist eine wichtige Voraussetzung für eine umfassende und optimale Betreuung minderjähriger Schwangerer und Mütter. Erwartungsgemäß bestätigen fast alle befragten Personen, 96% in Berlin und 94% in Brandenburg, eine bestehende Kooperationstätigkeit (Tabelle 20).

TABELLE 20: KOOPERATIONSPARTNER

Kooperationspartner	BS	JA	MKE	BE	AA	Gyn	Heb	Ver	Ges
Mit vorwiegend beratenden Aufg. (z. B. Schwangerschafts- und Erziehungs-BS, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst)	12	6	3	4	2	4	2	3	36
	8	5	4	4	-	4	1	-	26
Mit vorwiegend verwaltenden Aufg. (z. B. Jugendamt, Sozialamt, Agentur für Arbeit, Standesamt, Bezirksamt)	13	2	1	4	4	2	2	1	29
	17	4	2	4	2	3	1	-	34
Mit vorwiegend medizinischen Aufg. (z. B. Ärzte/Ärztinnen, Hebammen, Kliniken)	6	1	3	1	-	2	3	3	19
	12	3	3	3	-	2	-	-	23
Mit vorwiegend betreuenden Aufg. (z. B. Mutter-Kind-Einrichtungen, Kindertagesstätten, Frauenhäuser)	11	1	2	2	-	-	2	1	19
	11	3	1	1	-	-	-	-	16
Mit Bildungsauftrag (z. B. Schulen, Bildungsträger)	1	-	2	-	1	-	-	1	5
	5	-	-	-	1	-	-	-	6
Mit vorwiegend juristischen Aufg. (z. B. Jugendgerichtshilfe, Rechtsanwälte)	1	-	1	1	-	-	-	-	3
	4	-	1	-	1	-	1	-	7
Sonstige* (z. B. Jugendtreff, Stiftungen)	1	-	-	-	-	1	-	1	3
	3	-	-	1	-	-	-	-	4
Keine Vernetzung	-	-	1	-	-	-	-	-	1
	1	-	-	1	-	-	2	-	4
k. A.	-	-	-	-	-	-	1	-	1
	-	-	-	-	-	-	-	-	-

12 Berlin n = 115, Mehrfachnennungen      12 Brandenburg n = 113, Mehrfachnennungen

BS = Beratungsstellen, JA = Jugendamt, MKE = Mutter-Kind-Einrichtung, BE = Bildungseinrichtung, AA = Agentur für Arbeit, Gyn = Gynäkologe/-in, Heb = Hebamme, Ver = Vereine, Ges = Gesamtzahl

\*Ein Gynäkologe nennt diesbezüglich Selbsthilfegruppen und Fluchthilfeeinrichtungen als Kooperationspartner, eine Mitarbeiterin eines Vereins den HELLA – Klub für Mädchen und junge Frauen in Hellersdorf. Zusätzlich fällt unter Sonstiges die Landesstiftung HILFE FÜR DIE FAMILIE IN NOT aufgeführt, die von einer Beraterin genannt wird.

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

Die Frage, mit wem die Expertinnen und Experten zum Thema Teenager-Schwangerschaften vernetzt sind, beantworten die nachfolgenden Zitate einer Beraterin in Berlin sowie einer aus dem brandenburgischen Raum.

*„Mit allen Beteiligten eigentlich. Mit den Gynäkologen, wenn sie denn hier bei uns bekannt sind, ist klar, wenn irgendwas ist, mit Hebammen, mit der Klinik, mit Jugendämtern, mit Job-Centern, also alles, was es quasi im Rahmen der Schwangerschaftsberatung dann eben auch an angrenzenden Geschichten gibt. Die werden natürlich alle mit einbezogen. Die Mutter-Kind-Einrichtungen, für alle die, die nicht zu Hause bleiben möchten, betreutes Wohnen. Also jeden Bereich, der eigentlich die Schwangerenberatung umfasst.“ (3-04 Beratungsstelle, Berlin)*

Die Zusammenarbeit der befragten Beraterinnen und Berater erfolgt primär mit Beratungsstellen anderer Träger, sowohl im Bereich der Schwangerschafts- als auch der Erziehungs- und Familienberatung, und den Kinder- und Jugendgesundheitsdiensten. In fast allen Beratungseinrichtungen erfolgt die Zusammenarbeit mit den Jugendämtern.<sup>126</sup>

*„Die Brücken zwischen Beratungsstellen und Jugendamt, die sind zurzeit wunderbar, ich denke, da gab es ganz andere Zeiten, wo man sich da schon fast bekriegt hat, weil die Einstellungen völlig unterschiedlich waren. Das ist nicht mehr ganz so, man geht viel behutsamer um und junge Frauen, die wirklich aus dem elterlichen Haushalt rausmöchten, die kriegen diese Unterstützung auch.“ (1-10 Beratungsstelle, Brandenburg)*

Weitere primäre Kooperationspartner sind die Sozialämter und Agenturen für Arbeit, im medizinischen Bereich die Gynäkologinnen bzw. Gynäkologen, Hebammen und Geburtskliniken wie Geburtshäuser sowie Mutter-Kind-Einrichtungen und Wohnprojekte. Aber auch Schwangerschaftsberatungsstellen anderer Trägerschaften und Erziehungsberatungsstellen bieten Vernetzungsmöglichkeiten, wie z. B. die Potsdamer Beratungsstelle VOM SÄUGLING ZUM KLEINKIND.

Demzufolge ist es nahe liegend, dass die Befragten der Jugendämter primär die Kooperation mit den Beratungsstellen angeben. Ebenso die Mutter-Kind-Einrichtungen, deren hauptsächliche Vernetzung mit Beratungsstellen, aber auch mit Ärztinnen und Ärzten, Kliniken und Hebammen erfolgt. Bildungseinrichtungen arbeiten ebenfalls vorwiegend mit Beratungsstellen zusammen sowie mit Jugend- und Sozialämtern und den Agenturen für Arbeit. Diese wiederum arbeiten im Themenbereich Teenager-Schwangerschaften vorrangig mit Jugend- oder Sozialämtern zusammen, während die befragten Gynäkologinnen und Gynäkologen in erster Linie folgende Kooperationen angeben:

<sup>126</sup> U. a. mit dem Allgemeinen Sozialdienst und dem Sozialpädagogischen Dienst

*„Die Zusammenarbeit erfolgt mit pro familia und dem Sozialmedizinischen Dienst.“ (1-12 Gynäkologe, Berlin)*

*„Mit dem Jugendamt und pro familia.“ (8-10 Gynäkologe, Brandenburg)*

Dies gilt in Berlin auch für die befragten Hebammen, die zusätzlich noch niedergelassene Arztpraxen und weitere, vor allem freiberufliche Hebammen erwähnen.

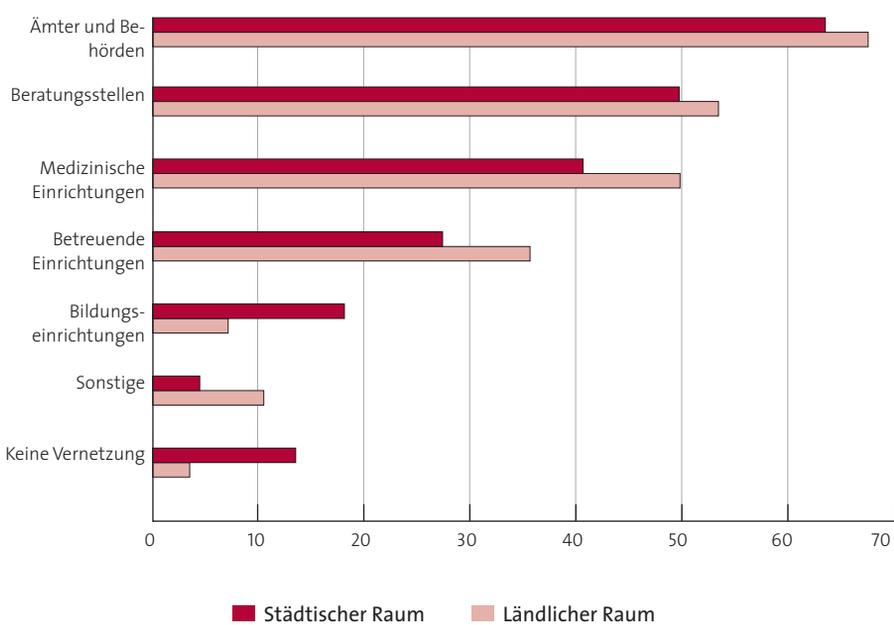
Keine Vernetzung zum Thema minderjährige Schwangere und Mütter haben in Brandenburg eine Beraterin, eine Mitarbeiterin einer Bildungseinrichtung und zwei Hebammen. Prinzipiell begrüßen sie den zielgruppenorientierten Austausch jedoch.

*„Wenn ich merke, dass dies auch häufiger auftritt, dann ja. Für den Einzelfall, denke ich, ist das sicher nicht notwendig. Wenn ich jetzt feststellen würde, das sind drei oder vier, dann, denke ich, erleichtert das ja auch die Arbeit und man kann auf Erfahrungen anderer aufbauen und man muss nicht erst selber das Fahrrad neu erfinden, dann würde ich das schon für recht wichtig erachten.“ (5-09 Bildungseinrichtung, Brandenburg)*

Der Vergleich des städtischen und ländlichen Raums in Brandenburg zeigt nur dahin-gehend Unterschiede, dass die verwaltenden, beratenden, medizinischen und betreuenden Einrichtungen im ländlichen Raum häufiger genannt werden, während im städtischen Raum öfter Bildungseinrichtungen als Kooperationspartner fungieren und häufiger keine Vernetzung angegeben wird.

2

ABBILDUNG 24: **VERNETZUNG IM STADT-LAND-VERGLEICH**  
(BRANDENBURG, ANGABEN IN %)



Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

Die Vernetzung erfolgt dabei auf sehr unterschiedliche Art und Weise, von unregelmäßigen und vor allem bedarfsabhängigen Zusammentreffen, oft fallbezogen und initiativ, bis hin zu kontinuierlichen Fachgesprächen und Arbeitskreisen auf Basis einer regelmäßigen Zusammenkunft. Auf den Großteil der befragten Einrichtungen scheint die beschriebene Form der Vernetzung zuzutreffen, die im Wesentlichen auch dem Aufgabenfeld der Einrichtungen entspricht:

*„Also es ist nicht so, dass ich mit denen zusammenarbeite, sondern dass ich dann sage, ich mache hier meine Arbeit, und überlasse sie den Einrichtungen entsprechend. Also die Vermittlung.“* (6-05 Bildungseinrichtung, Berlin)

*„Hauptsächlich sind es Telefonate zur Situationsbeschreibung, teilweise sind es Terminvereinbarungen und auch persönliche Begleitung.“* (4-04 Bildungseinrichtung, Brandenburg)

Es handelt sich damit vorwiegend um die Vermittlung an weitere Fachkräfte, um telefonische Absprachen oder auch um persönliche Gespräche.

Die Ursache für den unregelmäßigen und bedarfsabhängigen zielgruppenorientierten Austausch liegt in den oftmals geringen Fallzahlen an minderjährigen Schwangeren und Müttern begründet, weshalb von einigen Befragten kein Bedarf an einer intensiveren Vernetzung gesehen wird. Teilweise findet diese bereits statt, exemplarisch sind hier Fachgespräche und Fachtreffen zu nennen, die in Berlin von drei Beraterinnen und je einer Mitarbeiterin einer Mutter-Kind-Einrichtung und eines Vereins angegeben wird und in Brandenburg von zwei Beraterinnen aus dem städtischen Raum:

*„Also, wir haben hier im Bezirk ein regelmäßiges Vernetzungswerk gegründet, das findet alle halbe Jahre statt, wo alle bezirklichen wie auch freien Träger, die mit dieser Thematik zu tun haben, sich treffen zu bestimmten Themen und auseinandersetzen. Also, u. a. Sozialmedizinischer Diens, als auch Hella-Mädchenklub, die mit dieser Problematik zu tun haben. Die Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen sind aktiv mit beteiligt an unserem regelmäßigen Austausch. Einige Ärzte und Hebammen, Schulen und Berufsberatungen sind ganz eng beteiligt und der Familientreff, der nebenan bei unserem Träger sitzt. Im Prinzip alle, die damit zu tun haben. [...] und natürlich auch das Jugendamt, mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst arbeiten wir natürlich auch ganz eng zusammen.“* (2-05 Verein, Berlin)

*„Es gibt eine Vernetzung zum ‚Arbeitskreis Alleinerziehender‘ vom diakonischen Werk.“* (3-01 Mutter-Kind-Einrichtung, Berlin)

*„Dann haben wir eine AG ‚Frauengesundheit‘ in Cottbus, wo auch die Beratungsstelle vom DRK mitarbeitet.“* (1-02 Beratungsstelle, Brandenburg)

Ferner gibt es noch die Vernetzung unterschiedlicher Schwangerschaftsberatungsstellen in Brandenburg *„und mit denen sind wir in einem ‚Arbeitskreis Sexualpädagogik‘ zusammen“* (5-01 Beratungsstelle, Brandenburg),

sowie in Potsdam *„mit pro familia und dem DRK, wir haben einen ‚Arbeitskreis Schwangerenberatung‘, [...] dass wir wirklich etwas Gemeinsames anbieten.“* (5-02 Beratungsstelle, Brandenburg)

## **KOOPERATION MIT ANDEREN BRINGT VORTEILE FÜR ALLE BETEILIGTEN**

Die Expertinnen und Experten sind sich dahingehend einig, dass die Zusammenarbeit zwischen Institutionen gleicher und differierender Aufgabengebiete zu einer Optimierung des Hilfeangebots in Form von Qualitätssteigerung und Kompetenzgewinn führt. Durch das Zusammenspiel von sozialpädagogischen, wirtschaftlichen

und medizinischen Aspekten wird der psychosozialen Situation der minderjährigen Schwangeren bzw. Mutter umfassend Rechnung getragen.

TABELLE 21: **WELCHE VORTEILE WERDEN IN EINER KOOPERATION GESEHEN?**

	Vorteile	Berlin	Brandenburg
Informations- und Erfahrungsaustausch		9	10
Fachübergreifende Verständigung		5	12
Vermittlung an kompetente Fachkräfte		7	5
Orientierungsmöglichkeiten		5	4
Rechtzeitiges Greifen von Hilfeangeboten		4	4
Entwicklungsmöglichkeiten		3	1
Verantwortungssplitting		3	2
Abwenden von Gefahrensituationen		3	1
Verständnis wecken für die besondere Situation Minderjähriger		2	-
	k. A.	17	14
Anzahl der Nennungen		41	49

Angabe in absoluten Zahlen, Mehrfachnennungen

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

Durch das Zusammentreffen verschiedener Fachgebiete mit jeweiligem Spezialwissen kann das gegenseitige Kennenlernen der Aufgabengebiete und Arbeitsweisen nicht nur einen Erfahrungsaustausch bewirken, sondern auch den eigenen Arbeitsaufwand verringern.

*„Wir können uns untereinander informieren, um die Situation der Schwangeren richtig einzuschätzen und verbessern zu können.“ (7-12 Beratungsstelle, Brandenburg)*

*„Vorhandenes Wissen wird erst mal bekannt und ausgetauscht und man kann Bedarf besser sehen und sagen, hier ist es wirklich so, dass man etwas machen muss, und vorhandene Ressourcen kann man besser einsetzen und nutzen.“ (4-01 Agentur für Arbeit, Berlin)*

Der Vorteil wird des Weiteren in der Möglichkeit gesehen, sich untereinander abzustimmen und Absprachen zu treffen, so dass Aufgaben je nach Kompetenzen verteilt werden können.

*„Ich denke, dass oftmals Probleme, die hier auch angesprochen werden, bei uns nicht geklärt werden können, sondern dass das oftmals Sachen sind, wo man sich gemeinsam abstimmen muss und wo eben auch der andere Bereich mit einbezogen werden muss. Auch gerade bei dem Personenkreis, die sagen ja nicht immer überall alles, und dann denke ich, kommen manchmal auch dann in diesem Kontakt, in den Gesprächen Hintergründe, die der andere vielleicht gar nicht weiß. Wo man sagt, Mensch, wir haben eine Möglichkeit, dem Jugendlichen hier und da zu helfen oder ihn zu unterstützen, zu fördern. Dass man sagt, Dinge, die wir nicht lösen können, wo andere zuständig sind, dass man die einfach anspricht und sagt, hier ist ein Schwerpunkt, mal sehen, wie man da weiterkommen könnte.“ (7-08 Agentur für Arbeit, Brandenburg)*

Die Vermittlung an kompetente Fachkräfte bzw. die Weitergabe von Wissen über die hilfegebenden Stellen besitzen einen zentralen Stellenwert in der Vernetzungsarbeit.

*„Die Vorteile für die Schwangere sind, dass sie, wenn sie zur Beratung kommt und spürt, dass Dinge, die besprochen werden, auch dann in der Realität umgesetzt werden, und dass sie dann also auch weiß, wenn ich sie zu einer Kollegin schicke, dass sie sich darauf verlassen kann, dass ich diese Kollegin kenne und dass das, was sie mit mir besprochen haben, dann auch dort umgesetzt wird.“ (2-10 Beratungsstelle, Berlin)*

Die minderjährige Ratsuchende kann somit bei der Orientierung innerhalb der Angebote unterstützt werden, was sich wiederum förderlich auf die Eigenständigkeit der Jugendlichen auswirkt.

*„Dass man es übersichtlich hat und dass die Jugendlichen auch nicht überfordert werden. Die gehen ja meistens nicht gerne irgendwohin, sondern dass man wirklich ihnen konkret sagen kann, dort gehen sie hin. Dass man ihnen eine konkrete Adresse in die Hand geben kann, und ich denke, sie werden durch zu viele Angebote überfordert.“ (8-07 Gynäkologe, Brandenburg)*

Neben einer zeitnahen Umsetzung von Hilfeempfehlungen wird als weiterer Vorteil der Vernetzung gesehen, Problem- und Gefahrensituationen, die aus Überforderungssituationen entstehen können, frühzeitig zu erkennen und damit schnell und rechtzeitig darauf reagieren zu können. Dafür ist es wichtig, Verantwortungen auf mehrere Bereiche zu verteilen.

*„Was gut ist eben bei so einer Arbeit, dass sich die Last dann eben auf mehrere Schultern verteilt. Das ist schon noch mal eine ganz andere Verantwortung, und ich schätze, dass verschiedene Augen dort hinschauen, wo*

*man sich ja manchmal auf irgendwas festbohrt, und es gar nicht so stimmt und jemand anders sieht es ganz anders.“ (8-11 Hebamme, Berlin)*

Letztendlich ist damit das Ziel verbunden, der Jugendlichen positive Entwicklungsmöglichkeiten aufzuzeigen und ihr zu helfen, diese zu realisieren, sowie Verständnis für die Situation einer minderjährigen Schwangeren oder Mutter unter den Hilfegebenden zu wecken.

*„Na, einfach auch noch mal den Blick für diese spezielle Zielgruppe zu sensibilisieren.“ (5-10 Verein, Berlin)*

## **ANREGUNGEN ZUR VERNETZUNG RICHTEN SICH ÜBERWIEGEND AN GYNÄKOLOGEN UND GYNÄKOLOGINNEN**

Viele Befragte heben im Zusammenhang mit Fragen zur Vernetzung die gute Infrastruktur in Berlin hervor.

*„Ich kann da nicht klagen, die Zusammenarbeit finde ich jetzt schon sehr gut.“ (8-09 Gynäkologe, Berlin)*

Ähnlich sieht es eine Gynäkologin in Brandenburg:

*„Wie es bei uns ist? Ja, ich bin voll zufrieden.“ (8-10 Gynäkologe, Brandenburg)*

Nicht alle Befragten teilen diese Ansicht. Ein anderer Berliner Gynäkologe sieht die Zusammenarbeit etwas kritischer:

*„Das ist aber keine echte feste Kooperation. Das sehe ich wirklich als ech-ten Mangel an. Aber das mag auch daran geschuldet sein, dass diese Mehrgleisigkeit besteht. Wir arbeiten für uns, diese Beratungsstellen arbeiten für sich und die staatlichen Behörden wiederum für sich. Das ist also keine Struktur, die umfassend diese beteiligten Gruppen zwingt, eine gemeinsame Strategie schon gar nicht besteht. Das ist ein echter Mangel.“ (6-02 Gynäkologe, Berlin)*

Ähnlich wie der Berliner Gynäkologe bemängelt auch eine Hebamme in Brandenburg das isolierte Arbeiten der einzelnen Bereiche:

*„Irgendwie arbeitet jeder so ein bisschen für sich.“ (5-06 Hebamme, Brandenburg)*

Neben einem gemeinschaftlichen Hilfe-Konzept gibt es daher eine Reihe weiterer Verbesserungsvorschläge, die in erster Linie auf die niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen gerichtet sind, damit ihre Patientinnen ausreichend und vor allem rechtzeitig über bestehende Unterstützungsangebote aufgeklärt werden können.

*„Also, im Prinzip kann ich es mir schon vorstellen, dass mit den Ärzten eine bessere Kooperation passieren kann [...], aber bei uns hier, die beschränken sich auf ihr medizinisches Können und auf ihre medizinische Aussage und das ganze soziale Ringsrum kümmert die nicht, also zumindest nicht so weit, dass sie uns informieren würden oder dass sie irgendeine Zusammenarbeit anstreben.“* (4-12 Jugendamt, Brandenburg)

*„Wir haben uns schon Gedanken darüber gemacht, ob man nicht so dieses Beratungsangebot und Hilfeangebot in den Mutterpass mit integrieren könnte.“* (1-03 Beratungsstelle, Brandenburg)

Als weitere Partner, deren Zusammenarbeit als optimierbar eingeschätzt wird, werden von den Befragten in Brandenburg neben den Bildungseinrichtungen (n=2) und Gynäkologinnen bzw. Gynäkologen (n=5) auch die Beratungsstellen (n=3) aufgezählt sowie einige Ämter (n=5), wobei das Jugendamt an erster Stelle genannt wird. Wie eine optimale Vernetzung konkret gestaltet sein könnte, zeigen die Vorschläge in Tabelle 22.

TABELLE 22: WIE KÖNNTE OPTIMALE VERNETZUNG GESTALTET SEIN?

Vernetzung	Berlin	Brandenburg
Bündeln von Informationen und Zuständigkeiten	13	11
Austausch der Fachbereiche	9	6
Arbeitskreis	4	7
Unbürokratische Vorgehensweise	6	7
Persönlicher Kontakt	3	-
Qualitätsstandards schaffen	-	3
Abbau finanzieller Hürden	3	2
Keine Angabe	17	19
Anzahl der Nennungen	38	36

Angabe in absoluten Zahlen, Mehrfachnennungen

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006



Die folgenden Aussagen veranschaulichen die wesentlichsten Empfehlungen der Expertinnen und Experten in Anlehnung an die Zusammenstellung in Tabelle 22.

**ZITAT** OPTIMALE VERNETZUNG

*„Für mich gibt es im Moment zu viele verschiedene Anlaufstellen, die mehr oder weniger gut gerüstet sind, um so mit minderjährigen jugendlichen Frauen zu arbeiten. Dadurch, dass es so zufällig ist, ist es nicht zuverlässig. Meine Idee ist immer noch, dass man das zentralisiert, zu bestimmten Themen gibt es eben einen oder zwei Ansprechpartner.“ (5-03 Beratungsstelle, Brandenburg)*

*„Die optimale Vernetzung wäre natürlich auch, alle Hilfen, alle Leistungen, alle finanziellen Dinge, alle rechtlichen Dinge in einer Hand.“ (1-14 Jugendamt, Brandenburg)*

*„Wenn man eigentlich einen speziellen Arbeitskreis gründen würde oder könnte, der sich vielleicht speziell mit diesem Thema befasst, und dass da praktisch alle Institutionen, Träger, Einrichtungen vertreten sind, die sich mit Teenager-Schwangerschaften befassen, die in ihrer Tätigkeit damit zu tun haben, weil dann würden einfach noch mehr Informationen zur Verfügung stehen.“ (8-12 Beratungsstelle, Berlin)*

*„Der kurze Weg ist immer noch der beste.“ (4-03 Agentur für Arbeit, Brandenburg)*

*„Also, auf jeden Fall kann ich immer wieder Jugendamt sagen, wenn das Jugendamt mehr Haushaltsmittel zur Verfügung hätte, könnte ich mir vorstellen, dass das Jugendamt gleichzeitig kooperativer wäre.“ (4-06 Bildungseinrichtung, Brandenburg)*

# 5 **LEBENSITUATION DER MINDERJÄHRIGEN SCHWANGEREN UND MÜTTER**

Um Hilfeangebote anpassen, weiter ausgestalten und optimieren zu können, müssen sie neben den strukturellen, finanziellen und personellen Voraussetzungen vor allem auf die Klientel ausgerichtet sein. Daher ist es von großem Interesse, welchen sozialen und persönlichen Hintergrund die Hilfesuchenden aufweisen. In der vorliegenden Studie wurden folgende Daten zur Lebenssituation erfasst: die Herkunftsfamilien, insbesondere der Eltern der Minderjährigen, sowie die Wohnsituation, die schulische bzw. berufliche Bildung und das Verhältnis zur Peergroup und zum Kindsvater. Ergänzt wird die Darstellung der Lebenssituation durch Aussagen zu den Ursachen und Hintergründen von Teenager-Schwangerschaften und den damit verbundenen Zukunftsvorstellungen und -perspektiven der betroffenen Teenager.

Die im folgenden Kapitel dargestellten Ergebnisse sind Fremdeinschätzungen aus dem Blickwinkel beratender und betreuender Personen. Dies zu berücksichtigen ist ein wichtiger Aspekt der Interpretation der Aussagen, da es sich um eine Abbildung des Erfahrungswissens von professionell Tätigen handelt und nicht um Selbstausskünfte von minderjährigen Schwangeren und Müttern. Diese werden innerhalb der vorliegenden Studie nicht erfasst. Die Ergebnisse werden in der Reihenfolge nach Häufigkeiten der Nennungen entweder graphisch oder in Tabellenform dargestellt, sie sind demzufolge weder prozentual noch als Verteilungsangaben die Klientel betreffend zu verstehen.

## 5.1 **SCHULISCHE UND BERUFLICHE AUSBILDUNG**

In der Literatur gibt es vielfach Hinweise auf die soziale Heterogenität von Teenagerschwangeren.<sup>127</sup> Neuere Studien zeigen jedoch, dass es häufig bildungsferne Jugendliche sind, die aus Familien mit sozialen Problemlagen stammen und durch eine frühe Mutterschaft ihre Herkunftsbio-graphie im gleichen Maße fortführen.<sup>128</sup> Um einen Überblick über die minderjährigen Schwangeren und Mütter in Berlin und Brandenburg zu erhalten, wurden die Expertinnen und Experten nach der schulischen und beruflichen Situation, in der sich die Ratsuchenden befinden gefragt. Aus den Antworten ergibt sich folgendes Bild (Tabelle 23):

**127** Vgl. u. a. REMBERG (2003), S.12 und HÄUSSLER-SCZEPAN et al. (2005), S. 99 f.

**128** HÄUSSLER-SCZEPAN et al. (2005) und pro familia (2006)

TABELLE 23: **AUSBILDUNGSSITUATION**

		Ausbildung	Berlin	Brandenburg
Niedriger Bildungsgrad	Schulabbrecher, ohne Bildungsabschluss		19	8
	Geringes Bildungsniveau allgemein		16	16
	Hauptschule		15	8
	Förderschule		6	10
	BVJ		2	5
	Gesamt		58	47
Mittlerer und hoher Bildungsgrad	Gymnasium		4	14
	Realschule		5	10
	Berufsausbildung		1	2
	Mittleres und hohes Bildungsniveau allgemein		1	4
	Gesamt		11	30
Sonstiges	Arbeitslos, ohne Lehrstelle		3	8
	Gesamtschule		2	5
	Alle Schultypen		-	3
	Gesamt		5	16
	k. A.*		11	47

Berlin n = 74, Brandenburg n = 93, Mehrfachnennungen

\*Die Antworten, die auf die Frage nach der schulischen bzw. beruflichen Bildung erfolgten, bezogen sich vorwiegend auf den sozialen Status der Herkunftsfamilie und konnten somit in dieser Auswertung nicht berücksichtigt werden.

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

Anhand dieser Aufstellung lässt sich keine Aussage über die prozentuale Verteilung der angestrebten Schulabschlüsse treffen, sie liefert jedoch eine gute Übersicht über die schulische Situation minderjähriger Schwangerer. Die Aussage einer Beraterin fasst im Wesentlichen die schulische Situation der Ratsuchenden in Berlin zusammen:

„Seitdem ich da genauer hingucke und die Mädchen befrage, sehe ich, die, die minderjährig sind und schwanger, sind häufig Haupt- oder Realschülerinnen, ganz selten Gymnasiastinnen, also wenn die jetzt noch in der Schule sind. Wenn die nicht mehr in der Schule sind, abgebrochen oder auch schon beendet, dann sind sie häufig ohne Ausbildungsplatz und ohne Arbeit.“ (2-07 Beratungsstelle, Berlin)

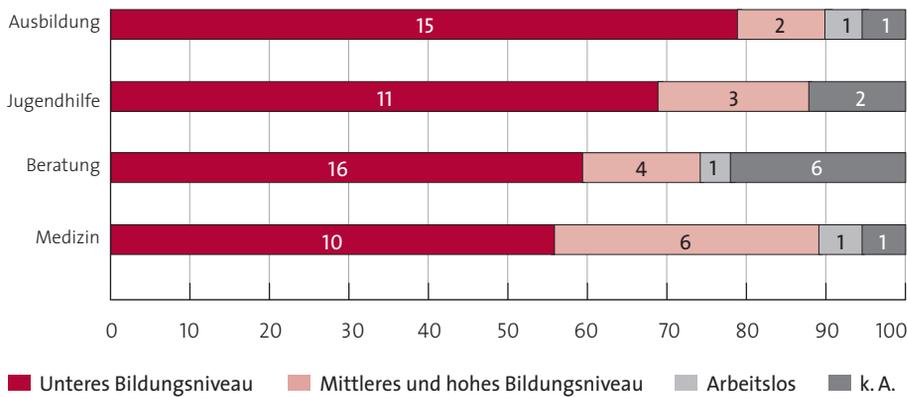
Noch differenzierter beschreibt es die Mitarbeiterin eines Vereins:

„Wir beobachten ganz stark, dass wir Hauptschülerinnen und Sonderschülerinnen in großer Zahl haben, so 70% der Mädchen haben diesen Bildungshintergrund.“ (5-10 Verein, Berlin)

Die Unterschiede sind groß. Über zwei Drittel der Angaben zum schulischen Status beziehen sich auf einen geringen Bildungsgrad, was gleichzeitig die Schlussfolgerung zulässt, dass der weitaus größte Teil der minderjährigen Schwangeren und Mütter geringe intellektuelle Fähigkeiten aufweist.

Wie in Berlin die zusammengefassten Berufsgruppen die Bildungsniveaus bzw. Ausbildungssituation einschätzen, zeigt Abbildung 25.<sup>129</sup>

ABBILDUNG 25: **BILDUNGSNIVEAU NACH BERUFSGRUPPEN**  
(BERLIN, ANGABEN IN %)



n = 70, Mehrfachnennungen

Quelle: BZgA, Statistisches Bundesamt, Stand 2006

**129** An dieser Stelle sei noch einmal auf die selektive Stichprobenauswahl der Einrichtungen hingewiesen und die Möglichkeit einer Verzerrung der Klientenanalyse zu Lasten der bildungsfernen Schichten aufgrund der definierten Aufgabengebiete (siehe Teil 1, Kap. 2.1, Auswahl der Einrichtungen).

Ausnahmslos alle Berliner Beteiligten ordnen die Jugendlichen, die sie in der Beratung oder Betreuung hatten, eher dem unteren Bildungsniveau zu, wobei die Angaben der medizinischen Fachkräfte nicht so eindeutig sind wie die der anderen Berufsgruppen. Am ehesten lässt sich anhand der medizinischen Fachkräfte ein relativ unabhängiges Bild der Ausbildungssituation der jungen Frauen zeichnen, da sie von allen jugendlichen Schwangeren und Müttern frequentiert werden. In der Auswertung wurde zusätzlich auf eine klare Differenzierung der Jugendlichen geachtet, darauf dass nur die Aussagen gültig sind, die sich auf Minderjährige mit Austragungswunsch beziehen. Die Aussagen der medizinischen Fachkräfte bestätigen, dass eher bildungsferne Jugendliche schwanger werden.

Hiermit wird für Berlin deutlich, dass berufsgruppenunabhängig die Beratung und Betreuung von vorwiegend bildungsschwachen Jugendlichen erfolgt, die neben ihrer defizitären Bildungsbeteiligung meist zahlreiche weitere Problemlagen aufweisen, die sich aus den Herkunftsfamilien ergeben.

### **AUCH IN BRANDENBURG IST DAS BILDUNGSNIVEAU DER JUGENDLICHEN NIEDRIG**

Wie in Berlin beschreibt auch in Brandenburg nur ein geringer Teil der Befragten die Klientel der minderjährigen Schwangeren und Mütter als bildungsheterogene Gruppe wie im folgenden Zitat:

*„Es ist durchweg gemischt, wir haben von der Hauptschülerin bis zur Gymnasiastin alles dabei. Also, es war auch alles dabei.“* (1-09 Beratungsstelle, Brandenburg)

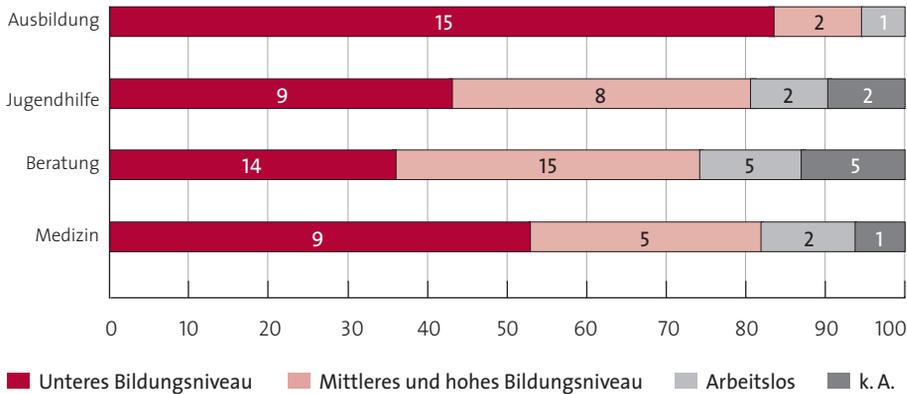
Der größte Teil der Befragten in Brandenburg liefert detaillierte Angaben über den schulischen Status der Jugendlichen und differenziert gleichzeitig nach Bildungsniveau.

*„Wir haben sehr wohl Realschüler als auch Gesamtschüler oder Förderschüler. Es ist sehr selten, dass es auch mal zu einer Anfrage kam von einem jungen Mädchen, das das Gymnasium besuchte, hatten wir in der Zeit, wo ich da bin, bisher eine, ansonsten ist es eigentlich eher Gesamtschule und Förderschule.“* (1-01 Mutter-Kind-Einrichtung, Brandenburg)

Der häufigste Fall wird von einer Gynäkologin beschrieben.

*„Das sind eher Mädchen mit niedrigem intellektuellem Status und aus niedrigen sozialen Verhältnissen. Häufig haben wir Mädchen aus Förderschulen. [...] Ich glaube wirklich, wenn ich die Schwangeren angucke, der Anteil der Schwangeren mit niedrigem intellektuellem Niveau, der ist stark im Steigen.“* (8-10 Gynäkologin, Brandenburg)

ABBILDUNG 26: **BILDUNGSNIVEAU NACH BERUFSGRUPPEN**  
(BRANDENBURG, ANGABEN IN %)



n = 87, Mehrfachnennungen

Quelle: BZgA, Statistisches Bundesamt, Stand 2006

Knapp die Hälfte der Angaben zum schulischen Status bezieht sich auf einen niedrigen Bildungsgrad, was die Schlussfolgerung ermöglicht, dass der größte Teil der minderjährigen Schwangeren und Mütter geringe intellektuelle Fähigkeiten aufweist. Nichtsdestotrotz verweist ein knappes Drittel aller Nennungen auf Jugendliche mit einem mittleren und höheren Bildungsniveau, was bedeutet, dass Jugendliche mit einer höheren Bildungsbeteiligung nicht per se von einer Schwanger- und Mutterschaft im Teenageralter ausgeschlossen sind.

## **DIE BILDUNGSHETEROGENITÄT UNTER DEN JUGENDLICHEN IST IN DER STADT GRÖßER ALS IN DEN LÄNDLICHEN REGIONEN**

Im Stadt-Land-Vergleich in der Region Brandenburg unterscheiden sich die Aussagen der Expertinnen und Experten. Die Befragten in den ländlichen Gebieten betonen das geringe Bildungsniveau stärker als ihre städtischen Kolleginnen und Kollegen, die eine größere Bildungsheterogenität unter den minderjährigen Schwangeren und Müttern beobachteten. Die Gründe hierfür reichen von soziostrukturellen Bedingungen und Verteilungseffekten bei der Bildungsbeteiligung im Land Brandenburg über Wahrnehmungseffekte der Befragten bis hin zu einer zufälligen Verteilung der Bildungsniveaus.

Einen zusätzlichen Hinweis auf den Zusammenhang zwischen Bildungsgrad und Entscheidungsverhalten pro oder contra Schwangerschaft geben die Gynäkologinnen und Gynäkologen:

„Das ist nach meiner Praxiserfahrung, dass Schwangerschaften bei Jugendlichen in höherem Maße bei schlecht Ausgebildeten oder Schulabbrechern auftreten, weniger bei Gymnasiastinnen. Wenn bei Gymnasias-tinnen Schwangerschaften auftreten, werden die häufiger abgebrochen als ausgetragen und bei Unterschichtjugendlichen werden sie doch häufiger ausgetragen.“ (2-01 Gynäkologe, Berlin)

Eine Beraterin verweist diesbezüglich auf den Einfluss der Familie:

„Denn Jugendliche, die eigentlich ein geschütztes Umfeld haben und schwanger werden, entschließen sich häufiger zum Abbruch als junge Mütter, die nicht aus so einem behüteten Umfeld kommen, [...] die bekommen ihre Kinder.“ (7-09 Beratungsstelle, Brandenburg)

## 5.2 FAMILIÄRE UND SOZIALE HERKUNFT

Der Zusammenhang Schichtzugehörigkeit und Schwangerschaft soll im Folgenden genauer betrachtet werden.

Die Antworten auf die offen formulierten Frage „Welche Informationen haben Sie zu den Eltern bzw. zur Familie der Betroffenen?“ können zwei Auswertungsbereichen zugeordnet werden: erstens Kategorien zur Schichtzugehörigkeit und zweitens spezifische soziodemographische Merkmale, die wiederum Rückschlüsse auf die Schichtzugehörigkeit zulassen. Die Antwort „Aus allen sozialen Schichten“ taucht wider Erwarten und im Vergleich zur Sachsenstudie<sup>130</sup> und zur Studie von FRIEDRICH und REMBERG<sup>131</sup> eher selten auf und kann weder für Berlin noch für das Land Brandenburg bestätigt werden, wie die Tabelle 24 zeigt:

TABELLE 24: HERKUNFTSFAMILIE

		Herkunftsfamilie	BE	Ausb	Med	JH	Ver	Ges
Schichtzuordnung	Unterschicht		5	4	-	3	1	13
			3	3	1	2	-	9
	Alle sozialen Schichten		3	-	-	1	-	4
			3	-	-	2	-	5
	Mittelschicht		-	-	-	1	-	1
			-	-	-	1	-	1

Weiter auf der nächste Seite >

<sup>130</sup> HÄUSSLER-SCZEPAN et. al (2005), S. 99

<sup>131</sup> REMBERG (2003), S. 12

Fortsetzung von Tabelle 24

		Herkunftsfamilie	BE	Ausb	Med	JH	Ver	Ges
Spezifische soziodemographische Merkmale	Arbeitslosigkeit/ALG II		7	3	1	1	2	14
			10	2	-	2	-	14
	Ein-Elternteil-Familie		4	1	-	-	2	7
			3	2	1	1	-	7
	Mutter selbst sehr jung		2	1	2	2	-	7
			5	-	1	-	-	6
	Berufstätigkeit		4	1	-	-	1	6
			-	1	1	1	-	3
	Hohe Kinderzahl		1	2	-	1	1	5
			4	2	-	-	-	6
Jugend- und Familienhilfe		-	-	-	2	1	3	
		-	-	-	-	-	-	
Suchtproblematik		-	3	-	-	-	3	
		-	-	-	-	-	-	
Patchwork-Familie		-	1	-	1	-	2	
		-	-	-	-	-	-	
Unspezifische Familiensituation	Stabile, geregelte Verhältnisse		2	-	-	-	-	2
			-	1	1	-	-	2
	Instabile, konflikthafte Verhältnisse		2	3	2	1	-	8
			5	2	2	4	-	13
	k. A.		4	1	5	4	1	15
			6	3	5	1	-	15

12

Berlin n = 78, Mehrfachnennungen

12

Brandenburg n = 66, Mehrfachnennungen

BE = Beratung, Ausb = Ausbildung, Med = Medizin, JH = Jugendhilfe, Ver = Vereine, Ges = Gesamtzahl

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

Schaut man sich die Ergebnisse in der Tabelle für Berlin bzw. für Brandenburg an, so wird sehr schnell erkennbar, dass einige Schichtmerkmale dominieren.

*„Eigentlich kommen sie aus allen sozialen Schichten, die Eltern. Die Beratungsstelle wird auch frequentiert von Klienten aus allen sozialen Schichten, aber eine Tendenz ist da, dass es eher Familien sind, die ich eher so der niedrigen sozialen Schicht angliedern würde und der Mittelschicht. [...] Und manchmal kommen sie aus Problemfamilien, also dass z. B. die Jugendlichen keine gute Bindung zu den Eltern haben, und aus Familien, die eine finanzielle Problematik auch haben, und aus Familien, wo Mütter auch sehr jung Mutter geworden sind. Das ist so eine Art Wiederholung. Und eben eine Häufigkeit von Jugendlichen mit einem allein erziehenden Elternteil.“ (2-12 Beratungsstelle, Berlin)*

Dieses Zitat der Berliner Beraterin ist recht typisch für die Aussagen der Befragten. Neben einer allgemeinen Angabe zum Sozialstatus können anhand der Klientelbeschreibungen spezifische Problemlagen aufgeführt und die Klientinnen damit eindeutig der unteren sozialen Schicht zugeordnet werden. In erster Linie sind die Problemlagen finanzieller bzw. wirtschaftlicher Art, da die Eltern der Betroffenen sehr oft von Arbeitslosigkeit und Abhängigkeit von staatlichen Transferleistungen betroffen sind. Dies gilt insbesondere für das Land Brandenburg.

*„[...] weil einfach die Region hier so gestrikt ist. Die Prozente an Arbeitslosen sind um so viel höher als Berufstätige, was sich einfach bei uns dann auch niederschlägt.“ (1-10 Beratungsstelle, Brandenburg)*

Des Weiteren teilen die Befragten, insbesondere die Beraterinnen, die Erfahrung, dass minderjährige Schwangere oft aus Ein-Eltern-Familien stammen und somit bereits frühzeitig Trennung und Scheidung und damit sehr viel Instabilität erfahren mussten.

*„Oftmals sind es auch wirklich zerrüttete Familien, der Vater Alkoholiker oder beide keine Arbeit, wo viele Probleme da sind. Häufig ist es auch so, wo auch viele Kinder da sind.“ (1-06 Beratungsstelle, Brandenburg)*

Ebenso kommt es vor,

*„dass die jungen Frauen oft aus Familien kommen, die durch die Jugendämter schon betreut waren.“ (1-01 Mutter-Kind-Einrichtung, Brandenburg)*

Mutterschaft selbst scheint in vielen Familien ein Selbstverständnis zu besitzen, was sich vor allem darin äußert, dass ein Teil der Jugendlichen mit vielen Geschwistern aufwächst, die teilweise selbst noch sehr jung sind, bzw. dass die eigene Mutter

schon selbst die Erfahrung einer frühen Schwangerschaft gemacht hat. All diese Faktoren haben einen wesentlichen Einfluss auf die Motive und Hintergründe von Mutterschaften bei Minderjährigen, worauf in Kapitel 5.7 eingegangen wird.

Die Abbildung 27 zeigt einen graphischen Vergleich zwischen dem aus den Einzel-faktoren zusammengesetzten sozialen Hintergrund der Jugendlichen, der für die Darstellung in „Unproblematisch“ und „Problematisch“ eingeteilt wird. Der Anteil der problematischen Familienkonstellation überwiegt dabei deutlich und wird noch ergänzt durch zusätzliche Problemlagen wie Scheidungs- und Patchwork-Familien, eine hohe Kinderzahl und Suchtproblematiken.

Die Aussagen der Befragten bestätigen die Ergebnisse der Pilotstudie in Sachsen sowie die in der Fachliteratur beschriebene Herkunft der Minderjährigen.<sup>132</sup>

ABBILDUNG 27: ZUSAMMENGEFASSTER FAMILIÄRER HINTERGRUND DER MINDER-JÄHRIGEN



n = 47 Berlin, n = 42 Brandenburg

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

Die in der Tabelle 23 dargestellten Zahlen zur Ausbildungssituation und zu den (angestrebten) Ausbildungsabschlüssen der Jugendlichen verdeutlichen den Zusammenhang zwischen niedrigem Sozialstatus und geringer Bildungsbeteiligung. Minderjährige Schwangere und Mütter stammen demzufolge mit hoher Wahrscheinlichkeit aus einem sozial deprivierten Milieu mit vielseitigen und schwerwiegenden Problem-

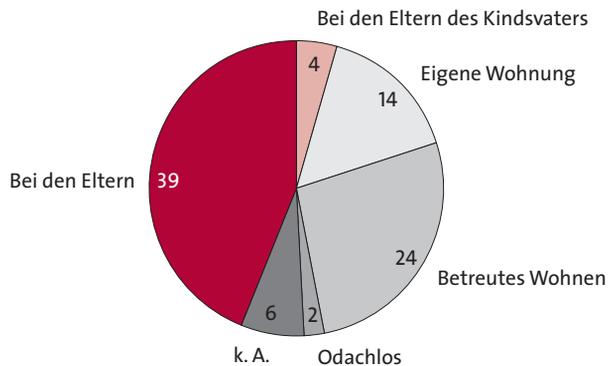
<sup>132</sup> HÄUSSLER-SCZEPAN et. al (2005) und Kap. 4

konstellationen. Sie entwickeln kaum Alternativen, diesem Milieu zu entkommen, da sich einerseits ihr schulischer Hintergrund defizitär gestaltet und sich andererseits familiäre Vorbilder nicht in Richtung einer selbstbestimmten, staatsunabhängigen Lebensgestaltung bewegen. Die Lösung in einer Mutterschaft zu suchen, erscheint gerade diesen Jugendlichen als eine lohnenswerte und realisierbare Alternative.

### 5.3 WOHSITUATION

Um weitere Aussagen über die soziale Situation minderjähriger Schwangerer und Mütter treffen zu können, sollten die Expertinnen und Experten angeben, wie sich die Wohnsituation zum Zeitpunkt der Beratung bzw. Betreuung gestaltet (Abbildung 28 Berlin und 29 Brandenburg). Eine Ausnahme bilden die Befragten der Mutter-Kind-Einrichtungen, deren Aussagen sich auf die vorangegangenen Wohnverhältnisse beziehen, bevor die Jugendlichen in die stationäre Einrichtung aufgenommen wurden.

ABBILDUNG 28: **WOHSITUATION** (BERLIN)



n = 83, Mehrfachnennungen

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

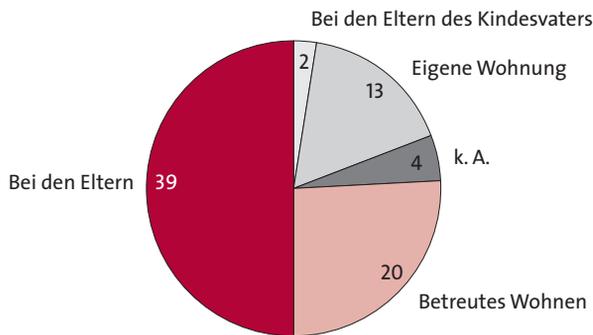
Laut Angaben der Expertinnen und Experten in beiden Befragungsregionen lebt der Großteil der Jugendlichen bei den Eltern bzw. bei der Mutter, in seltenen Fällen hat sich der Wohnort zu den Eltern des Freundes verlagert. Dabei unterscheidet sich in Brandenburg die Wohnsituation im städtischen Raum nicht wesentlich von der im ländlichen.

*„Es ist dann natürlich sehr beengt, sei es, sie leben bei ihren Eltern mit. Das haben wir auch schon erlebt, dass sie eine eigene Wohnung haben und dann auch mit dem Kindsvater zusammenziehen, das ist eigentlich ganz*

selten der Fall, meistens leben sie entweder bei den Eltern der Kindsmutter oder bei den Eltern des Kindsvaters.“ (2-11 Bildungseinrichtung, Berlin)

„Ich bin manchmal sogar überrascht, dass die Minderjährigen sehr oft doch noch zu Hause wohnen bleiben. Weil ich manchmal denke, sie nehmen das zum Anlass, dann auch auszuziehen, aber viele Jugendliche fühlen sich dann in dieser elterlichen Umgebung sicherer und möchten dann auch ganz gerne erst mal zumindest das erste Jahr zu Hause wohnen. [...] und es gibt auch die, die sagen, ich möchte jetzt mit meinem Freund zusammenziehen, aber doch auch viele, die zu Hause wohnen bleiben möchten.“ (3-04 Beratungsstelle, Berlin)

ABBILDUNG 29: **WOHNSITUATION** (BRANDENBURG)



n = 74, Mehrfachnennungen

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

Sieben Befragte (sechs Beraterinnen und eine Mitarbeiterin einer Bildungseinrichtung) aus der ländlichen Region Brandenburg erwähnen im Vergleich zu einer Beraterin in der Stadt den Wunsch der Jugendlichen nach einem eigenen Haushalt.<sup>133</sup> In Berlin sind es drei Befragte, die diesen Wunsch der Jugendlichen erwähnen. Dies ist nicht zuletzt bedingt durch schlechte Wohnverhältnisse, die wiederum von sechs Befragten in Berlin bzw. fünf in Brandenburg angesprochen werden, da sie familiäre Spannungen und Konflikte hervorrufen bzw. negativ beeinflussen können. Betreute Wohnformen spielen ebenfalls eine Rolle in der Wohnbiographie von minderjährigen Schwangeren und Müttern.

**133** Der Wunsch, das Elternhaus mit Hilfe der Gründung einer eigenen Familie verlassen zu können, wird von den Befragten noch einmal im Rahmen der Ursachenfindung in Kap. 5.7 aufgegriffen.

*„Sie stammen aus Familien, wo schon irgendwelche Hilfen installiert waren, wo die jungen Frauen selber auch schon Heimerfahrung hatten.“*  
(1-01 Mutter-Kind-Einrichtung, Brandenburg)

*„Es sind ja viele dabei, die schon in einer Jugendhilfemaßnahme sind, also in einer Mädchen-WG oder Jugend-WG.“* (2-07 Beratungsstelle, Berlin)

*„Und es gibt auch welche, die auf Trebe gingen, die nirgends irgendwo waren, immer weggelaufen sind.“* (3-01 Mutter-Kind-Einrichtung, Berlin)

Aussagen dieser Art machen vorwiegend die Mitarbeiterinnen der Mutter-Kind-Einrichtungen, womit deutlich wird, dass die Betreuung dieser Jugendlichen nach der Schwangerschaft mit großer Wahrscheinlichkeit in Einrichtungen der Jugendhilfe verbleibt.

Ein anderer, nicht unerheblicher Teil der minderjährigen Schwangeren und Mütter wählte bereits eine eigenständige Wohnform und bezog entweder allein, mit dem Partner oder mit Freunden eine eigene Wohnung. Der Ablösungsprozess findet bei einem geringen Teil der Jugendlichen bereits im Vorfeld der Schwanger- bzw. Mutterschaft statt. Für die meisten wird die Ablösung vom Elternhaus erst durch die Schwangerschaft und die Gründung einer Partnerschaft realisiert werden können, soweit dies den Vorstellungen der Jugendlichen entspricht, wie folgende Aussage widerspiegelt:

*„Die meisten wohnen noch bei den Eltern, denken dann aber, wenn sie die Schwangerschaft austragen, darüber nach, zum Freund oder in eine eigene Wohnung alleine zu ziehen.“* (5-08 Beratungsstelle, Brandenburg)

Dass viele Jugendliche vorerst in den Herkunftsfamilien verbleiben, bestätigen für Berlin auch die Zahlen der SENATSV ERWALTUNG FÜR BILDUNG, JUGEND UND SPORT, wonach im Jahr 2005 von 440 verfügbaren Plätzen in betreuten Einrichtungen 85 von minderjährigen Müttern belegt waren.<sup>134</sup> Somit erhalten die Jugendlichen wichtige primäre Unterstützungsleistungen wie Wohnmöglichkeiten sowohl während als auch nach der Schwangerschaft von den Eltern oder der Familie.

## 5.4 ROLLE DER ZUKÜNFTIGEN GROSSELTERN

Das Verhältnis zwischen den zukünftigen Großeltern und der Minderjährigen soll im Folgenden genauer betrachtet werden. Einerseits sind die Ersteren der gesetzliche Vormund der jungen Frau, andererseits können sie dies bei beiderseitigem Einverständnis auch für das Neugeborene übernehmen. Gleichsam sind sie für den größten

<sup>134</sup> Eigene Recherche, siehe Kap. 6 Exkurs

Teil der Betroffenen primäre Bezugspersonen, deren Reaktionen, Einstellungen und Unterstützungspotentiale handlungsleitend für die Jugendlichen werden. Dies wird von den Expertinnen und Experten in Berlin und auch in Brandenburg sowohl mehrfach als auch mit Bestimmtheit erwähnt.

*„Also, das Umfeld ist immer noch der prägende Faktor für die eigenen Entscheidungen.“ (1-10 Beratungsstelle, Brandenburg)*

Nur wenige der Befragten schätzen die Rolle der Eltern als nachrangig ein, der überwiegende Teil stimmt mit der Aussage einer Jugendamtsmitarbeiterin überein:

*„Die Eltern sind da in einer zentralen Rolle und haben eine zentrale Funktion für die junge Schwangere und das ist entscheidend davon abhängig, wie dort die Beziehung ist, wie das Verständnis, die Akzeptanz ist, welchen Weg auch die junge werdende Mutter geht oder weiter gehen kann.“ (2-04 Jugendamt, Berlin)*

Welch umfangreiche Aufgaben und Unterstützungsleistungen damit verbunden sind, verdeutlicht die Aussage einer Beraterin aus Brandenburg.

*„Eine 15-jährige junge Frau, die ein Baby bekommt, ist in der Regel noch nicht ganz alleine in der Lage, deswegen hat sie ja auch noch nicht alleine das Personensorgerecht, so ein Baby mit allen Konsequenzen alleine zu versorgen und die Verantwortung zu übernehmen. Da spielt die Familie eine ganz große Rolle. Die ist also noch angewiesen auf die finanzielle Unterstützung der Familie und auch auf die wirklich tatkräftige Unterstützung der Eltern, was die Versorgung des Kindes anbelangt, d. h., dass sie weiter ihrer Schulausbildung nachgehen kann, dass das Kind von der Einrichtung abgeholt wird, auch die ganz normale Babypflege, Sachen kaufen, Füttern usw.“ (5-08 Beratungsstelle, Brandenburg)*

## **TENDENZIELL REAGIEREN DIE WERDENDEN GROSSELTERN POSITIV**

Aus den meist hypothetischen Annahmen und beschriebenen Kausalbedingungen in der Gestaltung des Eltern-Tochter-Verhältnisses konnten zwei Hauptpositionen der Eltern in Bezug auf die Schwangerschaft der Tochter herausgefiltert werden.

Eine positive Richtung wurde von den Befragten dann interpretiert, wenn die Jugendliche Anerkennung und Unterstützung erhält, ihr Freude und Interesse am Kind entgegengebracht und die Schwangerschaft zu einer Annäherung bzw. Versöhnung mit den Eltern hin zu einem guten Eltern-Tochter-Verhältnis führt.

*„Da sie eben selbst Mütter sind und noch die Mutter von der werdenden Mutter, ist das natürlich eine relativ enge Beziehung und das ist auch oft so, dass die wirklich auch zu jeder Untersuchung da mitkommen und sich sehr, sehr kümmern, unabhängig vom sozialen Stand, muss man einfach sagen. Da ist es schon so, dass da eine große Unterstützung da ist von der Mutter.“ (3-07 Beratungsstelle, Berlin)*

Also findet sich auch in dieser Aussage bestätigt, dass die Eltern der Jugendlichen, wenn sie diese in ihren Aufgaben als Mutter und gleichzeitig Heranwachsende begleiten und unterstützen, die wichtigste Rolle im Hilfesystem einnehmen. An dieser Stelle sei jedoch angemerkt, dass die Integration der Großmutter auch Grenzen überschreiten kann mit der Folge, nicht (mehr) im Sinne der Autonomie der jungen Mutter zu agieren.

*„Manchmal stellt es für die Mütter unserer Schülerinnen dann so eine Lebensaufgabe dar, also das Enkelchen da großzuziehen.“ (2-11 Bildungseinrichtung, Berlin)*

*„Aber die Frage ist ja: Wer ist die Mutter?“ (7-12 Beratungsstelle, Brandenburg)*

Konzepte der (Groß-)Elternberatung müssen an dem Punkt ansetzen, an dem Interessenkonflikte offensichtlich und dominant werden.

Doch nicht in jedem Fall werden die Eltern eine wohlwollende Position bezüglich der schwangeren Tochter einnehmen. Als negative Reaktion wurde die Ablehnung der Tochter oder der Schwangerschaft verstanden, die eine klare Abgrenzung von der Tochter bewirkt bis hin zur Trennung und Kontaktaufgabe.

*„Es gibt aber auch wie gesagt Familien, die dann auch den Kontakt zur Tochter, der ja sowieso nicht so unproblematisch und möglicherweise mit einem belasteten Konflikt geladen ist, dass der entweder völlig abbricht oder sich wirklich nur als nicht geeignete oder stabile Basis dann auch abzeichnet.“ (5-11 Jugendamt, Brandenburg)*

Erhält die Tochter keine Unterstützung durch die Eltern, wird sie in ihren Entscheidungen und Kompetenzen stark bevormundet oder entsteht eine Konkurrenzsituation zwischen Mutter und Tochter, wird dies von den Befragten ebenfalls als eine negative Reaktion interpretiert:

*„Die meisten werden von ihren Eltern in Bezug auf die Schwangerschaft abgelehnt. Wir haben wirklich junge Frauen, die sagen, meine Eltern haben*

*mich rausgeschmissen, meine Eltern haben gesagt, ich müsse abtreiben.“*  
(3-02 Mutter-Kind-Einrichtung, Berlin)

War das Eltern-Tochter-Verhältnis bereits vor der Schwangerschaft gespannt, konfliktbeladen und sehr problematisch, wird die bevorstehende Großelternschaft in seltenen Fällen eine Umkehrung bewirken. Im Gegenteil, die Schwangerschaft wird für die Tochter mit größter Wahrscheinlichkeit dazu beitragen, eine klare Abgrenzung von der Herkunftsfamilie hervorzurufen und stattdessen eigenständig oder mit Hilfe von Kinder- und Jugendhilfemaßnahmen elternunabhängige Lebenskonzepte zu entwickeln.

Aus den Antworten der Befragten lässt sich jedoch die Tendenz herauslesen, dass die Reaktion der Eltern eher positiv und freudig verläuft und sich ihre Rolle als helfende und unterstützende Familienmitglieder im Laufe der Zeit zu einem festen Bestandteil etabliert.

*„Bei der Nachbetreuung hat man dann schon gewisse Einblicke und in den meisten Fällen habe ich dann doch empfunden, dass die Eltern oder die Mutter dann zur jungen Mutter hält und sie doch einbindet in ihr Leben ein bisschen, das kann ich einfach schon so sagen. So ganz allein gelassen habe ich da noch nicht erlebt.“* (7-07 Hebamme, Brandenburg)

## 5.5 BEDEUTUNG DER PEERGROUP<sup>135</sup>

Neben den Eltern und der Herkunftsfamilie sind vor allem Freunde und Mitschüler wichtige Kontakt- und Unterstützungspersonen für minderjährige Schwangere und Mütter. Die peer group bietet zugleich Orientierungsmöglichkeiten im Entwicklungsprozess wie auch Halt und Stabilität außerhalb der Herkunftsfamilie.

Welche Rolle die Freunde und Mitschülerinnen sowie Mitschüler in Bezug auf die Schwangerschaft einnehmen, dass die Reaktionen sehr unterschiedlich ausfallen und sich Freundeskreise verändern können, zeigt Tabelle 25.

<sup>135</sup> Gruppe von Gleichaltrigen bzw. Gleichgesinnten

TABELLE 25: ROLLE UND REAKTION DER PEERGROUP

Peers	BE	Ausb	Med	JH	Ver	Ges
Unterstützung (Begleitung, Rücksichtnahme)	4	1	1	-	-	6
	6	1	3	4	-	14
Freude, Interesse, Bewunderung	1	3	-	-	1	5
	3	3	1	1	-	8
Erfahrungsaustausch	1	1	1	-	-	3
	-	-	-	-	-	-
Isolation von Seiten der Freunde	2	2	1	1	-	6
	7	1	-	-	-	8
Von großer Bedeutung	5	1	2	1	1	10
	3	2	3	4	-	12
Von geringer Bedeutung	1	2	1	-	-	4
	5	-	2	1	-	8
Neue Freundschaften mit Gleichbetroffenen	1	1	-	5	2	9
	1	-	-	2	-	3
Nachahmungseffekt	-	-	-	-	-	-
	-	2	-	-	-	2
Verkleinerung des Freundeskreises	1	2	1	6	-	10
	3	1	1	3	-	8
Unveränderter Freundeskreis	-	-	-	-	-	-
	-	1	1	-	-	2
k. A.	5	1	4	1	1	12
	1	2	1	-	-	4

12 Berlin n = 53, Mehrfachnennungen      12 Brandenburg n = 68, Mehrfachnennungen

BE = Beratung, Ausb = Ausbildung, Med = Medizin, JH = Jugendhilfe, Ver = Vereine, Ges = Gesamtzahl

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

Insbesondere die Beraterinnen heben die große Bedeutung der Peergroup hervor, positive Reaktionen wie Freude, Bewunderung, aber auch Unterstützung und Rücksichtnahme unter Gleichaltrigen dominieren.

*„Die spielen mindestens genauso eine große Rolle wie die Familie, weil die sich ja auch mit ihnen beraten, das ist ja auch das Alter, und die werden sicherlich einen Einfluss haben auf die Entscheidung. Der Freundeskreis verändert sich nachher mit der Geburt. Weil vorher wird das ja nicht so gesehen, da heißt es, wir helfen, wir unterstützen, wir machen, aber wenn der Alltag dann eingezogen ist, verändert sich das, und viele minderjährige Mütter haben dann ihren Freundeskreis nicht mehr. Die gehören da nicht mehr dazu, weil sie dann andere Aufgaben haben, können dies nicht mehr, jenes nicht mehr. Das ist einfach auch so vorprogrammiert. Dann verändert sich der Freundeskreis.“ (1-11 Jugendamt, Brandenburg)*

Die anfänglich zugesicherte Unterstützung von Freunden und Mitschülern wird selten realisiert, da sich kindbezogene Aufgaben und adoleszentes Verhalten für Außenstehende noch schwerer kombinieren lassen als für die junge Mutter.

Ebenfalls häufig wird aber auch erwähnt, dass Freundschaften im Jugendalter starken Schwankungen unterliegen, besonders wenn sie mit einschneidenden, atypischen Ereignissen wie einer Schwangerschaft konfrontiert werden.

*„Es gibt natürlich ganz viele Unterstützungsangebote von gleichaltrigen Mädchen zu Beginn der Schwangerschaft, sie passen aufs Kind auf und dieses und jenes und die bringen ihr die Schulsachen mit nach Hause und so. Das verändert sich aber in der Schwangerschaft, also wenn die Mädchen sozusagen etwas träger werden durch einen dicker werdenden Bauch, und weil sie sich natürlich entsprechend der Schwangerschaft auch etwas zurückziehen und nicht mehr so viel mit weggehen, verlieren die Mädchen dann häufig schnell an Interessantheit für die etwas weiteren Freundinnen und Schulfährtinnen und sind dann häufig eher in einer isolierten Position. Also, die Solidarisierung, die am Anfang da ist, die bröckelt relativ schnell und nach der Schwangerschaft ist nicht mehr allzu viel da. Da fühlen sich die Mädchen eher alleine und suchen Kontakt zu gleichaltrigen Mädchen mit Kindern.“ (6-08 Beratungsstelle, Berlin)*

Den Verlust von freundschaftlichen Beziehungen aufgrund von Schwangerschaft im Jugendalter bestätigen in Berlin vor allem die Befragten aus der Jugendhilfe, in Brandenburg aus der Jugendhilfe und Beratung.

*„[...] dass viele Freunde sich zurückziehen und diese Jugendliche dann eben doch mit ihrem problematischen Konzept alleine dasteht.“ (5-13 Beratungsstelle, Brandenburg)*

Gleichzeitig verweisen die Interviewten aus der Jugendhilfe auf neue bzw. entstehende Freundschaften zu Gleichbetroffenen, was befürwortet wird, um einer sozialen Isolation der Minderjährigen entgegenzusteuern.

*„Da sind sie ja ab einem gewissen Entwicklungsstand ihres Kindes dann selber wieder bestrebt, einen neuen Kreis aufzubauen.“* (7-13 Mutter-Kind-Einrichtung, Brandenburg)

In Brandenburg wird zudem ein Nachahmungseffekt unter Gleichaltrigen von zwei Lehrerinnen beschrieben:

*„Kinderkriegen ist ansteckend. Wenn sie kleine Babys sehen, kommen sie auf die Idee, Mensch, das könnte ich auch.“* (4-04 Bildungseinrichtung, Brandenburg)

## 5.6 ROLLE UND ALTER DES KINDSVATERS

Neben den Eltern der Minderjährigen, den Freunden und den Mitschülern findet eine weitere Person in Bezug auf die Schwanger- und spätere Elternschaft besondere Beachtung: der Kindsvater. Als wichtige Bezugsperson für die junge Frau trägt der werdende Vater einerseits einen Teil der Verantwortung für die Schwangerschaft, teilweise ist er in den Entscheidungsprozess über deren Ausgang involviert. Andererseits kann der junge Mann durch eine aktive Vaterrolle einen wichtigen Beitrag für eine gemeinsame Ausgestaltung der Elternschaft leisten. Hat er zudem die Volljährigkeit erreicht, besitzt er die Möglichkeit, das Sorgerecht und damit die Verantwortung für das Kind zu übernehmen. Welche Art der Gestaltung der Vaterrolle und des Partnerschaftsverhältnisses in dieser Zielgruppe am häufigsten auftritt, soll anhand der Aussagen der Expertinnen und Experten nachvollzogen werden. Sie geben Aufschluss über das Alter sowie den schulischen bzw. beruflichen und sozialen Hintergrund des Partners der jugendlichen Schwangeren oder Mutter. Selten wissen die betroffenen Minderjährigen nicht oder nicht genau, wer der Vater ist. Deshalb bildet nachfolgendes Interviewzitat eine Ausnahme:

*„Andere Väter sind nicht bekannt, zumindest der Mutter selber nicht, oder es kommen mehrere in Betracht.“* (4-06 Bildungseinrichtung, Brandenburg)

Für Berlin und Brandenburg zeigt die Tabelle 26 ein eindeutiges Ergebnis: 42 von 46 Befragten in Berlin und 38 von 48 in Brandenburg machen in ihrer Arbeit mit minderjährigen Schwangeren und Müttern die Erfahrung, dass es sich bei den Partnern um Gleichaltrige oder nur wenig Ältere handelt:

„Je jünger die junge Frau ist, desto jünger ist auch der dazugehörige werdende Vater. Gut, das variiert vielleicht um zwei Jahre, aber das war's dann auch. Die lernen sich ja auch häufig, denke ich, in der Schule kennen. Meistens sind sie selber noch Schüler.“ (8-09 Beratungsstelle, Berlin)

Dass deutlich ältere Partner die Ausnahme bilden, wird zusätzlich von 14 Befragten bzw. zehn Befragten in Brandenburg erwähnt und findet Bestätigung in den wenigen Antworten wie den folgenden:

„Es gibt auch ältere Freunde, die dann sechs, sieben Jahre älter sind.“ (3-07 Beratungsstelle, Berlin) oder „[...] die deutlich älter sind, also sprich, wenn die Mutter 15 ist, zwischen 25 und 35.“ (3-01 Mutter-Kind-Einrichtung, Berlin)

TABELLE 26: SOZIODEMOGRAPHISCHE MERKMALE DER VÄTER

		Berlin	Brandenburg
Alter	Gleichaltrig oder nur wenig älter	42	38
	Ältere sind die Ausnahme	14	10
	Deutlich älter	11	10
Schulischer / beruflicher Hintergrund	In Ausbildung	24	7
	Ohne Ausbildung, ohne Abschluss, Schulabbrecher	12	10
	Arbeitslos	8	6
	Berufstätig	-	3
	Ausbildungssituation ähnlich der der Kindsmutter	8	5
Sozialer Hintergrund	Deutsche Staatsbürgerschaft	21	40
	Migrationshintergrund	14	7
	Erhalt von staatlichen Transferleistungen/ALG II	-	4
	Allgemein schwieriger sozialer Hintergrund	6	6
Vaterrolle	Keine Verantwortungsübernahme	5	7
	Verantwortungsübernahme	4	4
	Infragestellen der Vaterschaft	3	-
	Anstreben des Sorgerechts	2	-
k. A.		4	2

Berlin n = 169, Brandenburg n = 175, Mehrfachnennungen

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

Mit dem jugendlichen Alter der Väter geht einher, dass sie sich ähnlich der minderjährigen Schwangeren und Mutter inmitten der Phase der Entwicklung einer beruflichen Perspektive befinden, also in einer Situation, die von Überlegungen geprägt ist, welcher berufliche Weg gewählt wird und welche Fähigkeiten und Fertigkeiten sich dafür angeeignet werden müssen. Dies wird von einer Beraterin in Brandenburg wie folgt beschrieben:

*„Das sind auch Männer, die nicht voll im Leben stehen. Eigentlich auch Auszubildende oder die noch gar keinen Ausbildungsplatz haben oder ALG-II-Empfänger.“* (1-06 Beratungsstelle, Brandenburg)

Aus den Aussagen der Expertinnen und Experten lässt sich schlussfolgern, dass es sich bei den jungen Vätern vorwiegend um beruflich und finanziell nicht etablierte Personen handelt. Sie haben teilweise bereits defizitäre Bildungskarrieren hinter sich oder sind schon in die Arbeitslosigkeit übergegangen. In Berlin kommt von sechs Befragten zusätzlich der Hinweis, dass es sich um junge Väter mit schwierigem sozialem Hintergrund handelt.

## **VÄTER ÜBERNEHMEN EHER KEINE VERANTWORTUNG**

Aussagen darüber, ob die Partner eher eine unterstützende Position einnehmen oder ob sie sich von der jungen Schwangeren bzw. Mutter distanzieren, machen nur wenige der Befragten. Dabei lässt sich erkennen, dass in Berlin keine der beiden Varianten häufiger genannt wird, in Brandenburg jedoch die Nennungen „Keine Verantwortungsübernahme“ überwiegen. Dennoch beobachten einige folgende Tendenz:

*„Und jetzt sehe ich zunehmend, dass wir da auch junge Väter haben, die da auch ihre Verantwortung übernehmen wollen.“* (1-11 Jugendamt, Brandenburg)

Somit gibt es die jungen Väter, die sich interessiert und engagiert zeigen:

*„Der Partner begleitet dann auch die Geburt und geht in so was wie eine Vaterrolle.“* (3-01 Mutter-Kind-Einrichtung, Berlin)

*„Es gibt viele Jungs, die doch dazu stehen und die mit dem Mädchen das durchstehen. Die Mehrheit.“* (6-04 Hebamme, Berlin)

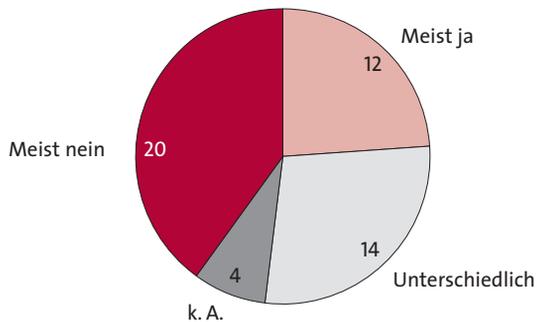
Ob es sich prinzipiell um die älteren Partner oder auch um die sehr jungen Väter handelt, die unterstützend agieren, ist nicht eindeutig zuzuordnen. Vielmehr vermuten die Befragten sowohl in Berlin als auch in Brandenburg, dass sich Väter von

der Kindsmutter eher distanzieren, so dass sie im Hilfesystem keine oder nur eine untergeordnete Rolle spielen, weil sie sich überfordert fühlen:

*„Es ist, glaub ich, eher schon die Regel, dass sich die Väter entziehen“ (7-02 Mutter-Kind-Einrichtung, Brandenburg), „dass die Kindesväter dann schon wieder weg sind, gar nichts mehr damit zu tun haben wollen oder einfach damit überfordert sind.“ (1-07 Hebamme, Brandenburg)*

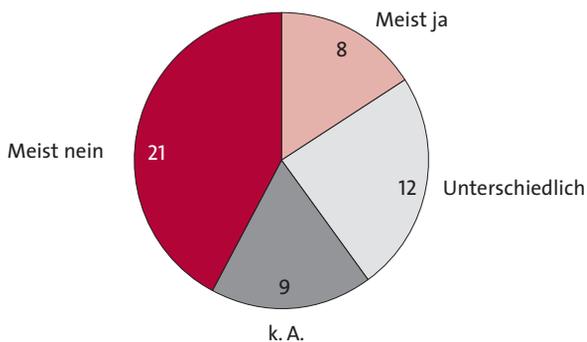
Der letztgenannte Aspekt tritt stärker in den Vordergrund, wenn man die Angaben der Expertinnen und Experten zum Bestehen der Partnerschaft auswertet (Abbildung 30 und 31).

ABBILDUNG 30: **EXISTENZ DER PARTNERSCHAFT MIT DEM VATER DES KINDES**  
(BERLIN)



Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

ABBILDUNG 31: **EXISTENZ DER PARTNERSCHAFT MIT DEM VATER DES KINDES**  
(BRANDENBURG)



Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

Die Frage, ob die Partnerschaft zum Vater des Kindes noch besteht, verneint knapp die Hälfte der Befragten in Berlin und in Brandenburg. Etwa ein Viertel bzw. ein Fünftel bestätigt eine bestehende Partnerschaft, in den meisten Fällen und ein knappes Drittel meint beide Varianten. Die Gründe für das Nichtbestehen der Partnerschaften werden vor allem im jugendlichen Alter und im Entwicklungsstand der Betroffenen gesehen.

*„Weil sich eben einfach der Blickwinkel ändert und es kommt dann auch zu einem Bewusstseinswandel. Also, es sind andere Dinge wichtig, also die junge Mutter wird eigentlich sehr schnell gezwungen, erwachsen zu werden und selbstständig Entscheidungen zu treffen. Und dann ist das, was früher vielleicht an denen attraktiv war, dass der mit den Hüften tanzen konnte, dass der ein toller Hecht war, dass der gut aussah, das ist jetzt alles zweitrangig geworden. Jetzt käme es auf was ganz anderes an: dass er ein guter Vater ist, dass er sich auch um das Kind kümmert, dass er auch Unterhalt zahlen kann. Das sind ganz wichtige Dinge jetzt geworden. Und das ist in vielen Fällen einfach nicht so. Und deswegen kommt es dann zu einer Trennung.“ (4-05 Agentur für Arbeit, Berlin)*

Aber auch in der Gestaltung der Vaterrolle wirkt die persönliche Reife, die sich noch entwickelt, hinderlich für ein gelungenes Partnerschafts- und Vater-Kind-Verhältnis:

*„Also, wenn sie gleichaltrig sind, schaffen sie es nicht, diesen Entwicklungssprung mitzuhalten, jedenfalls nicht die, die wir hier hatten. Also, die kommen mit dieser Situation überhaupt nicht klar. Die brauchen sehr viel Zeit und sind eigentlich mehr, obwohl sie da sind, mehr draußen. Sie schaffen das auch nicht, sich in diesen Prozess und in diesen Tagesablauf zu integrieren, und wirken dann eigentlich noch wie ein Kind, wie selber noch ein Kind, und sind auch furchtbar eifersüchtig auf den kleinen Erdenbürger, weil der nimmt ihnen ja ganz viel von dem, was sie selber noch haben wollten.“ (7-13 Mutter-Kind-Einrichtung, Brandenburg)*

Ergänzt werden die Aussagen der Expertinnen und Experten durch den Hinweis, dass die Partnerschaften meist schon während der Schwangerschaft auseinander gehen (n=2 in Berlin resp. n= 3 in Brandenburg) und wenn nicht, so seien sie perspektivisch gesehen nicht von Dauer (n= 5 resp. n= 6):

*„Also, wenn man so zurückblickt, dann ist es häufig so, dass die Beziehung bei Frauen, die recht früh ein Kind bekommen haben, dass die dann später nicht mehr mit dem Vater des Kindes zusammenleben.“ (5-14 Beratungsstelle, Berlin)*

## WENIGE VÄTER HABEN EINEN MIGRATIONSHINTERGRUND

Da es sich bei Berlin um eine Stadt mit hohem Ausländeranteil handelt, wurde ebenfalls nach der Staatsbürgerschaft der (zukünftigen) Väter gefragt. Dass ein Teil der Partner einen Migrationshintergrund aufweist, bestätigen 14 Befragte, im Vergleich zu den deutschen Vätern ist dieser Teil jedoch niedrig. Aber mit der Vaterschaft verbinden sich konkrete Motive, die als migrationspezifisch bezeichnet werden können:

*„Da gibt es die ausländischen Väter, das sind ganz häufig junge Männer, die über ein Kind einer deutschen Frau versuchen, Aufenthalt zu kriegen.“  
(3-01 Mutter-Kind-Einrichtung, Berlin)*

Zusammenfassend ergibt sich also folgendes Bild eines jungen (zukünftigen) Vaters:

*„Die sind in der Regel oft unter 18 oder grad so 18, aber in der Regel älter als die junge Frau, vielleicht so ein, zwei Jahre, aber nicht sehr viel älter, zumindest habe ich es in der Praxis nicht erlebt. Die haben in der Regel ihre Schule abgeschlossen und sind entweder in Ausbildung oder sind arbeitslos. Das wird nicht direkt angesprochen, aber in der Regel deutsche Staatsangehörigkeit.“ (8-12 Beratungsstelle, Berlin)*

## 5.7 MOTIVE FÜR DIE SCHWANGERSCHAFT UND DEREN HINTERGRÜNDE

Die meisten Teenager-Schwangerschaften entstehen ungeplant, überraschend und haben nachhaltige Konsequenzen für die zukünftigen Eltern.<sup>136</sup> Oftmals werden diese im Vorfeld nicht oder nicht ausreichend bedacht. Ob die Schwangerschaft deshalb auch unerwünscht ist, lässt sich bei näherer Analyse des Themas nicht immer bestätigen, zumal in der Fachliteratur<sup>137</sup> zu Elternschaft im Jugendalter Motive, die auf eine Schwanger- bzw. Mutterschaft als Problemlösungsversuch hindeuten, herausgearbeitet wurden.

Für eine umfassende Darstellung des Themas sollten die befragten Expertinnen und Experten deshalb angeben, was nach ihrer Erfahrung die Motive für das Austragen des Kindes sind und welche Hoffnungen und Wünsche die Minderjährigen ihrer Meinung nach mit einer Mutterschaft verbinden.

Die angegebenen Motive lassen sich in ihrer Kausalität nicht immer klar voneinander trennen, trotzdem wird eine Zusammenfassung in fünf Bereiche vorgenommen,

<sup>136</sup> Vgl. Kap. 3.1

<sup>137</sup> Siehe Kap. 5 Exkurs

die im Folgenden aufgelistet sind. Sie lassen erkennen, dass die wissenschaftlichen Erklärungsansätze von den Befragten aufgrund ihrer Erfahrungen mit minderjährigen Schwangeren und Müttern in Berlin und auch Brandenburg bestätigt werden.

## **DIE PERSÖNLICHKEITSENTWICKLUNG UND DAS ERWACHSENSEIN WERDEN HÄUFIG ALS MOTIV GENANNT**

Die Demonstration des Erwachsenseins, das die Jugendlichen mit Verantwortungsübernahme, selbst gestaltetem Handeln, hoher Wertschätzung und Aufgabenteilung gleichsetzen, dominiert für viele befragte Expertinnen und Experten die Entscheidung für das Austragen des Kindes. Dahinter stehen Wünsche, die persönliche Reife voranzutreiben und die eigene Person hervorzuheben, die in ihrem bisherigen Handeln als passiv, wenig beachtet und eventuell wertlos erlebt wurde. Der Partnerschaft kommt dabei eine wesentliche Aufgabe zu, da sie ebenso Reife und Eigenständigkeit symbolisiert.

TABELLE 27: **MOTIV: PERSÖNLICHKEITSENTWICKLUNG/ERWACHSENSEIN**

<b>Persönlichkeitsentwicklung/Erwachsensein</b>	<b>Berlin</b>	<b>Brandenburg</b>
Statusaufwertung	10	5
Sinn bzw. Aufgabe im Leben	10	2
Selbstständigkeit, Verantwortungsübernahme	8	6
Partnerbindung	7	8
Aufmerksamkeit und Beachtung	3	6
<b>Gesamt</b>	<b>38</b>	<b>27</b>

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

Exemplarisch dafür stehen die folgenden Zitate:

*„Dass, wenn ich jetzt so ein Kind habe, dann bin ich mehr wert, dann bin ich plus eins. Das hat schon mal ein höheres Gewicht, dann habe ich plötzlich eine Aufgabe.“ (6-05 Bildungseinrichtung, Berlin)*

*„Sie möchte vielleicht auch einen Lebensinhalt haben.“ (7-07 Hebamme, Brandenburg)*

*„Dass sie dann im Mittelpunkt stehen, dass sich ganz viele drum herum reihen, dass sie diese Form von Zuwendung eben bekommen oder Interesse*

*einfach, dass es eine spannende neue Sache ist, ja, so in der Art.“ (3-08 Jugendamt, Berlin)*

*„[...] häufig eine Überschätzung eigener Potenzen und häufig so ein Wunsch, sich durch eine Schwangerschaft aus dem Kindsein zu lösen und natürlich der eigenen älteren Generation zu zeigen, dass sie sowohl in der Lage sind, Elternfunktionen zu übernehmen und verantwortlich das Leben zu gestalten. Also, so was zur Beweislegung der eigenen Fähigkeiten.“ (6-08 Beratungsstelle, Berlin)*

*„[...] der Wunsch [...], die Partner ein bisschen zu halten.“ (8-03 Gynäkologe, Brandenburg)*

TABELLE 28: **MOTIV: VERSUCH DES LÖSENS FAMILIÄRER KONFLIKTE**

Versuch des LöSENS familiärer Konflikte	Berlin	Brandenburg
Wunsch nach emotionaler Wärme und Stabilität	20	20
Abgrenzung vom Elternhaus, Selbstgestaltung von Familie	12	18
Gesamt	35	38

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

Hinter diesen Aussagen stehen vielfältig erlebte emotionale Defizite der jungen Frauen, die aus Verlusterfahrungen in der Herkunftsfamilie und/oder Ablehnung in der Kindheit resultieren. Die Jugendliche begibt sich auf die Suche nach einem emotionalen Halt, um die eigenen Defizite kompensieren zu können. Ein Kind stellt in den Augen der jungen Frau eine ideale Möglichkeit dar, Nähe und Zuwendung zu erfahren, die zeitlich nicht begrenzt und damit nicht von Verlust bedroht ist, da die junge Mutter in ihrer Vorstellung die Einzige ist, die die Mutter-Kind-Verbindung herstellt und gestaltet.

*„Das ist sicher ein Punkt, der mich persönlich besonders berührt, wo ich merke, diese Schwangerschaft, dass sie das Kind kriegen, hält die im Leben, also die brauchen etwas und das Kind gibt ihnen so viel, was sie gesucht haben, Wärme, Geborgenheit, Nähe, jemand, der da ist, mit dem sie zärtlich sein können und so, das ist, glaube ich, ein ganz wesentlicher Moment.“ (2-07 Beratungsstelle, Berlin)*

*„[...] und endlich mal jemandem nahe zu sein und nicht mehr allein zu sein, also dieses Beziehungschaos und Durcheinander zu beenden und endlich*

*was für mich ganz alleine zu haben, was mir keiner nehmen kann, das ist dann mein Kind.“ (4-06 Bildungseinrichtung, Brandenburg)*

Gleichzeitig sehen viele Minderjährige offensichtlich die Chance, mit Hilfe der Schwangerschaft aus desolaten familiären Verhältnissen zu flüchten und eine eigene Familie (meist mit dem Partner) zu gründen. Dieser Autonomiegewinn, Abgrenzung von der Herkunftsfamilie einerseits, Selbstgestaltung von Familie andererseits, ist oft an die Vorstellung gekoppelt, es anders und damit in den Augen der Minderjährigen besser als in der eigenen Familie erlebt machen zu wollen.

*„Für die anderen ist es noch mal eine Form, sich von ihrem Elternhaus zu lösen, also eine eigene Familie zu gründen erst mal, ein Stück weit auch vom Elternhaus unabhängig zu werden.“ (8-12 Beratungsstelle, Berlin)*

TABELLE 29: **MOTIV: PERSPEKTIVLOSIGKEIT**

	Perspektivlosigkeit	Berlin	Brandenburg
	Schlechte berufliche Chancen aufgrund Geringer Bildungsbeteiligung	15	8
	Legitime Auszeit durch Verlassen der Ausbildungssituation	7	5
	Finanzielle Anreize	4	3
	Gesamt	26	16

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

Durch die geringen Teilhabeerwartungen sowohl im Ausbildungs- als auch später im beruflichen Bereich wird Mutterschaft als lohnende Alternative zur Arbeitslosigkeit in Kombination mit einer finanziellen Absicherung durch staatliche Mittel gesehen und realisiert. Über diese Aufgabe erhofft sich die junge Mutter nach Meinung vieler Expertinnen und Experten langfristig gesellschaftliche Anerkennung. Kurzfristig erhält sie durch die Schwangerschaft die Legitimation, die aktuelle und meist unbefriedigende Ausbildungssituation zeitweise verlassen zu dürfen. Hat sie bisher nur wenige Erfolge im schulischen oder beruflichen Bereich erzielt, so hofft sie durch das Kind die Erfahrung zu machen, etwas eigenständig und erfolgreich geschaffen zu haben.

*„Keine Chancen in der Zukunft, finde ich, das wächst ja auch, das ist nicht neu, viele sind auf einem Schulweg, der nicht so die Option in die berufliche Karriere möglich macht, es sind ja auch Schulabbrecherinnen dabei und dass die beruflichen Perspektiven sehr schlecht sind. Und da ist es auch eine legitime Entscheidung, zu sagen ich hab sowieso nichts, da habe ich*

ein Kind und kümmere mich darum, was mich dann auch ernährt, weil ich krieg Erziehungsgeld und ALG II und so, dann auch finanzielle Sachen.“ (2-07 Beratungsstelle, Berlin)

TABELLE 30: MOTIV: ABLEHNUNG EINES SCHWANGERSCHAFTSABBRUCHS

Ablehnung eines Schwangerschaftsabbruchs	Berlin	Brandenburg
Ethisch-moralische Einstellungen	11	12
Duldung der Schwangerschaft, Austragen als logische Konsequenz	9	5
Kritischer Zeitpunkt wurde bereits überschritten	8	10
Angstbesetzte Einstellungen	3	6
Gesamt	21	33

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

Bei der Frage nach dem Entscheidungsverhalten dürfen Wertvorstellungen nicht außer Acht gelassen werden. Gerade bei Heranwachsenden spielen ethisch-moralische Grundsätze eine wesentliche Rolle, sich gegen einen Schwangerschaftsabbruch zu entscheiden. Insbesondere ganz junge Mädchen verfügen häufig nicht über differenzierte Lebenserfahrungen und interpretieren den Schwangerschaftsabbruch als Tötung oder Mord. Die Überzeugung, Verantwortung für das eigene Handeln und dessen Konsequenzen übernehmen zu müssen, spricht ebenso für das Austragen des Kindes wie die Angst vor einem Schwangerschaftsabbruch oder dessen möglichen negativen Konsequenzen wie Unfruchtbarkeit oder psychischem Leid.

Wurde der kritische Zeitpunkt bereits überschritten, stellt sich die Frage nach der Alternative Schwangerschaftsabbruch nicht mehr.

*„Wenn sie in der Konfliktberatung sind, dann benennen sie häufig, dass sie das Ultraschallbild gesehen haben und sich, nachdem sie das gesehen haben, aus moralischen Gründen nicht mehr für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden können, weil sie dann sagen, sie haben ja jetzt schon eine Beziehung hergestellt und das können sie für sich nicht vertreten. Dann kommt auch noch große Angst hinzu, nach einem Schwangerschaftsabbruch nicht mehr schwanger werden zu können, also erzählen die Jugendlichen auch so, also wenn es da Komplikationen gibt und ich will ja irgendwann mal Kinder haben.“ (2-12 Beratungsstelle, Berlin)*

*„Erstens mal dass sie es zu spät gemerkt haben, zweitens dass sie keinen Abbruch machen möchten, dass sie sagen, ich habe jetzt mit der Verhütung nicht aufgepasst, jetzt muss ich auch dazu stehen.“ (1-09 Beratungsstelle, Brandenburg)*

TABELLE 31: **MOTIV: TRADITIONELLER LEBENSENTWURF DURCH VORBILDER**

Traditioneller Lebensentwurf durch Vorbilder	Berlin	Brandenburg
Selbstverständnis und Idealisierung von Mutterschaft	4	3
Familiäre Vorbilder: Teenagermütter als Familientradition, eigene Erfahrungen durch jüngere Geschwister	-	6
Mediale Vorbilder	1	-
Gesamt	5	9

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

*„Ich erlebe es auch oft, dass, wenn die Mutter schon früh ein Kind geboren hat, dann kriegt die Tochter auch meistens schon früh ein Kind, also so, wie die Mutter es vorgelebt hat.“ (8-10 Gynäkologe, Brandenburg)*

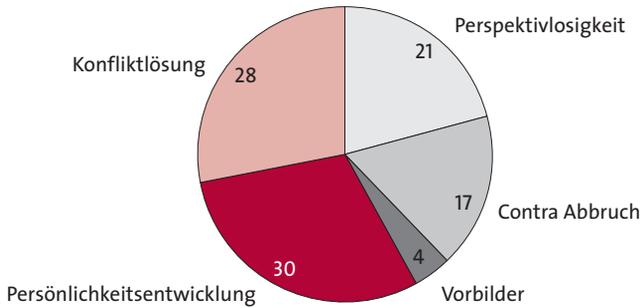
Die Befragten in Brandenburg sehen keinen Zufall darin, dass die Mütter der Minderjährigen ebenfalls häufig sehr jung Mutter geworden sind. Sie übernehmen damit eine Vorbildfunktion, die den Mädchen suggeriert, dass es sich um einen zu bewältigenden und damit lohnenswerten Lebensentwurf handelt. Diese Überzeugung kann ebenso aus einem großen Familienverband resultieren, wenn die Minderjährige bereits früh selbstständig Aufgaben der Kinderbetreuung und -pflege bei jüngeren Geschwistern übernommen hat.

*„Also, meiner Erfahrung nach hat es damit zu tun: Wie hoch ist der Stellenwert in der Familie vom Baby, vom Kinderkriegen, wie wichtig ist es?“ (7-12 Beratungsstelle, Brandenburg)*

Nicht selten geben Minderjährige den Wunsch nach Mutterschaft an, der in ihrem Lebensentwurf ganz selbstverständlich integriert und an keinen Zeitpunkt gebunden ist. Eine Idealisierung findet dahingehend statt, dass in der Mutterschaft eine Aufgabe gesehen wird, die keine weiteren (beruflichen) Alternativen vorsieht und an traditionelle Vorstellungen von Weiblichkeit und Familie gekoppelt ist. Gleiches gilt für den Nachahmungseffekt durch mediale Vorbilder wie z. B. Sitcoms oder Daily Soaps, in denen idealtypische Bilder von Familie und Elternschaft transportiert, jedoch von den meisten Jugendlichen nicht differenziert genug konsumiert werden, so dass eine Unterscheidung zwischen Realität und Fiktion nicht erfolgt.

Am häufigsten werden von den Berliner Befragten Gründe genannt, die in den Augen der Jugendlichen eine Persönlichkeitsentwicklung bewirken und eine Lösung bestehender familiärer Konflikte hervorrufen. An dritter Stelle stehen Motive, die aus einer gewissen Perspektivlosigkeit resultieren und an vierter Stelle Gründe, die gegen einen Schwangerschaftsabbruch sprechen.

ABBILDUNG 32: **MOTIVE FÜR DAS AUSTRAGEN EINES KINDES**  
(BERLIN, ANGABEN IN %)

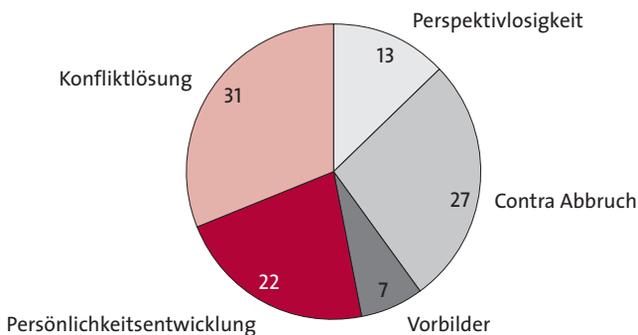


n = 125, Mehrfachnennungen, keine Angabe n = 1

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

In Brandenburg hingegen wurden von den Befragten am häufigsten Gründe genannt, die in den Augen der Jugendlichen eine Lösung bestehender familiärer Konflikte hervorrufen, gefolgt von Gründen, die gegen einen Schwangerschaftsabbruch sprechen. An dritter Stelle stehen Motive, die eine Persönlichkeitsentwicklung bewirken sollen und an vierter Stelle Gründe, die aus einer gewissen Perspektivlosigkeit resultieren.

ABBILDUNG 33: **MOTIVE FÜR DAS AUSTRAGEN EINES KINDES**  
(BRANDENBURG, ANGABEN IN %)



n = 93, Mehrfachnennungen, keine Angabe n = 4

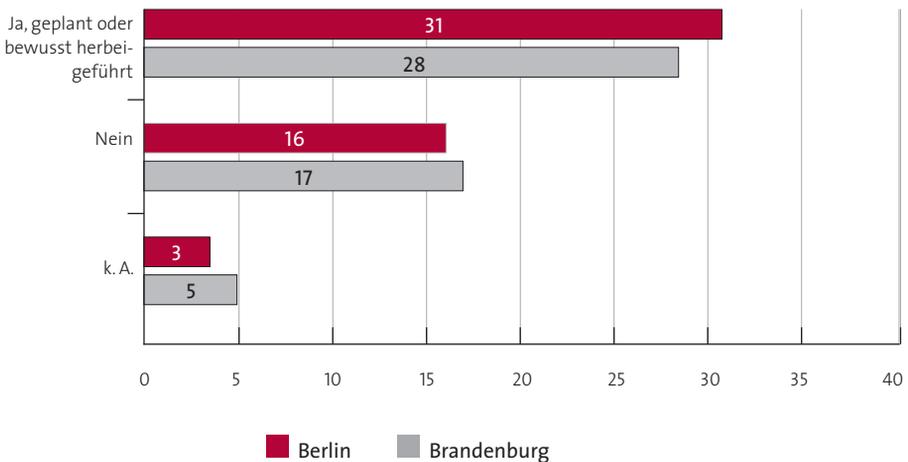
Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

Die Abbildungen und die Aussagen der Befragten machen noch einmal deutlich, dass der Hauptteil der genannten Gründe für mehr oder weniger unbewussten Problemlösungsstrategien beruht. Die damit verbundenen Hoffnungen und Wünsche, die bestehenden Defizite auszugleichen, werfen zu Recht die Frage auf, ob diese Schwangerschaften nicht vielleicht bewusst herbeigeführt werden.

## DIE MEISTEN SCHWANGERSCHAFTEN DER KLIENTINNEN SIND SCHEINBAR GEWOLLT

Bis auf die konsequente Ablehnung eines Schwangerschaftsabbruchs und das Überschreiten des kritischen Zeitpunktes für dessen Durchführung deuten alle genannten Motive für das Austragen der Schwangerschaft auf den Versuch hin, defizitärer Lebenslagen zu kompensieren, sei es nun im familiär-emotionalen Bereich oder auf die aktuelle Ausbildungssituation mit entsprechenden Zukunftsperspektiven bezogen. Aus diesem Wunsch nach Änderung der aktuellen Lebenssituation ergibt sich die Konsequenz, dass Teenager-Schwangerschaften nicht per definitionem dem Zufall unterliegen. Die Expertinnen und Experten sollten daher einschätzen, ob ihrer Meinung nach Minderjährige ihre Schwangerschaft bewusst planen (Abbildung 34).

ABBILDUNG 34: GEPLANTE TEENAGER-SCHWANGERSCHAFTEN



Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

Bei knapp zwei Dritteln der Expertinnen und Experten in Berlin, die von geplanten Schwangerschaften bei Minderjährigen erfahren haben, handelt es sich u. a. um alle befragte Mitarbeiterinnen der Mutter-Kind-Einrichtungen, vier von fünf Hebammen, drei von vier Vereinsmitarbeiterinnen und elf von 17 Beraterinnen. Die Befragten der Bildungseinrichtungen, Jugendämter und Agenturen für Arbeit

sowie die Gynäkologen und Gynäkologinnen hingegen verneinen und bejahen die Frage zu gleichen Teilen. Insgesamt ein knappes Drittel lehnt die Aussage ab, dass Jugendliche geplant schwanger werden.

In Brandenburg fallen die Antworten der Befragten in der Gesamtbetrachtung ähnlich wie in Berlin aus. Differenziert man nach Einrichtung, so handelt es sich in Brandenburg bei gut der Hälfte der Expertinnen und Experten, die von geplanten Schwangerschaften bei Minderjährigen erfahren haben, u. a. um vier von sechs Befragten in Bildungseinrichtungen, vier von sieben aus Jugendämtern, vier von fünf Gynäkologinnen und Gynäkologen und um zwei Drittel der Beraterinnen und Berater. Insgesamt ein Drittel lehnt die Aussage ab, dass Jugendliche geplant schwanger werden, wobei es sich hier um drei von vier Mitarbeiterinnen in Mutter-Kind-Einrichtungen und zwei von drei Personen in den Agenturen für Arbeit handelt. Ein Unterschied zwischen der ländlichen und der städtischen Region ist dabei nicht festzustellen.

Von den 31 Befragten in Berlin und 28 in Brandenburg, die vom gezielten Planen einer Mutterschaft im Jugendalter erfahren haben, relativieren elf Befragte ihre Aussage mit dem Zusatz, dass diese Fälle sehr selten vorkommen:

*„Es sind nicht allzu viele, aber es gibt Mädchen, die ganz klar sagen, ich wollte schon immer Kinder, sie haben es ganz lange probiert und jetzt hat es geklappt, und ich will das auch, egal was die anderen sagen.“* (6-08 Beratungsstelle, Berlin)

*„Die wenigsten sind so überzeugte Schwangere, dass sie da ein Wunschkind austragen.“* (1-07 Hebamme, Brandenburg)

Lediglich eine Mitarbeiterin eines Berliner Vereins bzw. einer brandenburgischen Bildungseinrichtung und eine Gynäkologin meinen:

*„Das habe ich schon mehrfach erlebt.“* (4-07 Verein, Berlin)

*„Nein, das kommt oft vor.“* (8-10 Gynäkologin, Brandenburg)

Auf die Frage, wer diese jugendlichen Mütter sind und welche Gründe die Befragten sehen, werden am häufigsten, mit jeweils drei Nennungen, ältere Teenager mit 17, fast 18 Jahren sowie junge Frauen mit Migrationshintergrund genannt. Je einmal werden Schulabbrecherinnen und Minderjährige aus allen sozialen Schichten erwähnt. Die Motive, die hinter den Schwangerschaften stehen, sind weitestgehend deckungsgleich mit den oben beschriebenen Ursachen für und Hintergründen von Teenager-Schwangerschaften.

All diese Angaben stehen jedoch nicht dem Gesamteindruck entgegen, weshalb es immer noch am häufigsten zu Schwangerschaften im Teenageralter kommt:

„In meinen Befragungen, wenn ich also Jugendliche habe und frage: ‚war es ein Unfall oder war es gewünscht?‘, war es meistens ein Unfall.“ (4-09 Agentur für Arbeit, Berlin)

Als Folge wird die Schwangerschaft als Option angenommen und positiv besetzt, womit nicht auszuschließen ist, dass der „Unfall“ nicht trotzdem willkommen ist.

## 5.8 ZUKUNFTSVORSTELLUNGEN

Nachdem deutlich wurde, dass die jungen Frauen in eine Schwangerschaft vielfältige Wünsche und Hoffnungen projizieren, soll anhand der Aussagen der Expertinnen und Experten aufgezeigt werden, welche Pläne die Jugendlichen bezüglich ihrer Zukunftsgestaltung den Fachkräften gegenüber äußern und welche Vorstellungen dahinterstehen. Viele der Antworten entsprechen den Motiven der Betroffenen, mit Hilfe eines Kindes Selbstständigkeit zu erlangen oder die Partnerschaft zu stabilisieren. Dass noch weitere, z. T. sehr idealisierte Vorstellungen von den Jugendlichen genannt werden, zeigt Tabelle 32.

TABELLE 32: ZUKUNFTSVORSTELLUNGEN DER JUGENDLICHEN

		BE	JH	Ausb	Med	Ver	Ges
Schule/Ausbildung/Beruf/ Erwerbstätigkeit	Die Ausbildung beenden bzw. eine Ausbildung absolvieren	10	6	6	3	1	26
		11	7	5	6	-	29
	Sich voll und ganz dem Kind widmen, Aufgabe: Mutter	4	3	-	1	1	9
		-	-	-	-	-	-
	Beruf/Arbeit haben	-	1	3	-	1	5
		2	3	3	1	-	9
	Eine gute Basis für das Kind schaffen und nicht auf staatliche Unterstützung angewiesen sein	2	1	-	-	-	5
		1	2	2	1	-	6
	Eine Ausbildung absolvieren, die nicht den Voraussetzungen entspricht	1	1	2	1	-	5
		-	-	-	-	-	-
	Die Ausbildung abbrechen bzw. keine Ausbildung absolvieren	3	-	1	-	1	5
		3	2	-	-	-	5
	Absicherung durch den Staat	-	-	-	-	-	-
		2	-	-	2	-	4

Weiter auf der nächste Seite >

		BE	JH	Ausb	Med	Ver	Ges
Familie und Partnerschaft	Partnerschaft erhalten bzw. anstreben	5	5	5	2	1	18
		7	4	1	1	-	13
	Genormter Familien- und Zukunftsbegriff in Kombination mit Romantisierungen	5	1	3	3	1	12
		2	2	3	1	-	8
	Eigene Wohnung bzw. mit Partner zusammenziehen	4	3	1	1	-	9
		3	4	-	-	-	7
	Weitere Kinder	1	1	1	-	2	5
		1	-	2	-	-	3
	Es besser machen wollen als die Eltern	1	1	-	-	1	3
		-	-	-	-	-	-
	Unterstützung von den Eltern	-	-	-	-	-	-
		-	2	1	-	-	3
	k. A.	-	1	1	3	-	5
		4	1	-	2	-	7

12 Berlin n = 102, Mehrfachnennungen    12 Brandenburg n = 87, Mehrfachnennungen

BE = Beratung, JH = Jugendhilfe, Ausb = Ausbildung, Med = Medizin, Ver = Vereine, Ges = Gesamtzahl

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

*„Sie möchten ihre Ausbildung beenden, sie möchten einen Beruf haben, damit sie ihren Kindern auch was bieten können.“ (1-01 Mutter-Kind-Einrichtung, Brandenburg)*

Diese Aussage entspricht in den Grundzügen den Vorstellungen der jungen Frauen, wie sie ihre Zukunft gestaltet sehen. An erster Stelle der Nennungen, in Berlin und Brandenburg, stehen Pläne, die eine berufliche Integration bewirken und damit die Möglichkeit einer Selbstversorgung unabhängig vom Staat verstärken. Manche Jugendliche fassen es noch konkreter, indem sie ein klares Ziel damit verbinden:

*„Ich will nicht von Sozialhilfe leben, ich möchte nicht von ALG II leben.“ (1-03 Beratungsstelle, Brandenburg)*

Weit seltener wird die Variante genannt (fünfmal in Berlin resp. fünfmal in Brandenburg), dass Mädchen bewusst auf eine Ausbildung verzichten und stattdessen ihre Zukunft allein über die Mutterschaft definieren:

*„Also, die berufliche Ausbildung wird dann gar nicht mehr angestrebt, sondern es wird gleich das eigene Familienglück gesehen.“ (6-07 Beratungsstelle, Berlin)*

*„Oftmals sind es auch Mädchen, die einen anderen Lebensanspruch haben: Ja, ich widme mich jetzt voll und ganz meinem Kind.“ (5-10 Verein, Berlin)*

*„Die das als Chance sehen, auszusteigen. Die schwanger sind, die Kinder bekommen und wissen, jetzt bin ich im Hartz IV und da kriegt mich keiner mehr raus, die auch die Lehre nicht mehr machen, weil sie wissen, sie haben vom Arbeitsamt mehr Geld als beim BAB oder Bafög oder Lehrlingsgeld.“ (1-10 Beratungsstelle, Brandenburg)*

Vor allem die Berliner Befragten aus dem Bildungsbereich mussten die Erfahrung machen, dass mancher Berufswunsch nicht mit den Potentialen der Jugendlichen übereinstimmte:

*„Die wollen also dann auch schon sehr gern in erziehende Berufe gehen, obwohl sie die Voraussetzungen, sei es im schulischen Bereich oder vom Zeitaufwand, von der Belastbarkeit nicht haben.“ (4-01 Agentur für Arbeit, Berlin)*

## **DIE JUGENDLICHEN WÜNSCHEN SICH EINE IDEALTYPISCHE FAMILIE**

Bezüglich Familie und Partnerschaft unterscheiden sich die Minderjährigen in ihren Wünschen auf den ersten Blick nicht von den Erwachsenen.

*„Sie möchten einen Partner haben, sie möchten eine Wohnung haben, ein, zwei Kinder.“ (5-03 Beratungsstelle, Brandenburg)*

Im Gegenteil, man kann die Vorstellungen als idealtypisch und normiert mit den klassischen Rollenverteilungen bezeichnen, denn:

*„Meistens wünschen sie sich eine heile Familie, also Mutter, Vater, Kind, das sind schon Vorstellungen, die sie äußern.“ (5-07 Beratungsstelle, Brandenburg) Und „die Unterstützung der Familie, in der sie sich im Moment befinden, auf die möchten sie auch nicht verzichten.“ (1-11 Jugendamt, Brandenburg)*

Die traditionellen Vorstellungen von Familie und Rollenverteilungen scheinen den jungen Frauen vor allem Sicherheit zu bieten, teils, weil sie es selbst nicht erfahren

haben. Somit setzen viele Jugendliche ihre Hoffnungen einer positiv determinierten Lebensgestaltung in ihre Kinder:

*„Und [sie] wollen denen auf jeden Fall was Besseres bieten, als sie selbst geboten gekriegt haben.“* (3-03 Mutter-Kind-Einrichtung, Berlin)

Die wenigsten sind so selbstbewusst, dass sie versuchen, ihr Leben unabhängig von einem neuen Partner zu gestalten.

*„Die Mädels möchten auf jeden Fall nicht alleine sein mit dem Kind, also keine klassische Alleinerziehende mit Kind, das wollen die alle nicht, die haben alle den Wunsch und den Traum, eine Familie zu gründen.“* (2-09 Jugendamt, Berlin)

Eine Beraterin bringt die Zukunftsvorstellungen der jungen Frauen wie folgt auf den Punkt:

*„Die Jugendlichen sind da sehr traditionell, das wäre eigentlich ihr Wunsch, glücklich sein, viel Geld haben.“* (8-05 Beratungsstelle, Berlin)

*„Das Kind war vielleicht auch der Helfer dazu, dass man Unterstützung bekam durch die Gesellschaft.“* (1-15 Beratungsstelle, Brandenburg)

Die Zukunftspläne der Jugendlichen werden von den Befragten überwiegend als unkonkret und kaum reflektiert bezeichnet. Elf Befragte (Berlin und Brandenburg) geben sogar an, die Jugendlichen hätten eher keine Zukunftspläne, sondern neigt zu kurzfristiger Orientierung. So meint eine Beraterin,

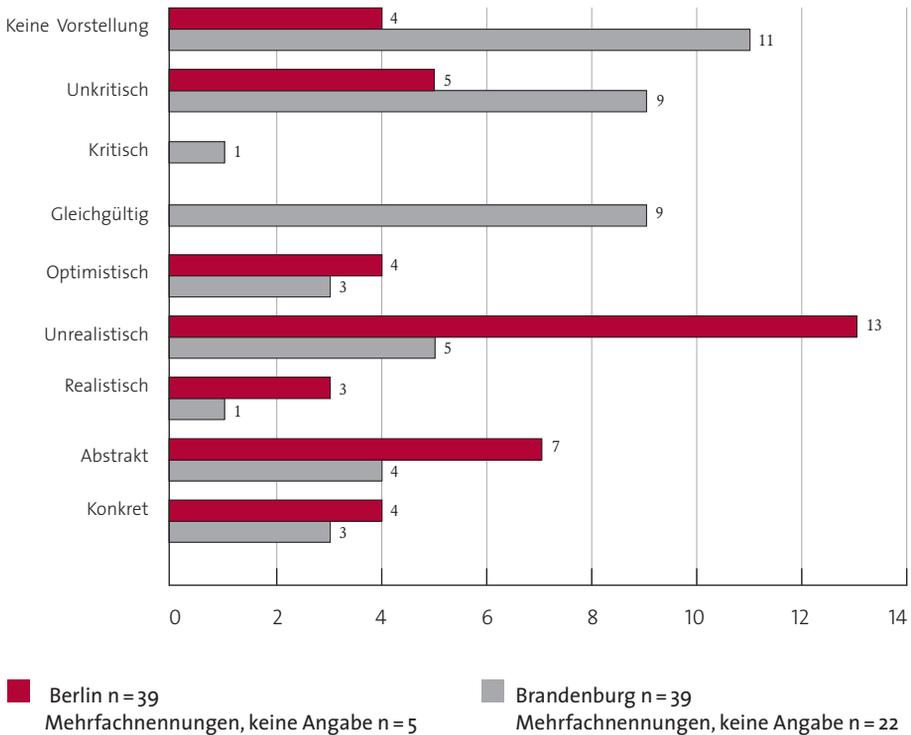
*„dass sie gar nicht viel weiter denken als bis zur Geburt und vielleicht die ersten Wochen und Monate ein kleines Kind haben. Aber das, was danach kommt?“* (6-09 Beratungsstelle, Berlin)

*„Die machen sich da nicht wirklich Gedanken drum.“* (5-13 Beratungsstelle, Brandenburg)

Eine andere Beraterin in Brandenburg meinte, je älter die Jugendliche sei, umso konkreter sei ihr Zukunftsbegriff. In Berlin sind vier Befragte dieser Meinung.

*„Je älter die Jugendliche ist, wenn sie eben doch schon jenseits von 16, 17 ist, hat sie schon realistischere Vorstellungen von dem, was auf sie zukommt mit einer Doppel- oder Dreifachbelastung, als eine 15-Jährige haben kann.“* (3-05 Beratungsstelle, Berlin)

ABBILDUNG 35: BEWERTUNG DER ZUKUNFTSVORSTELLUNGEN



Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

Sehr oft findet sich jedoch in den Interviews der Hinweis, dass sich die Jugendlichen ihrer Verantwortung für das Kind nicht bewusst sind und sie die Tragweite ihrer Entscheidung nicht abschätzen können. Insgesamt wird durch die Aussagen der Expertinnen und Experten der Eindruck vermittelt, dass die Vorstellungen der Jugendlichen allzu oft unrealistisch, idealistisch, unkritisch, regelrecht naiv und romantisch verklärt sind. Insbesondere die Berliner Befragten aus dem Bereich der Jugendhilfe, der Ausbildung und der Beratung sowie die brandenburgischen Befragten aus der Jugendhilfe und dem medizinischen Bereich teilen diese Ansicht.

*„Sie sehen das also sehr unrealistisch, was da an Belastungen auf sie zukommt und für Anforderungen auf sie zukommen mit dem Kind.“ (2-02 Bildungseinrichtung, Berlin)*

Hinzu kommen diffuse, unklare Angaben der Jugendlichen, wie eine Beraterin mitteilt:

„Wenn ich frage: ‚Wie stellst du dir dein weiteres Leben vor?‘ dann kommt sehr oft die Antwort, das werde ich sehen, es wird irgendwie weitergehen.“ (2-10 Beratungsstelle, Berlin)

In Brandenburg wird von Gynäkologinnen und Gynäkologen, aber auch von Beraterinnen und Beratern kritisch angemerkt, dass Probleme eher verdrängt werden.

„Aber dass das auch Arbeit macht und sie einschränkt im Leben, das wollen sie gar nicht wissen und das ist auch nicht in ihrem Horizont.“ (8-07 Gynäkologe, Brandenburg)

„Die unterschätzen mitunter [...] die körperliche Belastbarkeit.“ (5-08 Beratungsstelle, Brandenburg)

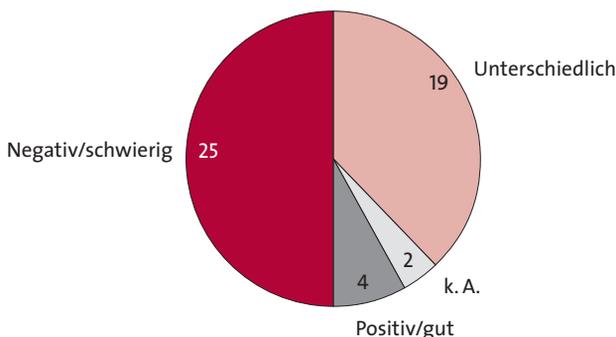
Es gibt aber auch gegenteilige Angaben zu den Einstellungen der Jugendlichen. So werden sie von einer brandenburgischen Mitarbeiterin einer Bildungseinrichtung z. T. als kritisch und demzufolge verantwortungsbewusst eingeschätzt und hätten konkrete Pläne wie die Erlangung eines Schulabschlusses oder einer Berufsausbildung.

„Es gibt auch welche, die richtig echte Vorhaben trotz des Kindes noch haben.“ (1-07 Hebamme, Brandenburg)

„In Bezug auf Partnerschaft, Familie, Schule und Beruf sind sie eigentlich sehr optimistisch.“ (3-09 Hebamme, Berlin)

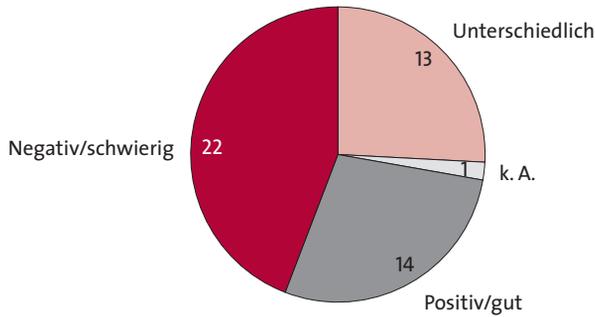
Ob die Jugendlichen ihre Vorstellungen tatsächlich realisieren und wie die Expertinnen und Experten die Zukunft minderjähriger Schwangerer und Mütter beurteilen, zeigt Abbildung 36.

ABBILDUNG 36: **EINSCHÄTZUNG DER ZUKUNFT DER MINDERJÄHRIGEN**  
(TENDENZEN, BERLIN)



Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

ABBILDUNG 37: **EINSCHÄTZUNG DER ZUKUNFT DER MINDERJÄHRIGEN**  
(TENDENZEN, BRANDENBURG)



Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

In der Tat sind Pauschalisierungen von Zukunftsperspektiven aufgrund der unterschiedlichen Lebenslagen kaum zulässig, weshalb über ein Drittel der Expertinnen und Experten in Berlin bzw. ein Viertel in Brandenburg die Entwicklungsmöglichkeiten als unterschiedlich einschätzt. Dennoch werden die Zukunftschancen Minderjähriger mit Kind von der Hälfte der Befragten als negativ und vor allem schwierig eingestuft. Nach Berufsgruppen unterteilt, zeigt sich in Berlin außer bei den Beraterinnen und Beratern die Grundhaltung, Schwierigkeiten in der Bewältigung der Lebenssituation der jungen Frauen in den Vordergrund zu stellen:

*„Ja, ich sehe die Zukunft für Mutter und Kind bei uns hier ganz, ganz traurig.“ (2-01 Gynäkologe, Berlin)*

Dies gilt in Berlin für alle Befragten aus den Vereinen und gynäkologischen Praxen und für fünf von sechs Mitarbeiterinnen in Bildungseinrichtungen. In Brandenburg sehen vier von fünf Gynäkologinnen und Gynäkologen vorrangig Schwierigkeiten in der Bewältigung der Lebenssituation, während die anderen Berufsgruppen eine größere Heterogenität in ihren Einschätzungen aufweisen. Ein Stadt-Land-Vergleich in Brandenburg zeigt, dass die ländlichen Befragten ihre Antworten stärker polarisieren als ihre Kolleginnen und Kollegen im städtischen Raum, 29 % vs. 26 % sehen die Zukunft positiv, 54 % vs. 32 % negativ und nur 14 % vs. 41 % meinen „Unterschiedlich“.<sup>138</sup>

Nur wenige Befragte in Berlin sehen die Zukunft der jungen Frauen deutlich positiv, indem sie berichten:

*„Wir haben hier viele Fälle, zum Glück auch, die insoweit positiv verlaufen, wo also junge Mütter es schaffen, doch mit den entsprechenden Hilfen*

<sup>138</sup> Einmal wurde keine Angabe gemacht (3%).

und Unterstützungen ihren Weg zu gehen und zusammen mit ihrem Kind oder ihren Kindern, das haben wir auch, auch eine gute Zukunft für sich zu finden und zu entwickeln.“ (2-04 Jugendamt, Berlin)

Andere brandenburgische Befragte, darunter drei aus den Jugendämtern, sehen die Zukunft der Betroffenen ebenfalls weniger negativ:

„Ich denke, dass es möglich ist mit den Unterstützungsangeboten und Arrangements, die man gestalten kann und die auch gestaltbar sind, das lässt auch der Gesetzgeber zu, denke ich, dass man da einer Mutter, die ein Kind erwartet, helfen kann und dass die beiden auch eine Zukunft haben.“ (5-11 Jugendamt, Brandenburg)

Andere meinen, dass die Jugendlichen die Schwangerschaft und das Kind instrumentalisieren, um einer unbefriedigenden Lebenssituation zu entkommen.

TABELLE 33: ZUKUNFTSPERSPEKTIVEN DER MINDERJÄHRIGEN

		BE	JH	Ausb	Med	Ver	Ges
Die Zukunft von Mutter und Kind wird eher positiv gesehen, weil ...	... soziale Netzwerke und Hilfsstrukturen vorhanden sind und auch angenommen werden	7	3	5	4	1	20
		15	5	4	4	-	28
	... Motivation, Engagement und eine Lebensperspektive vorhanden sind	6	3	2	1	-	12
		-	-	-	-	-	-
	... (angepasste) Berufs- und Ausbildungsangebote vorhanden sind und auch angenommen werden	5	-	2	3	-	10
		8	2	4	2	-	16
Die Zukunft von Mutter und Kind wird eher negativ gesehen, weil ...	... Mutterschaft eine Persönlichkeitsentwicklung bewirkt	-	-	-	-	-	-
		3	-	-	-	-	3
	... Berufs- und Ausbildungsangebote nicht vorhanden sind oder nicht angenommen werden	5	4	4	2	2	17
		10	3	5	3	-	21
	... soziale Netzwerke und Hilfsstrukturen nicht vorhanden sind oder nicht angenommen werden	8	-	3	2	-	13
		6	3	1	2	-	12
	... die Situation zu Überforderung führt	1	4	1	-	1	7
		2	-	-	1	-	3
	... Motivation, Engagement und eine Lebensperspektive nicht vorhanden sind	1	1	2	1	-	5
		-	-	-	-	-	-

Weiter auf der nächsten Seite >

		BE	JH	Ausb	Med	Ver	Ges
weitere Konsequenzen für Mutter und Kind	werden immer auf staatliche Unterstützung angewiesen sein oder auf die Unterstützung von Dritten	1	-	1	2	1	5
		2	2	-	1	-	5
	weitere Kinder folgen	-	2	2	1	-	5
		5	-	-	1	-	6
	auf gesellschaftlicher Ebene allgemein schwer mit Kind, besonders als Alleinerziehende	-	1	2	-	1	4
		2	1	4	1	-	8
	Fortführung der Familienbiographie	1	2	-	1	-	4
		-	-	-	-	-	-
	Trennung von Mutter und Kind: Pflegefamilien/Adoption/Großeltern	-	2	1	-	-	3
		-	-	-	-	-	-
k.A.		2	-	-	-	-	2
		-	1	-	-	-	1

12 Berlin n=105, Mehrfachnennungen      12 Brandenburg n=105, Mehrfachnennungen

BE = Beratung, JH = Jugendhilfe, Ausb = Ausbildung, Med = Medizin, Ver = Vereine, Ges = Gesamtzahl

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

Dass der Wunsch nach einer stabilen Partnerschaft in den meisten Fällen unerfüllt bleibt, zumindest wenn er sich auf den Kindsvater bezieht, konnte bereits in Kapitel 5.6 gezeigt werden. Inwieweit andere Partner zur Komplettierung des Familienideals beitragen, wird von den Befragten nicht erwähnt.

Die folgende Übersicht verdeutlicht, dass die Einschätzung durch die Expertinnen und Experten zur Zukunftsperspektive von Mutter und Kind von der Lebenslage und dem persönlichen Engagement der Jugendlichen abhängt.

**Unterstützungspotential**

„Ich denke, die schaffen das dann schon, der größte Teil der jugendlichen Schwangeren kommt dann letztendlich irgendwann doch gut damit zurecht, mit Unterstützung, aber kommt zurecht. Mitunter ist es nicht die eigene Familie, wie gesagt, dann ist die Möglichkeit, in einem Mutter-Kind-Heim erst noch mal zu lernen.“ (5-07 Beratungsstelle, Brandenburg)

**Ausbildungsangebote**

„Es gibt junge Frauen, die bemühen sich wirklich reichlich, dennoch in eine Ausbildung zu kommen, um mit der Idee, dass eine Ausbildung und Beruf weiter hilft, z. B. auch, um dieses Kind zu ernähren und zu finanzieren und alles was dazukommt. Das heißt, auch der Beruf kann für diese jungen Frauen ein ganz hoher Wert sein.“ (4-08 Agentur für Arbeit, Berlin)

**Eigeninitiative**

„Man kann eben oft sehen, dass junge Mütter auch mit 16 Jahren schon hoch motiviert sein können, eben halt sich auch schon freuen und eben halt auch schon planen, wie es eben weitergeht in ihrem Leben.“ (3-06 Hebamme, Berlin)

**Unterstützungspotential**

„Weil ja auch Familie nicht dahintersteht, also wo soll das Kind hin, oder irgendwelche dubiosen Kumpels, wo man nicht weiß, was macht das Kind da, wie sieht da diese Betreuung aus, aber die haben eigentlich wirklich ehrlich null Chancen. So und mit dem selbst gewählten Partner, da der ja genauso defizitär ist wie die Mutter selbst, ist das wenig zukunftsorientiert.“ (7-13 Mutter-Kind-Einrichtung, Brandenburg)

**Ausbildungsangebote**

„Die Realitäten sind aber, dass kaum einer den Schulabschluss macht und Projekte, die die Agentur für Arbeit anbietet, werden nicht genutzt, die wollen dann auch nicht.“ (2-09 Jugendamt, Berlin)

**Eigeninitiative**

„Es bedeutet ja eine ungeheure Kraft, mit so einem kleinen Kind, das versorgt werden muss, gleichzeitig einen Schulabschluss zu machen oder eine Ausbildung zu machen, ungeheure Disziplin, die solche jungen Mädels einfach gar nicht gelernt haben.“ (1-12 Gynäkologe, Berlin)

In Berlin wird ergänzend von sieben Befragten das Risiko einer Überforderung gesehen, die sich negativ auf die Entwicklungsmöglichkeiten von Mutter und Kind auswirken.

Neben den Ausbildungsangeboten und Unterstützungsmöglichkeiten sind es die jungen Frauen selbst, die einen wesentlichen Einfluss auf die Gestaltung ihres Lebensweges und den des Kindes ausüben. Wichtige Voraussetzungen für eine konstruktive und positive Entwicklung sind vor allem Bereitschaft, Motivation und Eigeninitiative der Betroffenen. Sind diese nicht oder nur ungenügend vorhanden, führen Hilfemaßnahmen, die auf Freiwilligkeit beruhen, nicht zum gewünschten Ziel, die Entwicklung der jungen Frau bzw. Familie in Richtung auf ein selbstständiges Leben zu begleiten. Die Folgen sind nur abzuschätzen, umfassen jedoch potentiell den Sozialhilfe- bzw. ALG-II-Bezug als wirtschaftliche Standardsituation und Schwierigkeiten in der optimalen Förderung der nachfolgenden Generation, wie es auch fünf Befragte in Berlin und fünf Befragte in Brandenburg prognostizieren:

*„Bei vielen fürchte ich, dass es schon vorprogrammiert ist, dem Jugendamt noch lange, lange treu zu bleiben mit dem nächsten Kind, mit der nächsten Generation wieder.“* (6-10 Beratungsstelle, Berlin)

Von den Expertinnen und Experten wurden weitere Faktoren genannt, die einen Einfluss auf die Zukunftsgestaltung der jungen Frauen ausüben.

*„Unser Land ist äußerst kinderunfreundlich. Mehr als das. Wenn man ein Kind hat, hat man Nachteile, ob im Beruf, ob in vielen anderen Ebenen.“* (1-05 Bildungseinrichtung, Brandenburg)

Aber nicht nur ungünstige gesellschaftliche Rahmenbedingungen, auch persönliche Prädispositionen und familiäre Vorbilder können einen negativen Verlauf begünstigen:

*„Leider ist es so, dass mindestens bei der Hälfte so irgendwo die Kinder eine Entwicklung nehmen und den vorgezeichneten Weg gehen, den eigentlich ihre Mutter schon, weil sie es eben nicht geschafft haben, die Vergangenheit zu bewältigen und da eben alles anders zu machen. [...] Wir haben nämlich die Erfahrung gemacht, dass erstaunlicherweise unsere jungen Frauen nach der Geburt ihres ersten Kindes sehr schnell wieder schwanger werden.“* (3-02 Mutter-Kind-Einrichtung, Berlin)

Von drei Befragten in Berlin kommt der Hinweis auf eine Trennung von Mutter und Kind:

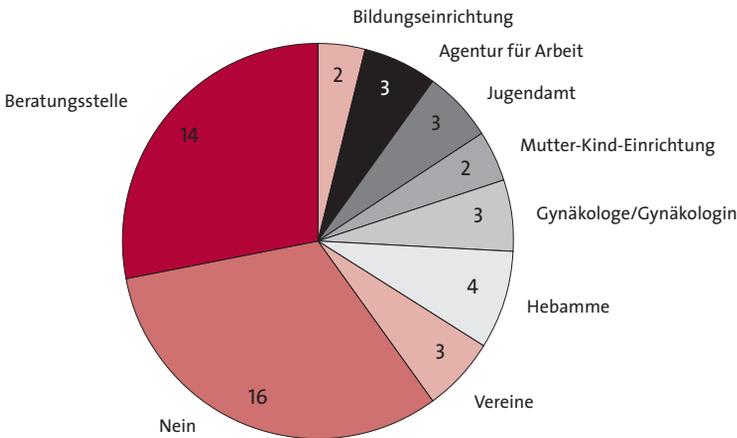
*„Also, ich weiß auch von welchen, die dann später ihre Kinder abgegeben haben oder die das erste Kind zur Adoption freigegeben haben.“* (2-13 Bildungseinrichtung, Berlin)

# 6

## MINDERJÄHRIGE SCHWANGERE UND MÜTTER MIT MIGRATIONSHINTERGRUND<sup>139</sup>

Wie im Exkurs, Kapitel 2, bereits gezeigt wurde, ist der Anteil an ausländischen Frauen in Berlin deutlich höher als im Bundesdurchschnitt und in Brandenburg mit 2,1% deutlich geringer. Der Anteil ausländischer Frauen in Berlin liegt bei 12,4%. Der Anteil der Lebendgeburten durch ausländische Teenager an den Teenagergeburten lag im Jahr 2004 bei 23%. Entsprechend haben über zwei Drittel der Befragten in Berlin bereits junge Frauen mit Migrationshintergrund beraten, wie die Abbildung 38 zeigt.

ABBILDUNG 38: KONTAKT ZU MINDERJÄHRIGEN SCHWANGEREN UND MÜTTERN MIT MIGRATIONSHINTERGRUND (BERLIN)



Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

Keinen Kontakt mit schwangeren Minderjährigen haben vorwiegend Mitarbeiterinnen in Bildungseinrichtungen, in Mutter-Kind-Einrichtungen und Jugendämtern. Fast alle Beraterinnen, Gynäkologinnen und Gynäkologen, Hebammen und Mitarbeiterinnen sowie Mitarbeiter in den Agenturen für Arbeit und den Vereinen hingegen hatten bereits Kontakt mit dieser Klientel.

Da Spätaussiedlerinnen in der amtlichen Statistik nicht als solche erfasst werden, wurde in den Interviews explizit nach ihnen gefragt. Insgesamt 24 Befragte beraten auch Russlanddeutsche, wovon jedoch 19 Befragte hinzufügen:

<sup>139</sup> Zur Definition der Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund vgl. Exkurs, Kap. 2, Fußnote 18

*„[Die] gibt es auch, aber wenig. Hatte ich bisher ganz wenig junge, die sind oft älter.“* (3-07 Beratungsstelle, Berlin)

Die Aussage, dass es sich dabei vorwiegend um volljährige Frauen handelt, wird von mehreren Seiten bestätigt. Dass Spätaussiedlerinnen zum überwiegenden Teil zu den minderjährigen Frauen mit Migrationshintergrund zählen, geben nur zwei Beraterinnen und eine Befragte aus einer Agentur für Arbeit an.

Insgesamt ist der Anteil an minderjährigen Schwangeren und Müttern mit Migrationshintergrund laut Interviewaussagen eher gering. Der Durchschnitt liegt bei ca. sieben Minderjährigen pro Jahr. Insgesamt reichen die Zahlen von einer bis 40 pro Jahr, wobei man hier noch einmal zwischen Schwangerschaftskonfliktberatungen und Sozialberatung unterscheiden muss. Im ersten Fall ist die Zahl entsprechend höher, lässt trotz allem aber die Schlussfolgerung zu, dass es sich bei hilfesuchenden Migrantinnen um ein eher seltenes Phänomen handelt. Noch geringer ist der Anteil der unter 16-Jährigen, der Durchschnitt liegt bei ca. zwei Minderjährigen pro Jahr, soweit die Befragten eine genaue Zahl benennen können. Sieben Befragte beschreiben den Anteil als

*„Einzelfälle, ganz wenige.“* (8-05 Beratungsstelle, Berlin)

## **DIE GERINGE ZAHL AUSLÄNDISCHER FRAUEN IN BRANDENBURG ZEIGT SICH AUCH IN DEN GEBURTENZAHLEN**

Der Anteil der Lebendgeburten durch ausländische Teenager an den Teenagergeburten lag im Jahr 2004 in Brandenburg bei 1,7%. Ob auch minderjährige Schwangere und Mütter mit Migrationshintergrund zu denjenigen zählen, die bestehende Beratungs- und Hilfeangebote wahrnehmen, zeigt die Abbildung 39.

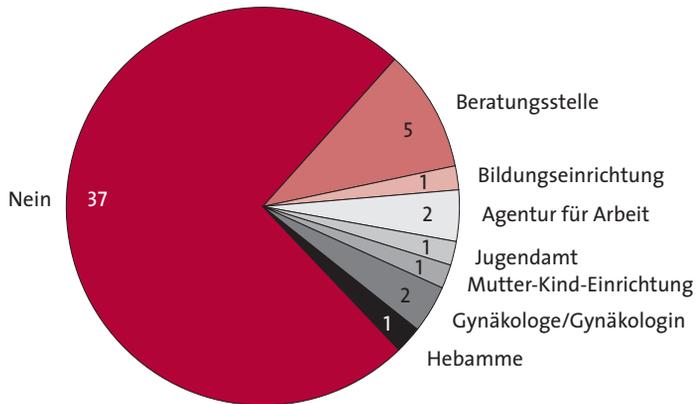
Knapp drei Viertel der Befragten hatten bisher keinen Kontakt mit schwangeren Minderjährigen dieser Gruppe in der Beratung oder Betreuung. Unter denen, die junge Frauen mit Migrationshintergrund bereits beraten haben, befinden sich vorwiegend Beraterinnen, Gynäkologinnen bzw. Gynäkologen und Mitarbeiterinnen in Agenturen für Arbeit.

Insgesamt acht Befragte geben an, dass Russlanddeutsche zu ihrer Klientel zählen, wovon jedoch die Hälfte hinzufügt:

*„[Die] sind aber eher selten, meistens sind sie schon über 18, wenn sie dann hierherkommen.“* (5-08 Beratungsstelle, Brandenburg)

Lediglich zwei Befragte aus Agenturen für Arbeit erklären, dass Spätaussiedlerinnen zum überwiegenden Teil zu den minderjährigen Frauen mit Migrationshintergrund zählen.

ABBILDUNG 39: **KONTAKT ZU MINDERJÄHRIGEN SCHWANGEREN UND MÜTTERN MIT MIGRATIONS Hintergrund (BRANDENBURG)**



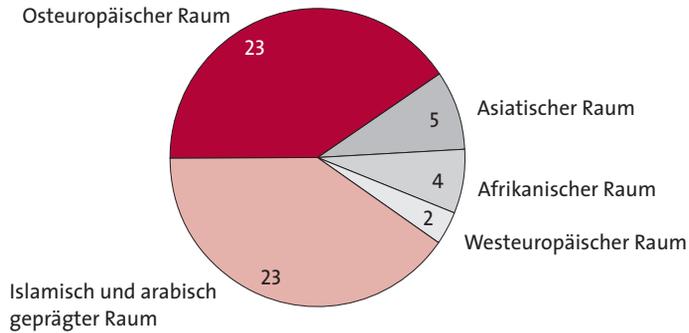
Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

Insgesamt ist der Anteil an minderjährigen Schwangeren und Müttern in beiden Befragungsregionen laut Einschätzung der Expertinnen und Experten sehr gering. Der Durchschnitt liegt bei weniger als drei Minderjährigen pro Jahr. Die Zahlen reichen von einer bis zehn pro Jahr und lassen die Schlussfolgerung zu, dass es sich bei hilfesuchenden Migrantinnen um ein seltenes Phänomen handelt. Noch geringer ist der Anteil der unter 16-Jährigen, in den meisten Fällen konnten die Befragten keine genaue Zahl angeben.

## **MIGRANTINNEN STAMMEN AUS UNTERSCHIEDLICHEN LÄNDERN**

Laut Angaben der Berliner Befragten stammen die jungen Frauen größtenteils aus der Türkei, der kurdischen Region, dem Libanon sowie anderen arabischen Ländern, aber es treten auch zunehmend Minderjährige aus dem osteuropäischen Raum in Erscheinung, die aus Russland, Polen, dem ehemaligen Jugoslawien, der Ukraine, Kasachstan und Rumänien kommen. Weitere Herkunftsländer sind Vietnam, China und die Mongolei sowie afrikanische Länder wie Somalia, Angola und Ghana. Eine Befragte aus einer Agentur für Arbeit und eine Hebamme hatten zusätzlich noch Italienerinnen in der Beratung bzw. Betreuung. Die Abbildung 40 zeigt die Verteilung der häufigsten genannten Herkunftsregionen für Berlin.

ABBILDUNG 40: HERKUNFTSREGIONEN DER MINDERJÄHRIGEN MIT MIGRATIONS-HINTERGRUND (BERLIN)



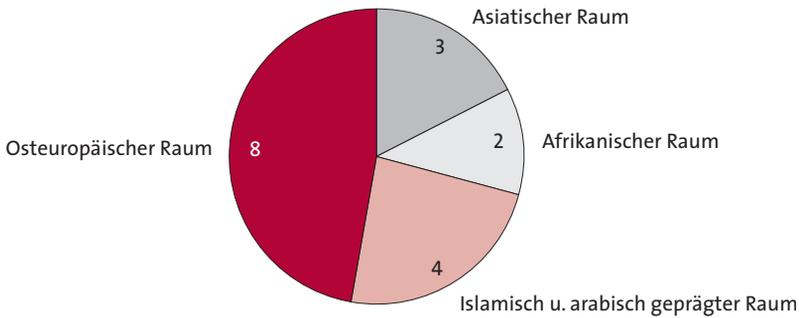
n = 57, Mehrfachnennungen, keine Angaben n = 17

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

*„Hier gibt es eigentlich zwei, drei Hauptsachen. Das sind zunehmend die aus den osteuropäischen Ländern, d. h. Russland. Zugenommen hat auch ein bisschen Polen, aber ansonsten Schwerpunkt hier in Spandau sind die türkischen Migranten, die auch z. T. schon in zweiter oder dritten Generation hier wohnen. Jugoslawen dann noch, auch nicht gering.“ (8-05 Beratungsstelle, Berlin)*

Ähnlich wie in Berlin, wenn auch in geringerer Zahl, stammen in Brandenburg die jungen Migrantinnen größtenteils aus dem osteuropäischen Raum, d. h. aus Russland, Polen, dem ehemaligen Jugoslawien, der Ukraine oder Rumänien. Die zweitgrößte Gruppe bilden junge Frauen aus der Türkei, aber auch aus dem arabischen Raum oder dem Libanon. Weitere Herkunftsgebiete sind Vietnam sowie der afrikanische Raum. Die Verteilung der häufigsten Herkunftsregionen für Brandenburg zeigt die Abbildung 41.

ABBILDUNG 41: **HERKUNFTSREGIONEN DER MINDERJÄHRIGEN MIT MIGRATIONSHINTERGRUND (BRANDENBURG)**



n = 17, Mehrfachnennungen, keine Angaben n = 39

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

## **DIE VÄTER HABEN MEIST DEN GLEICHEN MIGRATIONSHINTERGRUND**

Aussagen zur Staatsbürgerschaft der (werdenden) Väter reichen von

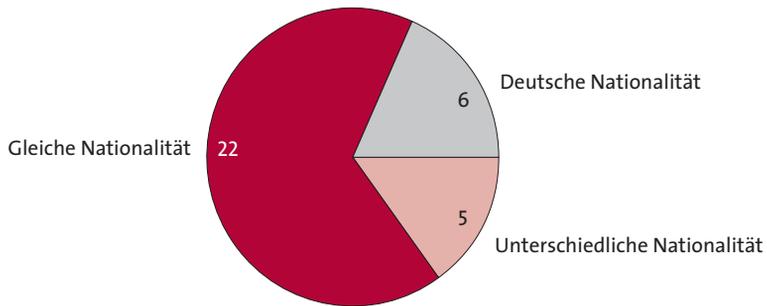
*„Bei Frauen mit Migrationshintergrund sind die immer aus dem gleichen Kulturkreis“ (2-02 Bildungseinrichtung) über „überwiegend deutsch“ (1-12 Gynäkologe) bis hin zu „Das ist eine sehr bunte Mischung bei den meisten.“ (2-01 Gynäkologe, alle Berlin)*

In Brandenburg liefern nur neun Befragte Hinweise zur Staatsbürgerschaft der (werdenden) Väter. Sechs dieser Aussagen entsprechen folgendem Zitat:

*„Die kommen eigentlich auch aus den Ländern.“ (7-07 Hebamme, Brandenburg)*

Wie die Angaben der Berliner Befragten verteilt sind und dass es sich bei den Vätern um einen ähnlichen Migrationshintergrund wie den der jugendlichen Schwangeren handelt, zeigt die Abbildung 42.

ABBILDUNG 42: NATIONALITÄT DER VÄTER (BERLIN)



n = 33, Mehrfachnennungen, keine Angaben n = 27

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

## DIE BERATUNG UND BETREUUNG VON MINDERJÄHRIGEN MIGRANTINNEN ÄHNELT DER DEUTSCHER MINDERJÄHRIGER

Hinsichtlich der Beratungsgestaltung stellt sich die Frage, ob junge Frauen mit Migrationshintergrund einen speziellen Hilfe- und Beratungsbedarf aufweisen. Die Ergebnisse sind in Tabelle 34 erkennbar, wobei wegen des geringen Anteils an Expertinnen und Experten (n=32) mit Kontakten zu Jugendlichen mit Migrationshintergrund auch Einzelnennungen mit aufgenommen wurden.

*„Die Beratung verläuft erst mal nicht anders als bei den deutschen Jugendlichen.“ (8-05 Beratungsstelle, Berlin)*

Diese Einschätzung teilen 19 Befragte in Berlin und fünf in Brandenburg. Wenn Besonderheiten erwähnt werden, handelt es sich um den Beratungsverlauf, die Beratungsthemen und einen Hilfebedarf in Form von speziellen Anlaufstellen, einer angepassten Sexualaufklärung und Möglichkeiten zum Erwerb von Sprachkompetenzen.

In Brandenburg besteht offenbar ein Mehrbedarf besonders hinsichtlich sprachlicher Schwierigkeiten:

*„Da ist schon mal die Sprachbarriere, die ist schon noch sehr schlimm, aber da greift dann halt die Familie, in der sie lebt, also es sind schon noch Eltern oder Freunde auch aus ihrem Land und da gibt's schon eine Solidarität. Ich glaube, da ist dann auch Hilfe untereinander.“ (7-07 Hebamme, Brandenburg)*

TABELLE 34: HILFE- UND BERATUNGSBEDARF

		Berlin	Brandenburg
	Kein Unterschied zu deutschen Minderjährigen	19	5
Beratungs- verlauf	Mit Hilfe eines Dolmetschers, damit im Beisein Dritter	4	3
	(zeit)intensiver, schrittweise	2	1
	sensibler Umgang (Vertrauen vermitteln, Ängste abbauen)	1	2
Beratungs- themen	Ausländerrechtliche Regelungen (Aufenthaltsstatus)	6	2
	Familiär-kulturelle Konflikte und Schwierigkeiten	4	2
	Kostenregelung für Klinikaufenthalt	-	1
Mehrbedarf	Verweis auf spezielle Beratungseinrichtungen und Begegnungsstätten	8	-
	Sexualaufklärung	4	-
	Sprache erlernen, Deutschkenntnisse verbessern	4	4
	Niedrigschwellige Angebote	2	-
	Kein Mehrbedarf, Unterstützung wird von der Familie abgedeckt	12	4
k. A.		22	39

Berlin n = 66, Brandenburg n = 24, Mehrfachnennungen

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

Inhaltlich werden zusätzlich rechtliche Themen angesprochen.

*„Es sind oft die rechtlichen Aspekte, [...] wie ändert sich mein Aufenthaltsstatus [...]? Komme ich dadurch rechtlich nicht in die Bredouille, ist es ein Abschiebegrund? Und die Angst ist ganz enorm, sich öffentlich mit diesem Thema irgendwohin zu wenden, an irgendeine medizinische Institution, da ist schon der Weg zum Gynäkologen schwierig. Und da muss man natürlich ganz behutsam aufklären.“ (1-10 Beratungsstelle, Brandenburg)*

Aus dem Bereich Beratung und Betreuung erwähnen insgesamt acht Berliner Befragte in diesem Zusammenhang spezielle Anlaufstellen für Migrantinnen und Migranten, oftmals Beratungsstellen wie z. B. die CARITAS mit einem angegliederten Jugendmigrationsdienst.

*„[...] die Caritas, die eine Migrationsstelle auch haben, wo auch Leute mit Sprachkenntnissen sitzen, die dann noch mal speziell drauf eingehen können.“ (2-05 Verein, Berlin)*

Eine Mitarbeiterin einer Agentur für Arbeit verweist zusätzlich auf diverse Anlaufstellen in Berlin-Kreuzberg speziell für türkische Migrantinnen und Migranten wie den TÜRKISCHEN PUNKT BERLIN und

*„einen Verein für türkische Mädchen, der sich speziell an türkische Mädchen wendet. Der heißt Akarsu. Und Akarsu macht auch Gesundheitsaufklärung u. a. auch für Türken und richtet sich speziell an türkische und arabische Frauen.“ (4-05 Agentur für Arbeit, Berlin)*

Ein Mehrbedarf an Beratung wird ebenfalls in der Sexualaufklärung gesehen, speziell bei den

*„ausländischen Mädchen, die aus dem islamischen Bereich kommen, die haben also keine Möglichkeit oftmals, ihre Mütter in der Familie zu fragen, die sind wirklich ganz interessiert daran, bestimmte Sachen zu erfahren.“ (6-11 Bildungseinrichtung)*

Vier Befragte sehen

*„den allergrößten Bedarf darin, dass sie die Sprache lernen müssten, sie können schlecht verstehen, was man ihnen anbietet, sie sind oft hilflos.“ (6-02 Gynäkologin, Berlin)*

Hervorzuheben sind die Aussagen von zwölf Berliner Expertinnen und Experten, nach deren Erfahrung die Familie der Minderjährigen als primäre Hilfeinstanz fungiert, wie es eine Jugendamtsmitarbeiterin beschreibt:

*„Die sind voll integriert in ihren Familien und da ist es so üblich, dass die Familie des Vaters die Elternfunktion übernimmt und das ist meistens überhaupt kein Problem. Die jungen Leute können ihr Leben so weiterleben wie bisher und die Großeltern väterlicherseits fühlen sich verantwortlich für das Kind.“ (3-10 Jugendamt, Berlin)*

Schlussfolgernd lässt sich den Antworten der Befragten entnehmen, dass die Beratung und Betreuung minderjähriger Schwangerer und Mütter mit Migrationshintergrund im Wesentlichen ähnlich der Beratung deutscher Jugendlicher ohne Migrationshintergrund verläuft, jedoch oftmals Besonderheiten wie sprachliche Barrieren, intensive familiäre Eingebundenheit und migrationsbezogene Themen berücksichtigt werden müssen. Das gilt auch für spezielle kulturelle Einflüsse, die im Folgenden für die Befragungsregion Berlin genauer beleuchtet werden.

Denn 23 von 25 Befragten, die diesbezüglich eine Angabe machen, bestätigen, dass sich dies in der Beratung bemerkbar macht (Tabelle 35). Für die Befragungsregion Brandenburg kann leider in der Auswertung lediglich auf sechs Interviews zurückgegriffen werden, sonst liegen keine weiteren Informationen vor. Die Spätaussiedlerinnen stehen dabei im Vordergrund, bilden sie doch die größte Gruppe der jungen Frauen mit Migrationshintergrund im Land Brandenburg.

TABELLE 35: **KULTURELLER EINFLUSS** (BERLIN)

		Nennungen
	Nein	2
Spätaussiedlerinnen/ osteuropäische Migrantinnen	Frühverheiratung und frühe Mutterschaft	3
	Hohe Bereitschaft und Akzeptanz für Schwangerschaftsabbruch	2
	Bisherige staatliche Unterstützung in Russland	1
Islamisch-arabische Migrantinnen	Ehrenkodex	6
	Frühverheiratung und frühe Mutterschaft	6
	Jungfräulichkeitskult	3
	Die gesamte Familie ist involviert	2
Alle Migrantinnen	Normalität von früher Mutterschaft	4
	Abweichung im Alltagsverständnis (Gestaltung, Erziehungsstile, Stillen)	2
	Schwer, die Eltern zu erreichen	1
k. A.		25

n = 32, Mehrfachnennungen

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

Frühe Mutterschaft im Zusammenhang mit einer Frühverheiratung scheint in vielen Kulturkreisen eine hohe gesellschaftliche Akzeptanz aufzuweisen:

*„Allein auch der Hintergrund, wann dort Kinder geboren werden. Das ist ja, wenn dort eine 15-/16-Jährige ein Kind bekommt, hat das einen ganz anderen Stellenwert, als das bei uns in Deutschland ist. Hier sind es halt noch Kinder, während sie dort schon als Frauen bezeichnet werden.“ (6-09 Beratungsstelle, Berlin)*

Mehr noch, durch eine eheliche Schwangerschaft können für die junge Frau positive Effekte sowohl gesellschaftlich als auch familiär erzielt werden:

*„[...] dass einige, grade aus dem Migrantenbereich kommende junge Leute dadurch ihren Status innerhalb der Familie auch positiv sehr verbessern und der sich sehr verändert, dass sie dadurch also in erheblichem Maße Anerkennung bekommen können.“* (2-04 Jungdamt)

*„Weil es zur Lebensphilosophie passt. Eine Frau, die schwanger ist, ist für die eine gute Partie, weil sie ist fruchtbar und Fruchtbarkeit ist gut. Durch die Schwangerschaft wird die Frau erstens auch aufgewertet, sie ist ja eine fruchtbare Frau, und wenn sie dann ein Kind hat, steigt ihr Status noch mal.“* (8-01 Hebamme, Berlin)

Vor diesem Hintergrund stellt eine Schwangerschaft im Teenageralter weder ein Problem dar noch erfordert sie einen erhöhten Unterstützungsbedarf. Probleme werden erst im Zuge einer unehelichen Schwangerschaft erkennbar. Bei islamischen bzw. arabischen Frauen spielen einerseits religiöse Faktoren hinsichtlich der sexuelle Unberührtheit einer Frau eine wichtige Rolle. Andererseits entspricht eine uneheliche Schwangerschaft nicht der ethisch-moralischen Grundhaltung der Herkunftsfamilie und wird manchmal mit einer Verletzung des gemeinschaftlichen Ehrenkodex gleichgesetzt.

*„Also wenn die jetzt verheiratet sind oder schon nach islamischem Recht getraut sind, dann ist es natürlich im grünen Bereich. Aber wehe, wenn es jetzt eine außereheliche Beziehung ist, dann wird es schon ein bisschen schwierig, weil das dann den Ehrenkodex berührt. Das kann dann schon einige Konflikte nach sich ziehen.“* (8-05 Beratungsstelle, Berlin)

Der Umgang osteuropäischer Migrantinnen mit Schwangerschaft scheint dem konträr entgegengustehen. Von zwei Befragten stammt die Aussage,

*„Osteuropa ist eine Serie von Schwangerschaftsabbrüchen, das gehört zum Leben der Frauen dazu.“* (2-01 Gynäkologe, Berlin)

Ob dies auch für die Minderjährigen zutrifft, kann anhand der folgenden Einschätzung der Expertinnen und Experten überprüft werden: Von 22 Befragten geben elf an, die jungen Frauen würden ihr Kind eher austragen, während fünf zum Schwangerschaftsabbruch tendieren. Sechs Befragte wollen sich nicht festlegen. Einige konkretisieren ihre Angaben bezüglich der kulturellen Herkunft:

*„Die türkischen Frauen auf jeden Fall, die tragen eher aus. Ja, ich könnte mir vorstellen, dass bei den osteuropäischen Frauen es eher zum Schwangerschaftsabbruch führt.“* (4-01 Agentur für Arbeit, Berlin)

Hierzu gibt es aus Brandenburg die Aussagen einer Gynäkologin und einer Beraterin. Sie stellen

*„immer wieder fest, dass die Bereitschaft für einen Abbruch bei den Aus-siedlerinnen sehr hoch ist. In den meisten Fällen sind die jungen Frauen, da ist das die Familie schon gewöhnt, das Thema war relativ häufig präsent und mit relativ wenig Beratungsanspruch, das sind hier die Klientinnen, die wirklich nicht wissen, wozu braucht man das denn jetzt, das ist ja nur ein Abbruch.“* (1-10 Beratungsstelle, Brandenburg)

Dies lässt Rückschlüsse zu, dass im osteuropäischen Kulturkreis die Thematik Schwangerschaft im positiven wie negativen Sinne weniger diskutiert und stattdessen selbstverständlicher gelebt wird.

*„Ansonsten haben wir hier im Ort die zentrale Anlaufstelle für Asylbe-werber für das Land Brandenburg und haben dadurch auch noch mal spezielle Schwangerschaftskonfliktberatung, eine Beratung, wo ein Abbruchwunsch besteht.“* (5-08 Beratungsstelle, Brandenburg)

Dass ein Schwangerschaftsabbruch ein sehr belastendes Erlebnis darstellt, wird von einer Beraterin über Betroffene aus Kamerun berichtet; da

*„haben z. B. die Frauen große Schwierigkeiten damit, selbst wenn sie ver-gewaltigt worden sind, einen Abbruch für sich anzunehmen, weil aus ihrem kulturellen Umkreis das eine ganz schlimme Sache ist [...] verbunden mit großen Schuldgefühlen.“* (5-08 Beratungsstelle, Brandenburg)

## **DAS AUSTRAGEN DER SCHWANGERSCHAFT SOLL ZUR PROBLEM-LÖSUNG VERHELFFEN**

Welche Motive haben speziell für Minderjährige mit Migrationshintergrund für das Austragen der Schwangerschaft? Auch hier liefern die Befragten vereinzelt Erklärungen wie finanzielle Anreize, Klärung des Aufenthaltsstatus oder Identitätssuche:

*„Ich denke, da ist etwas an gestörtem sozialem Umfeld, Identität, die versuchen, über so eine Schwangerschaft etwas zu verkitten.“* (1-12 Gynäkologe)

*„Es wird durch die Schwangerschaft eine vorübergehend verbesserte finanzielle Situation gesehen [...]. Und dann werden die Kinder natürlich ausgetragen.“* (4-01 Agentur für Arbeit, beide Berlin)

*„Man muss das auch verstehen, dass das für den einen oder anderen einfach auch eine Chance ist, vielleicht einen deutschen Partner kennen zulernen und diesen Weg des Asylbewerberverfahrens vielleicht zu beenden.“ (1-10 Beratungsstelle, Brandenburg)*

In Bezug auf Schwangerschaft von minderjährigen Frauen mit Migrationshintergrund finden sich zusätzliche Hinweise auf das Problem der Zwangsverheiratung, wovon insbesondere junge Frauen aus dem islamischen Kulturkreis betroffen sind. Die daraus resultierenden Probleme umfassen sowohl sprachliche Barrieren als auch Integrationsprobleme:

*„Die Männer sind sozialisiert hier in Deutschland und die Frauen sprechen kein Wort. Daran merkt man es immer, dass die offensichtlich dann frisch geholt wurden.“ (3-07 Beratungsstelle, Berlin)*

*„[...] dass es Frauen sind, die hierhergekommen sind zwecks der Heirat und dann noch sehr fremd sind, sich nicht wohl fühlen. Vielleicht es auch nicht der Mann ist, den sie vielleicht hätten heiraten wollen, aber weil sie versprochen waren.“ (6-07 Beratungsstelle, Berlin)*

Auch kann es zu einem schwerwiegenden psychischen Leidensdruck kommen. Dies gilt für

*„die so genannten Importbräute. Wir haben mitbekommen, dass die häufig Schwangerschaftsabbrüche nacheinander haben schon sehr früh, ohne dass irgendjemand was davon erfährt, weil wenn jemand 15 und verheiratet ist, dann zählen die offiziell nicht mehr als Kind oder als Minderjährige, sondern sind in einem ganz anderen Kontext drin. Also ich denke, da gibt's dann sehr, sehr viel Narben.“ (4-11 Jugendamt)*

Nicht nur kulturell determinierte, arrangierte Verheichelungen einhergehend mit einem großen Leidensdruck, sondern auch die erwähnten Schwangerschaften lassen einen Hilfebedarf offensichtlich werden, denn

*„wenn sie so jung schwanger sind, dann haben sie sowieso viele Brüche und Fehlschläge gemacht da in ihrer Kultur, die sind ja dann auch oft total hin und her gerissen zwischen ihrer Herkunftskultur und der Kultur, in der sie jetzt leben. Sie sind sowieso grundverunsichert.“ (8-11 Hebamme)*

Jedoch ist das Hilfeangebot schwerer umsetzbar, da die betroffenen jungen Frauen häufig nur eingeschränkt erreichbar sind. Nichtsdestotrotz gibt es bereits Initiativen und Anlaufstellen, den Betroffenen die nötige Hilfe anzubieten, wie z. B. pro familia Berlin mit türkisch-kurdischen Mitarbeiterinnen, den Verein REISTROMMEL E. V. speziell für Vietnamesinnen und den bereits erwähnten Verein AKARSU E. V.

# 7

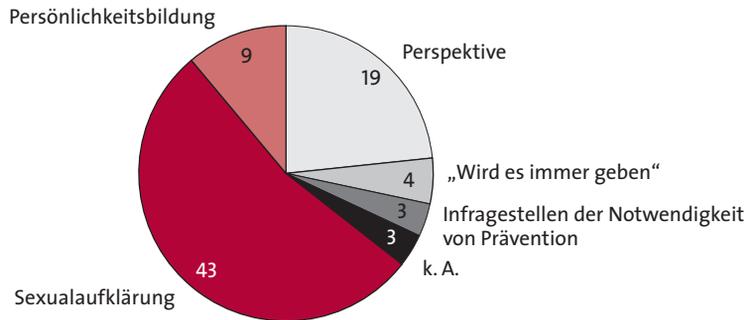
## PRÄVENTION UND POLITIK

Deutschland gehört zu den Ländern der Welt mit einer niedrigen Geburtenrate. Die Politik ist gefordert, allen Kindern und ihren Eltern gleichberechtigte Chancen zur Teilhabe an der Gesellschaft zu ermöglichen. Das impliziert auch, präventive Maßnahmen zu ergreifen, um Schwangerschaftskonflikte in jungen Jahren zu vermeiden sowie jugendliche Eltern und ihre Kinder gezielt zu fördern. Die Notwendigkeit präventiver und sozialpolitischer Maßnahmen für diese Zielgruppe resultiert vor allem daraus, dass insbesondere Mädchen und junge Frauen aus niedrigen sozialen Schichten und mit geringem Bildungshintergrund minderjährig schwanger und auch Mutter werden. Obwohl es sich bei der Mehrheit um ungeplante Schwangerschaften handelt, ist in einigen Fällen die bewusste Entscheidung für eine Mutterschaft erkennbar, um sich bessere Chancen zur Partizipation an der Gesellschaft zu verschaffen. Daraus erwachsen vielfältige soziale Problemlagen, die es erforderlich machen, diese jungen Frauen in der Entwicklung ihrer Handlungs- und Entscheidungskompetenzen nachhaltig zu fördern. Ein wesentlicher präventiver Ansatz besteht darin, junge Menschen in ihrer Persönlichkeitsentwicklung zu fördern, verbunden mit dem Ziel der Vermeidung von Schwangerschaften im Jugendalter, die häufig einen Versuch darstellen, soziale und emotionale Defizite auszugleichen.

### 7.1 PRÄVENTIVE MASSNAHMEN

(Ungewollten) Schwangerschaften im Jugendalter entgegenzuwirken, bildet einen Hauptschwerpunkt in der Förderung von Jugendlichen. Präventive Maßnahmen beinhalten daher neben einer vertiefenden Sexualaufklärung vor allem Ideen, wie Jugendliche motiviert werden können, Lebensperspektiven außerhalb einer romantischen Vorstellung von Familie und Elternschaft zu entwickeln und Sexualität verantwortungsvoll zu leben (Abbildung 43 und 44).

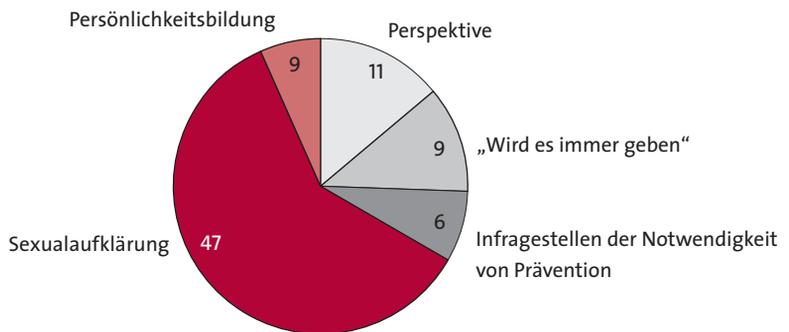
ABBILDUNG 43: ZUSAMMENGEFASSTE PRÄVENTIONSMASSNAHMEN (BERLIN)



n = 86, Mehrfachnennungen

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

ABBILDUNG 44: ZUSAMMENGEFASSTE PRÄVENTIONSMASSNAHMEN (BRANDENBURG)



n = 78, Mehrfachnennungen

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

Ein Teil der Expertinnen und Experten stellt sich die Frage, ob es überhaupt notwendig sei, Teenager-Schwangerschaften konsequent verhindern zu wollen.

*„Ein zweischneidiges Schwert. Wenn die jungen Frauen das möchten, dann, denke ich, hat keiner das Recht, es verhindern zu wollen.“* (1-02 Beratungsstelle, Brandenburg)

Vielmehr sei es sinnvoller, die Mädchen und jungen Frauen im Vorfeld intensiv über sämtliche Facetten einer Elternschaft aufzuklären und damit letztlich ihre Entscheidungskompetenz zu erhöhen. Eine Mitarbeiterin einer Mutter-Kind-Einrichtung in Berlin beschreibt diese Einschätzung so:

*„Ich bin nicht mal der Meinung, dass das verhindert werden muss, ich bin eher der Meinung, dass die Frauen sehr, sehr viel besser informiert darüber sein sollten, was auf sie zukommt.“* (3-02 Mutter-Kind-Einrichtung, Berlin)

Andere wiederum sehen Schwangerschaften im Jugendalter als eine ständig präsente Begleiterscheinung jugendlichen Erwachsenwerdens, die es nicht mit aller Gewalt zu verhindern gilt, denn

*„diese Teenager-Schwangerschaften [...] gab's eigentlich schon immer. Zu jeder Zeit.“* (6-03 Gynäkologe, Berlin)

Da Schwangerschaften im Jugendalter bei ungenügender Förderung und Unterstützung jedoch zu einer Verschärfung bestehender sozialer Problemlagen führen, geht der Großteil der Überlegungen der Expertinnen und Experten in die Richtung, wie einer weiteren Zunahme von Teenager-Schwangerschaften entgegengewirkt werden kann. Welche Vorschläge und Ideen von den einzelnen Berufsgruppen genannt werden, zeigt Tabelle 36:

TABELLE 36: MASSNAHMEN ZUR VERHINDERUNG VON TEENAGER-SCHWANGERSCHAFTEN

		Maßnahmen	BE	JH	Ausb	Med	Ver	Ges
Sexualaufklärung	Adäquate Aufklärungskonzepte		11	4	5	5	2	27
			16	8	4	7	-	35
	Idee einer Elternschulung		2	2	2	1	1	8
			1	-	2	-	-	3
	Aufklärungsarbeit durch die Familie		2	-	2	-	-	4
			1	1	4	-	-	6
	Projekte wie Babybedenzeit		1	1	1	1	-	4
			1	-	1	1	-	3
Persönlichkeitsbildung der Jugendlichen	Verantwortlichkeit der Eltern		-	1	3	-	1	5
			1	1	1	-	-	3
	Selbstwertsteigerung		1	3	-	-	-	4
			1	-	1	-	-	2
Aufzeigen von Perspektiven und Alternativen	Im Lebensentwurf		7	5	2	-	1	15
			5	2	1	2	-	10
	Im Freizeitbereich		-	1	-	2	1	4
			-	-	1	-	-	1
Teenager-schwangerschaften	Wird es immer geben		-	-	-	3	1	4
			7	1	1	-	-	9
	Infragestellen der Forderung nach Prävention		2	1	-	-	-	3
			2	1	2	1	-	6
k. A.		1	1	1	-	-	3	
		-	-	-	-	-	-	

12 Berlin n = 78, Mehrfachnennungen      12 Brandenburg n = 78, Mehrfachnennungen

BE = Beratung, JH = Jugendhilfe, Ausb = Ausbildung, Med = Medizin, Ver = Vereine, Ges = Gesamtzahl

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

Um Schwangerschaften von Minderjährigen vorzubeugen, bevorzugen mehr als die Hälfte der Befragten in Berlin und über zwei Drittel in Brandenburg adäquate Aufklärungskonzepte für den schulischen Bereich. Da bereits in Kapitel 3.1 ausführlicher auf realisierbare und wirksame Sexualaufklärungsmethoden eingegangen wurde, sollen an dieser Stelle lediglich die genannten Konzeptpunkte aufgelistet werden. Diese beziehen sich zum einen auf die Sexualaufklärung, die wesentlich umfangreicher und in ständiger Wiederholung stattfinden sollte, sowie auf den Zeitpunkt der Aufklärung, der von einigen Befragten als zu spät eingeschätzt wird. Des Weiteren empfehlen die Expertinnen und Experten, vor allem die männlichen Jugendlichen stärker zu beachten, ebenso die so genannten Problemjugendlichen. Die Forderung an die inhaltliche Gestaltung bezieht sich zum einen auf die Vermittlung Wissen zum Thema Verhütung sowie zur Anwendung geeigneter Kontrazeptiva:

*„[...] dass die Jugendlichen also frühzeitig an den Kondomgebrauch herangeführt werden, dass es einfacher ist für die Jugendlichen, an dieses Verhütungsmittel heranzukommen.“* (2-10 Beratungsstelle, Berlin)

Zum anderen wird eine Auseinandersetzung mit sexuellen Werten als wichtig eingeschätzt, die u. a. Verantwortlichkeiten in der gelebten Sexualität impliziert, aber auch die Thematisierung eines Schwangerschaftsabbruchs. Weitere Vorschläge beinhalten eine Aufklärungsarbeit durch medizinische Fachkräfte aus dem Bereich Gynäkologie sowie Hebammen und speziell geschulte Lehrkräfte an Schulen. Außerdem fordert eine Mitarbeiterin einer Mutter-Kind-Einrichtung in Brandenburg Aufklärung durch Peer-Education:

*„[...] dass das nicht irgendwelche Leute machen, die das beschlossen haben, sondern die Jugendlichen selber.“* (1-01 Mutter-Kind-Einrichtung, Berlin)

Einige Befragte halten wiederum eine Aufklärung in Form von Kompetenztraining für sinnvoll. Exemplarisch steht hierfür die Idee einer speziellen Schulung zu Mutter- bzw. Elternschaft:

*„Ich finde, die müssen in Schulen gehen, um zu erlernen: Wie bewegt man sich, was macht man, was tut man, wenn man ein Kind hat?“* (6-06 Bildungseinrichtung, Berlin),

*„[...] dass sie sich da schon Gedanken drüber machen, dass es wirklich Verantwortung ist und man da nicht so leichtsinnig rangeht.“* (6-04 Hebamme, Berlin)

Ein weiteres Modell ist das aus den USA stammende Babybedenkzeit-Projekt, das in erster Linie Realitäten und Verantwortlichkeiten einer Mutter aufzeigen soll, jedoch auch kritisch betrachtet wird:

*„Das war fast wie ein Abschreckungsprogramm. Ob es richtig war? [...] Schlecht ist es nicht, es gehört sicherlich mal mit dazu, wenn sie vielleicht schon in die achte, neunte Klasse kommen, dass man sie ein bisschen vorbereitet.“ (6-07 Beratungsstelle, Berlin)*

Verantwortlichkeiten gegenüber den Jugendlichen sehen einige Befragte auch bei den Eltern.

*„Es kann ja nicht nur Schule verantwortlich sein oder Bildung. Es muss einfach auch in der Familie mehr darüber gesprochen werden.“ (5-01 Beratungsstelle, Brandenburg)*

*„[Dass die Eltern] angstfreier, offener [...] mit Sexualität umgehen, nicht verdrängen, [...] offen drüber reden, denen keinen Druck machen, keine Angst machen.“ (8-09 Beratungsstelle, Berlin)*

Die Einbeziehung der Elternhäuser spielt nicht nur in Bezug auf Sexualaufklärung eine Rolle, die zukünftigen Großeltern tragen auch in der Gestaltung des Familienklimas eine große Verantwortung, die optimale Entwicklung ihrer Kinder zu fördern. Deshalb vertreten fünf Expertinnen und Experten in Berlin resp. vier in Brandenburg die Meinung,

*„dass Kinderverantwortung wieder in die Familien hineingegeben wird, werden muss [...]. Auf jeden Fall die Zusammenarbeit Staat und Familie so zeitig wie möglich ansetzen, wobei aber die Familie Vorrang hat, die Aufgaben zu übernehmen.“ (4-02 Agentur für Arbeit, Brandenburg)*

*„[Dass die Jugendlichen] auch mit Spaß was erreichen möchten und Motivation haben, in ihr Leben zu gehen und da was mitzunehmen.“ (3-01 Mutter-Kind-Einrichtung, Berlin)*

Die Stärkung eines gesunden Selbstwertgefühls sowie Stabilisierung der Persönlichkeit können motivationsfördernd sein.

In Anbetracht der vielfältig beschriebenen sozialen Problemlagen erscheint eine alleinige Schwerpunktsetzung auf eine umfassende Aufklärungsarbeit mit Blick auf die Persönlichkeit der Jugendlichen weder ausreichend noch sinnvoll. Ein knappes Drittel der Berliner und ein Fünftel der brandenburgischen Befragten betont daher das Aufzeigen von Perspektiven, die einen adäquaten Lebensentwurf zum Ziel haben, denn

*„jugendliche Schwangerschaften sind immer ein Ausdruck von Perspektivlosigkeit.“ (2-07 Beratungsstelle, Berlin)*

*„wenn die eine vernünftige Beschäftigung hätten, wenn die irgendeine Perspektive sehen würden, dann, glaube ich, würden sie mehr verhüten und würden sich erst bestimmte Sicherheiten schaffen und sagen, so o. k., jetzt können wir Kinder in die Welt setzen.“ (7-06 Jugendamt, Brandenburg)*

Was für die berufliche Zukunft gilt, zählt auch im Freizeitbereich:

*„Es müssten vielleicht Jugendtreffs organisiert werden, nicht nur ab und zu, das halte ich für ganz, ganz wichtig. Die Schulhöfe müssten nachmittags geöffnet sein, dass sie da ihre Energie rauslassen können.“ (2-01 Gynäkologe, Berlin)*

*„[...] dass dann auch Jugendliche die Möglichkeit haben, sich entsprechend zu betätigen und Freizeitgestaltung zu betreiben, und zwar Freizeitgestaltung, die nicht immer unbedingt was kostet.“ (7-08 Agentur für Arbeit, Brandenburg)*

Hinter diesen Aussagen steht die Forderung, allen Heranwachsenden verantwortungsvolle und sowohl individuell als auch gesellschaftlich wertvolle Aufgaben zu übertragen, um damit auch denjenigen, die über keine höheren Bildungsabschlüsse verfügen, die Möglichkeit zur Partizipation an der Gesellschaft zu eröffnen.

Bei einer bereits eingetretenen Schwangerschaft beziehen sich die präventiven Maßnahmen auf eine optimale Betreuung und Begleitung der Jugendlichen, um ihnen einerseits eine bewusste Entscheidung für oder gegen die Schwangerschaft sowie bei einem abgeschlossenen Entscheidungsprozess alle notwendige Unterstützung zu ermöglichen. Aus diesem Grund sind flächendeckende sowie kostengünstige bzw. kostenlose Beratungs- und Hilfeangebote unerlässlich. Gleiches gilt für die Bekanntmachung der Angebote, um so viele Betroffene wie möglich erreichen zu können.

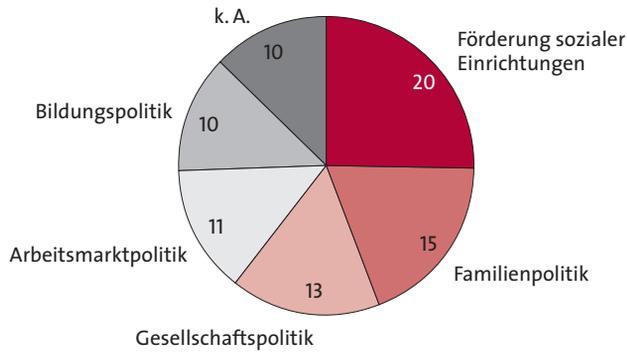
## 7.2 ANFORDERUNGEN AN DIE POLITIK

Neben präventiven Maßnahmen besteht auch politischer Handlungsbedarf sowohl in Bezug auf die Vermeidung zu früher Schwangerschaften als auch auf die Förderung jugendlicher Eltern und ihrer Kinder.

Als Antwort auf die Frage, was sich die Berliner Expertinnen und Experten von der Politik wünschen, steht die Förderung sozialer Einrichtungen an erster Stelle, gefolgt von einer Reihe Maßnahmen auf familien- und gesellschaftspolitischer Ebene. Des Weiteren werden Forderungen nach der Bereitstellung von Ausbildungs- und

Arbeitsplätzen für Jugendliche und Reformen im derzeitigen Bildungssystem gestellt (Abbildung 45 und 46 sowie Tabelle 37).

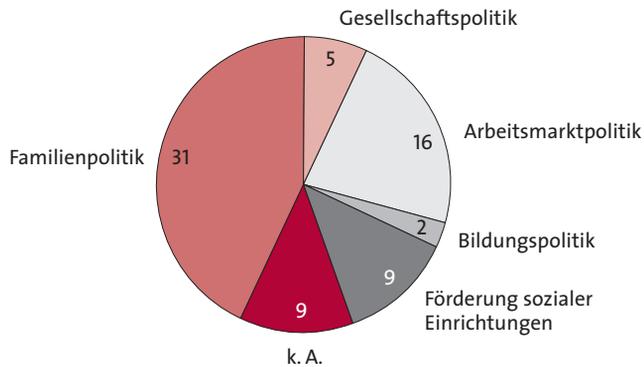
ABBILDUNG 45: **ZUSAMMENGEFASSTE FORDERUNGEN AN DIE POLITIK** (BERLIN)



n = 69, Mehrfachnennungen

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

ABBILDUNG 46: **ZUSAMMENGEFASSTE FORDERUNGEN AN DIE POLITIK** (BRANDENBURG)



n = 69, Mehrfachnennungen

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

TABELLE 37: DETAILLIERTE FORDERUNGEN AN DIE POLITIK

		Berlin	Brandenburg
Familienpolitische Maßnahmen	Kinder- und Familienfreundlichkeit	5	10
	Finanzielle Unterstützung	-	9
	Betreuungsplätze/personelle Unterstützung	6	6
	Spezielle Förderung von Alleinerziehenden	-	2
	Subventionen in der Gesundheitsvorsorge und -nachsorge	1	2
	Staatliche Kontrollinstanzen (z. B. aufsuchende Hilfen)	3	2
	Gesamt	11	26
Arbeitspolitische Maßnahmen	Möglichkeit der Integration von Frauen mit Kindern in den Arbeitsmarkt	3	8
	Ausbildungs- und Arbeitsplätze für Jugendliche	8	8
	Gesamt	11	26
Förderung der Arbeit soz. Einricht.	Ideelle und finanzielle Förderung der Sozialhaushalte	18	6
	Abbau bürokratischer Hürden	2	3
	Gesamt	20	9
Gesellschafts-politische Maßnahmen	Sensibilisierung für das Thema Schwangerschaft im Jugendalter	8	3
	Medienzensur	4	1
	Umsetzen politischer Entscheidungen		1
	Gesamt	13	5
Bildungs-politische Maßnahmen	Ganztagsschulen	3	1
	Reformation des Bildungssystems	7	1
	Gesamt	10	2
	k. A.	10	9

Quelle: BZgA, Datensatz „Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ 2006

Über ein Drittel der Befragten in Berlin heben die Bedeutung der Sozial- und Jugendarbeit hervor und betonen, wie wichtig die Förderung der Sozialhaushalte sei. Statt weitere Kürzungen in Kauf nehmen zu müssen, wünschen sie sich, verstärkt finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt zu bekommen, insbesondere auch für den Bereich der Präventionsarbeit.

*„Also, ich wünsche mir von der Politik, dass sie die Voraussetzungen schafft und, wo sie schon bestehen, sie auch weiterhin gewährleistet und aufrechterhält, dass dieses Netz, das schon für Schwangere zur Verfügung steht, dass das sich weiterentwickelt zum einen. Aber auch, dass die ausreichende Zeit für entsprechende Beratung und Kooperation zur Verfügung gestellt wird, und dazu gehören natürlich auch die finanziellen Mittel.“ (2-05 Verein, Berlin)*

In Brandenburg hingegen sind es lediglich sechs von 63 Nennungen, die diesen Aspekt hervorheben.

*„Mein Wunsch wäre wirklich, dass man den Rahmen, die Möglichkeiten einräumt, sich die Sozialräume anzugucken, präventiv in den Sozialräumen zu arbeiten, präventive Angebote unterstützt, Kooperationsgeschichten unterstützt, Vernetzung unterstützt. [...] Ich denke, [...] wenn man wirklich langfristig haltbare Kooperationsstrukturen und Vernetzungen aufbauen will, kann man nicht nur auf das Ehrenamt abziehen, da braucht man wirklich fest angestellte Fachkräfte.“ (5-11 Jugendamt, Brandenburg)*

## **DIE BRANDENBURGISCHEN BEFRAGTEN WÜNSCHEN SICH MEHR FAMILIENPOLITISCHE MASSNAHMEN**

In Brandenburg steht an erster Stelle der Wünsche eine bessere finanzielle Unterstützung sowohl für Familien mit Kindern als auch speziell für Minderjährige. Neben einem mangelhaft ausgebauten Netz an Kinderbetreuungsmöglichkeiten wird vor allem die in Deutschland zu geringe Familienfreundlichkeit beklagt. Dies zeigt sich auch auf dem Arbeitsmarkt, der nach wie vor Müttern mit Kleinkindern den Zugang erschwert. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf sollte durch flexible Kinderbetreuungsangebote, Kündigungsschutz und die Gleichstellung von Müttern mit allen anderen Arbeitnehmern bzw. Arbeitnehmerinnen unterstützt werden.

Gleichzeitig wird das aktuelle politische Thema der hohen Arbeitslosigkeit aufgegriffen, wovon Jugendliche ebenfalls stark betroffen sind.<sup>140</sup> Sieben Befragte in Brandenburg und acht in Berlin sehen hier einen großen Bedarf bei der Schaffung von Ausbildungs- und Arbeitsplätzen speziell für Jugendliche – ein wesentlicher Schritt in Richtung positiver und erfolgreicher Zukunftsgestaltung.

*„Denn dadurch, durch Arbeit und auch Ausbildung, glaube ich, kann man Frauen auch wieder stärken und kann die Mädchen befähigen, ihren eigenen Weg im Berufsleben zu finden.“ (7-04 Beratungsstelle, Brandenburg)*

<sup>140</sup> Vgl. Kap. 4, Exkurs

Zusätzlich sehen die Expertinnen und Experten die Notwendigkeit eines Abbaus bürokratischer Hürden, um minderjährige Schwangere und Mütter (und nicht nur sie) nicht an den Schnittstellen der Zuständigkeiten in das soziale Abseits geraten zu lassen.

Einen weiteren Punkt bildet die kritische Beurteilung der Medienlandschaft und ihrer stark sexualisierten Ausrichtung mit oftmals jugendfreiem Zugang.

Auch auf der Ebene der Bildungspolitik sehen einige Befragte akuten Handlungs- und Reformbedarf, den sie mit konkreten Vorschlägen belegen wie der Reduktion von Klassengrößen, eines einheitlichen Bildungssystems oder der bundesweiten Einführung von Ganztagschulen, die allen Kindern und Jugendlichen bessere Bildungschancen einräumen.

Die bisher aufgeführten Beispiele orientieren sich am gesellschaftlichen Interesse breiter Teile der Bevölkerung (Heranwachsende, Frauen mit Kindern). Es gibt jedoch auch eine Reihe von politischen Forderungen, die sich speziell auf die Gruppe der minderjährigen Mütter beziehen. So wünschen sich in Berlin acht Befragte einen sensibleren Umgang mit dem Thema Teenager-Schwangerschaften, indem sie für Offenheit und Verständnis für die Betroffenen plädieren. Ein konkretes Hilfeangebot in Form einer aufsuchenden Hilfe wird von drei Expertinnen und Experten gefordert:

*„[Dass] der Staat seiner Anforderung gerecht wird, indem man das auch kontrolliert. Indem man kontrolliert, dass Kinder gesund und hygienisch ordentlich leben können, dass die Wohnraum haben, dass sie das Lebensnotwendige haben.“ (2-13 Bildungseinrichtung, Berlin)*

Inwieweit sich dieser Vorschlag realisieren lässt, bleibt kritisch zu hinterfragen, da die Familie als kleinste gesellschaftliche Einheit immer noch dem besonderen Schutz unterliegt und das hier geforderte Eingreifen schwerwiegende Folgen in Bezug auf die Wahrung der Grundrechte nach sich ziehen würde. Andererseits muss bei politischen Entscheidungen auch die Wahrung des Kindeswohls beachtet werden.

Festgehalten werden kann, dass die Expertinnen und Experten ihre Forderungen und Wünsche an verschiedene Bereiche der Politik richten, von der Anerkennung sozialer Arbeit über die Bereitstellung ausreichender Betreuungsmöglichkeiten (für eine Vereinbarkeit von Familie und Beruf) und die Schaffung von Ausbildungs- und Arbeitsplätzen bis hin zu einer Umgestaltung des Bildungssystems und einem jugendgerechten Umgang mit der Thematik in den Medien.



# 3

## *KONSEQUENZEN FÜR FORSCHUNG UND PRAXIS*

- 1 ZUSAMMENFASSENDE DARSTELLUNG DER  
ERGEBNISSE*
- 2 FORSCHUNGSEMPFEHLUNGEN  
UND VERBESSERUNGSMASSNAHMEN*



Die vorliegende Studie zu Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg legt den Schwerpunkt auf die Hilfe- und Beratungsangebote für minderjährige Schwangere und Mütter. Dabei stützt sie sich auf das Erfahrungswissen von Expertinnen und Experten, deren Tätigkeitsfeld die Arbeit mit schwangeren Teenagern einschließt. Die zentrale Frage dabei ist, welche Angebote und Hilfen vorhanden sind und wie die Expertinnen und Experten die Situation bezüglich Bedarf, Angeboten und Vernetzung einschätzen. Die Untersuchung ließ sowohl Raum für kritische Anmerkungen zu Arbeitsweisen als auch für Anregungen und Wünsche. Auf der Grundlage der Ergebnisse können Forschungsempfehlungen und Konzeptionsansätze für Prävention, Beratung und Betreuung von Jugendlichen gegeben bzw. aufgezeigt werden mit Blick auf eine Umsetzung innerhalb der sozialen Arbeit.

## **1 ZUSAMMENFASSENDE DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE**

Die Ergebnisse dieser Studie basieren auf je 50 Interviews, die im Zeitraum von November 2005 bis April 2006 in Berlin und Brandenburg durchgeführt wurden.

### **BERUFLICHE UND SOZIALE DATEN DER BEFRAGTEN**

**Der Blick auf die Geschlechtszugehörigkeit der befragten Expertinnen und Experten macht deutlich, dass die Beratung und Betreuung von minderjährigen Schwangeren ein frauenspezifischer Arbeitsbereich ist.** Nur sechs der 100 befragten Personen sind Männer, drei der Experten sind als Ärzte im Fachbereich der Gynäkologie und Geburtshilfe tätig, ein Interviewpartner ist Mitarbeiter einer Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle, einer Lehrerin und einer Mitarbeiterin eines Jugendamtes.

Damit ist festzustellen, dass Beratungsleistungen vorwiegend von Frauen erbracht werden, d. h., die Gespräche finden „von Frau zu Frau“ statt. Das Durchschnittsalter der interviewten Personen betrug zum Zeitpunkt der Befragung rund 48 Jahre. Die Hälfte der Befragten ist über 48 Jahre (Berlin) bzw. 50 Jahre (Brandenburg) alt und vertritt damit eine Altersgruppe, die einer anderen Generation zuzuordnen ist als die der jugendlichen Schwangeren. Ein hohes Maß an Wissen und Berufserfahrung steht damit jugendlichen Interessen und Lebensweltkonzepten gegenüber. In Brandenburg sind die „jüngeren“ Fachkräfte vor allem in den Bereichen der Mutter-Kind-Einrichtungen und in den Agenturen für Arbeit (U25-Teams) zu finden.

Die Befragten sind entsprechend ihren Berufsfeldern gut qualifiziert und verfügen im Durchschnitt über 20 Jahre Berufserfahrung, wobei die Beschäftigungszeit in der befragten Einrichtung durchschnittlich 12 Jahre (Berlin) bzw. 11,5 Jahre (Brandenburg) beträgt. Ihre umfangreichen Erfahrungen und die detaillierten Einblicke in das Arbeitsfeld mit minderjährigen Schwangeren und Müttern eröffnen im Zuge der Forschung die Möglichkeit, aktuelle Tendenzen und Entwicklungen zu erfassen.

## WEGE ZUR BERATUNG

Die Angaben der befragten Expertinnen und Experten bestätigen, dass minderjährige Schwangere, die sich für ein Austragen der Schwangerschaft entscheiden, eine zahlenmäßig kleine Gruppe bilden. So hatten in Berlin durchschnittlich die Hälfte, in Brandenburg zwei Drittel der Befragten zu weniger als zehn Minderjährigen pro Jahr Kontakt. In Brandenburg können dabei die Beratungsstellen und die Jugendämter die meisten Fallzahlen vorweisen. Ein Viertel der Befragten berichtet von einem Anstieg der Fallzahlen, wobei von einer Befragten auch der Begriff eines „Trends“ verwendet wird. In Berlin kann man vermuten, dass der „gefühlte“ Anstieg der Zahl der Schwangerschaften auf veränderte Wahrnehmungen und Auseinandersetzungen mit diesem Themenkomplex zurückzuführen ist. Die statistischen Analysen können diese „gefühlten“ Anstiegstendenzen nur verhalten bestätigen.

Die Frage, wie Jugendliche auf die vorhandenen Angebote und die Hilfen aufmerksam werden, muss aufgrund der verschiedenen befragten Berufsgruppen differenziert betrachtet werden. Die Beratungsstellen besitzen eine „Komm-Struktur“, das bedeutet, dass die Jugendlichen selbst aktiv werden müssen, um die Hilfen wahrnehmen zu können. Die Vermittlung an die Beratungsstellen erfolgt in Berlin etwas häufiger als in Brandenburg durch die niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen, die nach der Feststellung einer Schwangerschaft die Inanspruchnahme einer Beratung empfehlen. Aus den Aussagen der Expertinnen und Experten lässt sich ableiten, dass der Informationsaustausch zwischen Beratungsstellen und Ärzten gut funktioniert. In Brandenburg dagegen trägt der Austausch von Informationen über Mundpropaganda durch Familienangehörige, Verwandte und Freunde häufiger zum Bekanntheitsgrad der Beratungsstellen bei als in Berlin. Als positiv wird erwähnt, wenn die Minderjährigen die Anlaufstellen bereits durch sexualpädagogische Projekte aus den Schulen o. Ä. kennen. Damit könnten Hemmschwellen bereits im Vorfeld abgebaut werden.

Die meisten direkten Vermittlungen erfolgen allerdings durch die Mutter-Kind-Heime und die Sozialdienste der Krankenhäuser. Dabei nimmt das Jugendamt eine wesentliche Rolle ein, da es aufgrund der gesetzlichen Regelungen die Zuweisungen zu Wohnprojekten und pädagogischen Einrichtungen vornimmt.

Die Aussagen der Expertinnen und Experten lassen die Vermutung zu, dass Jugendliche über Zeitung, Flyer oder Internet seltener zu erreichen sind.

**Aus der Literatur ist bekannt, dass in bestimmten Zielgruppen ein höheres Risiko einer Schwangerschaft im Teenageralter besteht, deshalb wurde nach dem besonderen Zugehen auf diese Personengruppen gefragt.** Der Großteil der befragten Einrichtungen unternimmt keine besonderen Aktivitäten, um z. B. bildungsschwache Schülerinnen und Schüler zu erreichen, wobei auch der Bedarf derartiger Vorgehensweisen infrage gestellt wurde. Diejenigen, die eine zielgruppenspezifische Öffentlichkeitsarbeit angeben, konzentrieren sich auf folgende Personengruppen: Jugendliche mit Migrationshintergrund, Lernförderschüler und -schülerinnen sowie behinderte Jugendliche und Schüler bzw. Schülerinnen ohne Bildungsabschluss.

**Einen wesentlichen Anhaltspunkt in Bezug auf die Kenntnis von Hilfeangeboten liefert auch der Zeitpunkt der Kontaktaufnahme, d. h. in welchem Monat der Schwangerschaft die Jugendlichen erstmals Gesprächsangebote und Hilfen wahrnehmen.** Die Hälfte der Befragten berichtet, dass der Erstkontakt im zweiten Drittel der Schwangerschaft stattgefunden hat. Ein Drittel der Befragten hat erst im letzten Drittel der Schwangerschaft Kontakt zu den Minderjährigen, wobei das auch den jeweiligen Berufsfeldern geschuldet sein kann, wie z. B. bei den Hebammen der Entbindungskliniken. Es wird aber auch von Fällen berichtet, in denen die Kontaktaufnahme sofort nach Schwangerschaftsfeststellung bzw. erst unmittelbar vor der Geburt erfolgte.

**Warum die meisten jugendlichen Schwangeren erst im zweiten Drittel der Schwangerschaft eine Kontaktaufnahme suchen, sollte die Frage nach dem Wissen bzw. der Unkenntnis über die eigene Schwangerschaft näher beleuchten.** Über die Hälfte der Beraterinnen, Gynäkologinnen und Gynäkologen und die Befragten der Bildungseinrichtungen sind davon überzeugt, dass die jungen Frauen bereits frühzeitig um die Schwangerschaft wissen. Lediglich die Mitarbeiterinnen der Mutter-Kind-Einrichtungen berichten von vorhandenen Defiziten bei Jugendlichen bezüglich des Wissens um körperliche Vorgänge. Trotzdem scheint es Gründe zu geben, warum keine sofortige Kontaktaufnahme zu den Hilfegebenden erfolgt. Dazu zählen neben mangelhafter Körperwahrnehmung auch emotionale und psychische Barrieren, wie z. B. Ängste, die Verdrängungsmechanismen auslösen können. Es gibt auch Minderjährige, deren soziales Netzwerk stabil und sozialkompetent genug ist, so dass kein Bedürfnis nach weiteren Unterstützungen besteht.

**Auch wenn nur wenige Jahre zwischen der Menarche und dem Ende der Minderjährigkeit liegen, existieren vereinzelte Hinweise darauf, dass junge Frauen in diesem Zeitraum mehrere Schwangerschaften erleben.** Drei Viertel der Befragten schätzen mehrfache Schwangerschaften im minderjährigen Alter als Einzelerlebnisse ein. Dennoch deuten sie Ausnahmen an und vermuten Schwangerschaftsabbrüche

in der Biographie der Jugendlichen. Auch die Mitarbeiterinnen der Mutter-Kind-Einrichtungen berichten über mehrfache Schwangerschaften in dieser jugendlichen Altersgruppe.

## **BERATUNGSSITUATION UND BERATUNGSMATERIALIEN**

**Beim Erstkontakt zu Beratungsstellen und Einrichtungen werden minderjährige Schwangere häufig von einer vertrauten Person begleitet.** In 33 (Berlin) bzw. 39 (Brandenburg) Interviews wird berichtet, dass die werdende Großmutter bzw. die Eltern der Jugendlichen diese Vertrauenspersonen sind. Dies verringert die altersbedingten Unsicherheiten der Betroffenen. Gleichzeitig birgt es auch die Gefahr, dass sich die Beraterin bzw. der Berater und die Begleitperson über die Bedürfnisse der Jugendlichen hinweg verständigen, da sie oftmals derselben Generation angehören. Im Bereich der Jugendhilfe erfolgen die Kontakte häufig in der Begleitung von Fachkräften wie z. B. Lehrerinnen und Lehrer. In 18 (Berlin) bzw. 16 (Brandenburg) Nennungen wird auch der Partner der minderjährigen Schwangeren als Begleitung angegeben.

**In den meisten Einrichtungen ergeben sich zwei bis fünf Kontakte zwischen den Fachkräften und den jugendlichen Schwangeren.** Es gibt jedoch auch Beraterinnen und Berater, die eine Beratung ausschließlich auf einen Termin konzentrieren, wobei hier davon auszugehen ist, dass keine klare gedankliche Trennung zwischen einer Schwangerschaftskonfliktberatung und einer sozialen Beratung erfolgt. Die Mitarbeiterinnen der vollstationären Einrichtungen zählen tägliche Kontakte mit den Bewohnerinnen zu ihrem Arbeitsauftrag.

**Meist nur zögerlich äußern minderjährige Schwangere ihre Fragen und Anliegen innerhalb der Beratungsgespräche. Das Hauptinteresse ihrerseits liegt auf Informationen zur Grundsicherung wie finanziellen Unterstützungsangeboten und mögliche Wohnformen.** Die inhaltlichen Schwerpunkte auf medizinisch-biologischen Vorgängen und ausbildungsspezifischen Kontexten nehmen dabei eine untergeordnete Rolle ein, wobei dies auch vom Fachgebiet der Expertinnen und Experten abhängig ist. Der Vergleich der Themenschwerpunkte seitens der Beraterinnen und Berater und der Fragestellungen der Minderjährigen lässt deutlich werden, dass keine absolute Konformität vorliegt. So erscheinen Partnerschaft, privates Netzwerk und die Rolle der Eltern sowie Schule und Ausbildung den Expertinnen und Experten als sehr wichtig, sind aber für die Jugendlichen eher als nachrangig einzuordnen. Diese Differenzen in den Erwartungen und Zielstellungen von professioneller Beratung begründen die besonderen Anforderungen an die Beratung dieser speziellen Zielgruppe.

**Verhütungsberatung wird von der Mehrheit der Befragten geleistet, wobei der Anteil der Beratungsstellen mit 36 von 38 befragten Einrichtungen in Berlin und Brandenburg erwartungsgemäß sehr hoch ist. Auch bei allen befragten Gynäkologinnen und Gynäkologen zählt sie zum Aufgabenbereich.** Mehrheitlich erfolgt die Arbeit der Sexualaufklärung durch Gruppenveranstaltungen. In Berlin schätzen nur fünf Befragte das Wissen der Jugendlichen um Verhütung als gut und ausreichend ein. In Brandenburg sind es zehn von 42 Nennungen. Vor allem die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Beratungsstellen und Bildungsträgern beurteilen das Wissen der Jugendlichen als sehr defizitär und negativ. Sie weisen nachdrücklich auf den bestehenden Aufklärungs- und Beratungsbedarf hin. Große Wissensdefizite bestehen nach ihren Aussagen vor allem in der Anwendung der Verhütungsmittel und im Wissen um die Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten. Die Fachkräfte empfehlen vorwiegend Kondome, die Pille und beides in Kombination. Während einige auch Depotpräparate befürworten (vorwiegend die Mitarbeiterinnen der vollstationären Betreuungseinrichtungen), geben andere Expertinnen und Experten keine konkreten Verhütungsmittel als Empfehlung an. Nur ein sehr geringer Anteil von 2% der Befragten benennt in Berlin die Pille danach als Nachverhütung. Diese Möglichkeit wird in Brandenburg gar nicht erwähnt. Dies kann auf die individuelle Gesprächs- und Gedankenführung zurückzuführen sein, d. h., bei direkter Nachfrage wäre sicher ein anderes Ergebnis zu erwarten.

**Methodisch wird betont, dass rechtzeitig mit der Aufklärungsarbeit begonnen werden und diese altersspezifisch, in ständiger Wiederholung, geschlechtsspezifisch getrennt und lebensweltorientiert erfolgen sollte.** Auf die Notwendigkeit der Präventionsarbeit wird seitens der Expertinnen und Experten besonders hingewiesen. Ein wichtiger Bestandteil der Prävention ist auch die zielgruppenspezifische Arbeitsweise. Hier fordern die Befragten spezielle Angebote für bildungsschwache Jugendliche und für Jugendliche mit Migrationshintergrund.

## **LEBENSITUATION JUGENDLICHER SCHWANGERER**

**Bei der Betrachtung der Lebenssituation ist festzustellen, dass von den Expertinnen und Experten ein hoher Anteil der minderjährigen Schwangeren einer niedrigen Bildungsschicht zugeordnet wird.** So lassen sich in Berlin zwei Drittel der Antworten der Expertinnen und Experten zur Gruppe „niedriger Bildungsgrad“ zusammenfassen, in Brandenburg knapp die Hälfte. Im Stadt-Land-Vergleich kann als Unterschied verzeichnet werden, dass die Expertinnen und Experten aus den ländlichen Gebieten das geringe Bildungsniveau stärker in den Vordergrund rücken als ihre städtischen Kolleginnen und Kollegen, die eine größere Bildungsheterogenität unter den minderjährigen Schwangeren und Müttern beobachten. Weiterhin berichten alle befragten Berufsgruppen über Problemhäufungen innerhalb der Herkunftsfamilie und das Fehlen eines stabilen, sozialkompetenten Netzwerkes. Sehr häufig sind solche Familien von staatlichen Transferleistungen abhängig und

finanzielle Einschränkungen durch Arbeitslosigkeit prägen den Lebensalltag. Durch weitere Konfliktpotentiale wie Scheidung und Trennung, eine hohe Gesamtkinderzahl sowie Sucht- und Abhängigkeitsprobleme wird dies weiter verstärkt.

**Die meisten minderjährigen Schwangeren wohnen noch im unmittelbaren elterlichen Umfeld und wollen auch nach der Geburt des Kindes in der Herkunftsfamilie verbleiben.** Dabei unterscheidet sich die Wohnsituation im städtischen Raum nicht wesentlich von der im ländlichen Bereich. Viele Jugendliche verbleiben vorerst in den Herkunftsfamilien, so dass sie wichtige primäre Unterstützungsleistungen wie die Verfügbarkeit von Wohnraum sowohl während als auch nach der Schwangerschaft von den Eltern oder der Familie erhalten. Nur einzelne Aussagen der Befragten deuten darauf hin, dass Schwangerschaften dazu beitragen, eine eigene Wohnung zu beziehen und damit ein desolates Elternhaus schneller verlassen zu können. Die Mitarbeiterinnen der Mutter-Kind-Einrichtungen berichten, dass ihre jugendlichen Schwangeren bereits im Vorfeld der Schwangerschaft verschiedene Erfahrungen mit Wohngruppen und vollstationären Versorgungen hatten.

**Bezogen auf die Reaktion der werdenden Großeltern ergeben sich zwei Hauptpositionen.** Einerseits kann die frühe Schwangerschaft dazu führen, dass es durch Unterstützungen zu guten Eltern-Kind-Verhältnissen kommt. Die Eltern der Jugendlichen nehmen dann auch eine entscheidende Rolle im Hilfesystem ein. Es existieren aber auch Erfahrungen, in denen Interessenkonflikte zwischen der jugendlichen Schwangeren und ihren Eltern deutlich werden. Die negativen Reaktionen der Eltern werden als Ablehnung verstanden, was in manchen Fällen zu Trennung und Kontaktabbruch führt. Wenn bereits im Vorfeld der Schwangerschaft ein Spannungskonflikt zwischen den Eltern und der Tochter bestand, kann die Schwangerschaft nur sehr selten eine Umkehrung und Lösung dieses Konfliktes bewirken.

**Neben den Eltern sind Freunde und Mitschülerinnen sowie Mitschüler weitere wichtige Bezugspersonen für die minderjährige Schwangere bzw. die minderjährige Mutter.** Insbesondere die Befragten aus der Jugendhilfe heben die große Bedeutung der Peergroup hervor. Positive Reaktionen wie Freude, Bewunderung, aber auch Unterstützung und Rücksichtnahme unter Gleichaltrigen dominieren. Nur in einem Fall in Berlin werden Stigmatisierungen seitens der Mitschüler erwähnt. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jugendhilfe verweisen auf Schwankungen in der Beständigkeit der Freundschaften bei jugendlichen Schwangeren. Dabei ist jedoch festzustellen, dass neue Freundschaften entstehen und damit Isolationen vermieden werden können.

**Bei der Betrachtung der Rolle des Kindsvaters ist festzustellen, dass es sich in den meisten Fällen um gleichaltrige Jugendliche handelt.** In Berlin berichten nur 14 Befragte von wesentlich älteren Partnern der Minderjährigen, während in Brandenburg 38 von 48 Befragten beschreiben, dass es sich bei den Partnern um Gleichaltrige oder nur wenig Ältere handelt: Mit dem ebenfalls jugendlichen Alter

der Väter gehen meist auch ähnliche Lebenssituationen einher. In den meisten Fällen liegen äquivalente Ausbildungs- und Berufssituationen vor, wobei sechs Befragte in Berlin darauf hinweisen, dass der Kindsvater aus schwierigen sozialen Verhältnissen stammt. Es konnten nur wenige Aussagen bezüglich der Unterstützungsleistung seitens des Partners gesammelt werden. Dabei berichten die befragten Expertinnen und Experten von unterstützenden Positionen des Partners über ablehnende Einstellungen bis hin zu bereits erfolgten Trennungen. Bei dem überwiegenden Teil handelt es sich um deutsche Väter, nur in seltenen Fällen hat die minderjährige Schwangere bzw. Mutter einen Partner mit Migrationshintergrund.

**Ihre Zukunft sehen die Minderjährigen oft in traditionellen Familienbildern mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung und einer gemeinsamen Wohnung sowie in materiell gesicherten Lebensverhältnissen mit Mann und Kind.** Die Befragten schätzen diese Vorstellungen mehrfach als unrealistisch, unkritisch und teilweise regelrecht naiv ein. Nur wenige Jugendliche scheinen sich nach Meinung der Expertinnen und Experten wirklich intensiv mit der Situation auseinanderzusetzen. Daneben gibt es zahlreiche minderjährige Schwangere, die sich kaum über ihre Zukunft Gedanken machen und einfach davon überzeugt sind, „dass alles irgendwie schon werden wird“.

**Ein Drittel der befragten Expertinnen und Experten ist der Ansicht, dass die Zukunftsperspektiven der jungen Mütter je nach vorhandenen Ressourcen sehr unterschiedlich sein können.** Ein Stadt-Land-Vergleich der Aussagen lässt deutlich werden, dass die städtischen Befragten eher die Antwort „Unterschiedlich“ wählen (41 %), während 26 % die Zukunft als positiv und 32 % die Perspektiven als negativ bezeichnen. Die Befragten der ländlichen Regionen vermuten zu 29 % positive Zukunftschancen und 54 % sehen negative Entwicklungsperspektiven. Nur 14 % weisen auf die Unterschiedlichkeit hin. Die meisten Befragten sehen vor allem Probleme bei der Bewältigung der Alltagsaufgaben. Die Mitarbeiterinnen der Jugendämter gehören zu den wenigen Befragten, die die Zukunft deutlich positiver einschätzen. Dabei wird jedoch auf den Zusammenhang zur Inanspruchnahme von Hilfsangeboten verwiesen.

## MOTIVE UND HINTERGRÜNDE

**Die meisten der Befragten sind davon überzeugt, dass Teenager-Schwangerschaften ungeplant und überraschend entstehen. Sie bestätigen aber, dass nach ihren Erfahrungen bestimmte Motive für das Austragen der Schwangerschaft in diesem jungen Alter vorhanden sind.** Dazu zählen die Versuche der Lösung familiärer Konflikte, die mit Persönlichkeitsentwicklung und dem Gefühl von Erwachsensein einhergehen. Nicht unwesentlich sind auch Wertvorstellungen und ethisch-moralische Gründe, die einen Schwangerschaftsabbruch konsequent ausschließen. Für viele junge Frauen ist ein Kind fester Bestandteil der Lebens-

planung, weshalb auch Ängste vor späterer Kinderlosigkeit als Grund für das Austragen der Schwangerschaft benannt werden. Weitere wesentliche Motive sind scheinbare Perspektivlosigkeit und traditionelle Lebensentwürfe.

**Nur in Einzelfällen berichten die Expertinnen und Experten von minderjährigen Schwangeren mit Migrationshintergrund. In diesen Fällen gestalten sich Beratungsinhalt und Beratungssituation äquivalent zur Beratung von Jugendlichen ohne Migrationshintergrund.** Hinzu kommen aber die Besonderheiten der sprachlichen Barrieren und in den meisten Fällen intensiver familiärer Verflechtungen. Frühe Mutterschaft besitzt in einigen Kulturen eine hohe gesellschaftliche Anerkennung, da sie von hoher Fruchtbarkeit zeugt. Damit ist eng verbunden, dass die minderjährige Schwangere eine gesellschaftliche Aufwertung seitens des kulturell geprägten Umfeldes erfährt. Die werdenden Väter stammen in den meisten Fällen aus dem gleichen Kulturkreis. Als problematisch schätzen die Expertinnen und Experten die Zwangsverheiratung ein, die vorwiegend Frauen aus dem islamischen Kulturkreis betrifft. Mit dem Ziel, Unterstützung, Informationen und Hilfen für junge Frauen aus diesen Kulturkreisen anzubieten, existieren vor allem in Berlin verschiedene Initiativen und Vereine, welche auch über spezielle Angebote und Betreuungsmodalitäten verfügen.

## **ANGEBOTE, BEDARF UND VERNETZUNG DER HILFE- UND BERATUNG-SANGEBOTE**

**Die kooperative Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen ist eine wichtige Voraussetzung, um Angebote für minderjährige Schwangere zu optimieren.** 96% (Berlin) und 94% (Brandenburg) der befragten Expertinnen und Experten geben an, derartige Kooperationstätigkeiten zu unterhalten. Diese erfolgen primär unter den Beratungsstellen verschiedener Träger, aber auch fachübergreifend mit den Einrichtungen der Erziehungs- und Familienberatungsstellen, den Kinder- und Jugendgesundheitsdiensten, den Jugendämtern, den Agenturen für Arbeit und den speziellen Wohnprojekten. Die Schwerpunkte dieser Zusammenarbeit bilden die Vermittlung an spezialisierte Fachkräfte und Telefonkontakte für gegenseitige Absprachen. Ein Vergleich der städtischen Strukturen mit denen ländlicher Bereiche zeigt, dass im städtischen Raum häufiger Bildungseinrichtungen als Kooperationspartner von den Befragten angegeben werden oder keine Vernetzung benannt wird. So kann beispielsweise ein Berliner Bezirk ein Netzwerk vorweisen, das sich zum regelmäßigen Erfahrungsaustausch und zur Weiterbildung in bestimmten Themenkomplexen trifft. Dagegen werden im ländlichen Gebiet mehrfach die verwaltenden, beratenden, medizinischen und betreuenden Einrichtungen bei der Frage nach Kooperationspartnern erwähnt.

Die Expertinnen und Experten sind sich einig, dass diese Zusammenarbeit zu einer Optimierung des Hilfeangebotes und damit zu Qualitätssteigerungen führt. Durch das Zusammenspiel der multiprofessionellen Partner im Hilfesystem, bestehend aus sozialpädagogischen, wirtschaftlichen und medizinischen Fachbereichen, ist es möglich, die Gesamtsituation einer minderjährigen Schwangeren oder Mutter umfassend zu betrachten. Als konkrete Vorteile einer Kooperation werden hauptsächlich folgende Aspekte benannt: Informations- und Erfahrungsaustausch, Vermittlung an kompetente Fachkräfte, fachübergreifende Verständigung, Orientierungsmöglichkeiten und ein rechtzeitiges Greifen von Hilfeangeboten, so dass Kindswohlgefährdungen vermieden werden.

In Berlin heben viele Befragte die gute Infrastruktur innerhalb der Stadtbezirke hervor. Die vorhandenen Netzwerke funktionieren gut, wobei der Kontakt zu den niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen seitens der Beratungsstellen als „ausbaufähig“ eingeschätzt wird. Letztere Aussage deckt sich mit den Erfahrungen in Brandenburg. Dort wird der Kontakt zum Jugendamt, zu den Beratungsstellen und zu den Bildungseinrichtungen mehrfach als „ausbaufähig“ bezeichnet.

Das Bündeln zahlreicher Informationen (z. B. in Form einer Jugendberatung) wird mehrfach in Berlin und Brandenburg als Verbesserungsvorschlag angesprochen. Weiterhin wird der Austausch der verschiedenen Fachbereiche und unbürokratische Vorgehensweisen mit der Überwindung finanzieller Hürden gefordert. Mehrfach werden auch Ideen zur Gründung eines speziellen Arbeitskreises für Teenager-Schwangerschaften angesprochen.

## PRÄVENTION UND POLITIK

Ungewollten Schwangerschaften im Jugendalter entgegenzuwirken, sollte ein Hauptschwerpunkt in der Förderung von Jugendlichen sein. Um Schwangerschaften von Minderjährigen vorzubeugen, ist laut Aussagen der Expertinnen und Experten adäquate Aufklärung notwendig. Diese soll verstärkt in die Bildungsaufgaben der Schulen einfließen und durch geeignete Fachkräfte wie z. B. Gynäkologinnen und Gynäkologen sowie speziell ausgebildete Lehrerinnen und Lehrer erfolgen. Die Maßnahmen der Prävention dürfen keinen finanziellen Kürzungen unterliegen.

Die genannten Forderungen an die Politik beziehen sich einerseits auf die Förderung sozialer Einrichtungen und zielen andererseits auf notwendige Maßnahmen auf der familien- und gesellschaftspolitischen Ebene. Dazu zählen dringend benötigte Angebote von Ausbildungs- und Arbeitsplätzen sowie Reformen im derzeitigen Bildungssystem. Fast die Hälfte der Befragten in Berlin betont die Bedeutung der Sozial- und Jugendarbeit, verbunden mit dem Wunsch, weitere finanzielle Mittel

zu erhalten. Ein Fünftel der Befragten in Brandenburg stellt die Notwendigkeit, berufliche Perspektiven aufzuzeigen, als präventive Maßnahme zur Vermeidung von Teenager-Schwangerschaften in den Mittelpunkt der Überlegungen.

## 2 FORSCHUNGSEMPFEHLUNGEN UND VERBESSERUNGSMASSNAHMEN

Die Angaben der befragten Expertinnen und Experten bestätigen, dass minderjährige Schwangere, die sich für das Austragen des Kindes entscheiden, eine zahlenmäßig kleine Gruppe bilden. Verändert haben sich vor allem soziale und familiäre Strukturen sowie die Wahrnehmung und Akzeptanz dieses Phänomens in der (Fach-) Öffentlichkeit. In den Ergebnissen der vorliegenden Studie lassen sich die großen demographischen und sozialstrukturellen Veränderungen unserer Gesellschaft erkennen: zunehmende Alterung, die Veränderung von Generationenbeziehungen und Kinderwelten sowie Bildungssegregation und soziale Benachteiligung.

### GENERATIONENAMBIVALENZ SOWIE KINDERLEBEN SOLLTEN ERFORSCHT UND IN BETREUUNGSKONZEPTEN BERÜCKSICHTIGT WERDEN

Generationenambivalenz als ein familiensoziologischer Schlüsselbegriff wurde vor allem bezüglich der Frage nach der Veränderung von Generationenbeziehungen nach einer Scheidung untersucht.<sup>141</sup> Die Konsequenzen einer Teenager-Schwangerschaft für das Familiensystem und die Veränderung der Generationenbeziehungen unter den Bedingungen der gleichzeitigen Elternschafts- und Kindschaftsverhältnisse in Mehrgenerationenfamilien unter den aktuellen gesellschaftlichen Verhältnissen sind dagegen weitgehend unerforscht. Dies gilt auch für die Frage, was aus den Kindern der minderjährigen Schwangeren wird. Analysen der Gestaltung von Kinderleben fragen nach Orten für Kinder und den Konsequenzen für Entwicklungsdynamiken und Erfahrungsmöglichkeiten.<sup>142</sup> Im Falle minderjähriger Mütter gelten diese Fragen für zwei Kinderleben und zwei Kindheiten, die der Mutter und die des Kindes. Es ist daher zu empfehlen, im Rahmen von Längsschnittanalysen die Entwicklung der Kinder-Eltern-Großeltern-Beziehungen zu untersuchen. Zusätzlich gilt es, besondere Betreuungskonzepte für minderjährige Mütter und ihre Herkunftsfamilien zu entwickeln, wenn diese gemeinsam im häuslichen Kontext leben. Die meisten minderjährigen Schwangeren wohnen noch im unmittelbaren elterlichen Umfeld und wollen auch nach der Geburt des Kindes in der Herkunftsfamilie verbleiben. Familienstruktur und Generationenbeziehungen verändern sich damit nachhaltig, Ambivalenzen werden verstärkt.

<sup>141</sup> Vgl. LÜSCHER, PAJUNG-BILGER (1998)

<sup>142</sup> SWIDEREKET et al. (2006)

## **BERATUNGSANGEBOTE SOLLTEN GENERATIONENSPEZIFISCH AUSGERICHTET SEIN**

Die interviewten Expertinnen und Experten hatten zum Zeitpunkt der Befragung, Anfang des Jahres 2006, ein Durchschnittsalter von über 48 Jahren (Berlin) bzw. 50 Jahren (Brandenburg). Die beratenden Fachkräfte sind daher häufig noch älter als die werdenden Großeltern. Daraus resultiert, dass sie sich auf die professionellen Anforderungen eines Mehrgenerationengesprächs einstellen müssen, bei dem die jugendliche Schwangere keine gleichaltrigen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner vorfindet. Im Sinne eines Peer-Counseling bzw. Peer-Support wäre ergänzend ein Beratungskonzept wünschenswert, das die Beteiligung einer jungen Frau in einem intergenerativen Beraterteam vorsieht. Denkbar wäre hier eine Einbeziehung von Expertinnen, die in der „Jugendwelt“ erfahrener sind.

Die vorliegenden Beratungskonzepte berücksichtigen nicht hinreichend die komplexen Verflechtungen und Veränderungen der Familienstruktur und die Anliegen der minderjährigen Schwangeren. Dies wird bei der Beurteilung der Beratungsinhalte deutlich. Die Jugendlichen erwarten vor allem finanzielle Unterstützung und Informationen darüber, während Beraterinnen und Berater „beraten“, d. h. das gelernte professionelle Wissen über Partnerschaft, Familie, Ausbildung, Beruf und Lebensgestaltung anwenden wollen – aus der Perspektive einer anderen Generation. Dieser Interessenkonflikt zwischen jugendlichen Ratsuchenden und älteren Beraterinnen und Beratern entsteht durch unterschiedliche Erfahrungswelten der Beteiligten. Besonders Jugendliche mit niedrigen Bildungsabschlüssen und aus sozial benachteiligten Gruppen sehen in der Mutterschaft eine Perspektive, die ihnen sonst in der Gesellschaft oft verschlossen bleibt. Die Veränderung von Jugendkulturen und die Unterschiedlichkeit von Lebenswelten sollten fester Bestandteil der Fortbildung von Beraterinnen und Beratern werden. Neben adäquaten Beratungsangeboten, die eine Peer-Beratung in Bezug auf realistische Lebensentwürfe einschließen, ist jedoch zur Prävention von Teenager-Schwangerschaften vor allem die Politik gefragt.

## **JUGENDLICHE BRAUCHEN BERUFLICHE PERSPEKTIVEN UND TEILHABECHANCEN**

Minderjährige Schwangere und ihre meist gleichaltrigen Partner stammen häufig aus einem benachteiligten sozialen Milieu. Die Schwangerschaft wird nicht nur durch mangelndes Verhütungswissen begünstigt, sie entsteht auch vor dem Hintergrund mangelnder beruflicher Perspektiven und Lebenschancen.<sup>143</sup> Sozial benachteiligte Jugendliche sehen in der Realisierung einer frühen Elternschaft ihre Zukunft und ihre Identität als Erwachsene. Die effektivste Prävention gegen Schwangerschaft

<sup>143</sup> Vgl. HÄUSSLER-SCZEPAN et al. (2005) und pro familia (2006)

ten Minderjähriger bestünde hier in der Schaffung von Ausbildungs- und Arbeitsplätzen bzw. realisierbaren Teilhabechancen. Der Förder- und Unterstützungsbedarf der jungen Familien besteht auch nach der Erlangung der Volljährigkeit. Hier müssen neue Wege der Unterstützung und Hilfe gefunden werden, um die Fest-schreibung sozialer Segregation und den Einstieg in Armutskarrieren zu verhindern.

## **BILDUNGSSCHWACHE JUGENDLICHE UND JUGENDLICHE MIT MIGRATIONSHINTERGRUND BENÖTIGEN SPEZIELLE ANGEBOTE**

Nach Einschätzung der Befragten gehört ein hoher Anteil der minderjährigen Schwangeren einer geringen Bildungsschicht an. Dies bestätigen auch die Ergebnisse der aktuellen Studie von pro familia,<sup>144</sup> wonach Frauen mit einer geringen Schulbildung und hoher sozialer Benachteiligung ein besonders hohes Risiko haben, minderjährig schwanger zu werden. Große Wissensdefizite bestehen nach Aussagen der Expertinnen und Experten vor allem in der Anwendung der Verhütungsmittel und bezüglich der Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten. Sie fordern, dass rechtzeitig mit der Aufklärungsarbeit begonnen werden und diese altersspezifisch sowie geschlechtsspezifisch getrennt und lebensweltorientiert erfolgen sollte. Insbesondere für bildungsschwache Jugendliche und Jugendliche mit Migrationshintergrund sollten zielgruppenspezifische Präventionskonzepte entwickelt und angeboten werden. Bildungsmodule sollten um Kompetenztrainings-einheiten und Schulungen zu den Ansprüchen und Aufgaben von Elternschaft ergänzt werden. Gleichzeitig sollten Beraterinnen für diesen Bereich sensibilisiert und fortgebildet werden.

## **JUGENDLICHE BRAUCHEN UMFANGREICHE MEDIZINISCHE BERATUNGS- UND VERSORGUNGSSTRUKTUREN**

In wichtigen Entscheidungsprozessen sind Jugendliche auf die Mitwirkung von kompetenten Fachkräften angewiesen, um Unsicherheiten aufgrund fehlender Erfahrungen abzubauen. Gerade Ärztinnen bzw. Ärzte und medizinisches Fachpersonal nehmen dabei eine wesentliche Rolle ein. Häufig sind sie der Erstkontakt für die minderjährigen Schwangeren im Hilfenetzwerk, unabhängig vom späteren Entscheidungsverhalten pro oder contra Schwangerschaft. Die Aussagen der Befragten lassen die Vermutung zu, dass Ärztinnen und Ärzte durch die notwendigen Aufklärungsgespräche zum Schwangerschaftsabbruch latent existierende Ängste in Bezug auf eine spätere Kinderlosigkeit potenzieren. Zusätzlich findet durch die Visualisierung (Ultraschalldokumentation des ungeborenen Kindes) eine wesentliche emotionale Beeinflussung der Schwangeren statt. Die Betreuung der minder-

<sup>144</sup> pro familia (2006)

jährigen Schwangeren durch die Ärztinnen, Ärzte und Hebammen benötigt daher andere Rahmenbedingungen: Neben einem erweiterten Zeitkorridor mit adäquaten Abrechnungsmodalitäten sind vor allem zielgruppenorientierte Schulungsangebote mit dem besonderen Hinweis auf die Rolle der Ärztinnen und Ärzte im Entscheidungsprozess notwendig. Vernetzung und Verweisung auf Beratungsstelle und Jugendhilfe müssen auch von Ärztinnen und Ärzten geleistet werden.





# 4

## **ANHANG**

- 1** LITERATUR
- 2** TABELLENVERZEICHNIS
- 3** ABBILDUNGSVERZEICHNIS
- 4** FRAGEBOGEN



# 1

## LITERATUR

14. SHELL JUGENDSTUDIE (2003): Jugend 2002 – Zwischen pragmatischem Idealismus und robustem Materialismus, Fischer Taschenbuch, Frankfurt a. M.

15. SHELL JUGENDSTUDIE (2006): Jugend 2006 – Eine pragmatische Generation unter Druck, Hamburg

108. DEUTSCHER ÄRZTETAG (2005): Armut und Arbeitslosigkeit machen krank, Beschlussprotokoll des 108. DEUTSCHEN ÄRZTETAGES vom Mai 2005 in Berlin  
[www.bundesaerztekammer.de/30/aerztetag/108\\_daet/03beschluss/top04/01.html](http://www.bundesaerztekammer.de/30/aerztetag/108_daet/03beschluss/top04/01.html)

BOMSDORF, E. (2004): Der demographische Wandel und seine Folgen für die sozialen Sicherungssysteme – Eine Betrachtung aus der Sicht von Wissenschaft und Politik, in: SCHOLZ, R., FLÖTHMANN, J. (Hg.): Lebenserwartung und Mortalität – Jahrestagung 2002 der DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR DEMOGRAPHIE in Rostock

BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (2002): 11. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland, Bonn

BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT (2006): Arbeitslosenquote im Juli 2006  
[www.arbeitsagentur.de/zentraler-Content/A01-Allgemein-Info/A011-Presse/Publikation/pdf/Landkarten-Eckwerte-07-06.pdf](http://www.arbeitsagentur.de/zentraler-Content/A01-Allgemein-Info/A011-Presse/Publikation/pdf/Landkarten-Eckwerte-07-06.pdf)

BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (2006 a): 7. Familienbericht. Familie zwischen Flexibilität und Verlässlichkeit – Perspektiven für eine lebenslaufbezogene Familienpolitik, Berlin

BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (2006 b): Bundesstiftung MUTTER UND KIND  
[www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/infoblatt-mutter-und-kind,property=pdf,bereich=,rwb=true.pdf](http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/infoblatt-mutter-und-kind,property=pdf,bereich=,rwb=true.pdf), 30.08.2006

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE SICHERUNG (Hg.) (2005): Lebenslagen in Deutschland – Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Berlin

# B

# 4

BUNDESSTIFTUNG MUTTER UND KIND (2005): Sozialdaten der BUNDESSTIFTUNG DES JAHRES 2005

BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (2001): Jugendsexualität – Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern, Köln

BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (2006): Jugendsexualität – Repräsentative Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern, Köln

BUSCH, U., FRANZ, J. (2004): Schwangerschaften Minderjähriger – Hintergründe und beraterische Anforderungen, in: FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung 4 – 2004: Jugendliche Schwangere und Mütter, BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG, Köln

**D** DEUTSCHES KINDERHILFSWERK (2006): [www.dkhw.de/index.html?a=/news/presse/news.php?nr=298](http://www.dkhw.de/index.html?a=/news/presse/news.php?nr=298), 30.08.2006

DEUTSCHES ROTES KREUZ NEURUPPIN (2006): [www.drk-neuruppin.de/150.html](http://www.drk-neuruppin.de/150.html), 30.08.06

DEUTSCHLAND 2020 (2004): Die demografische Zukunft der Nation. NEUE STUDIE DES BERLIN-INSTITUTS FÜR WELTBEVÖLKERUNG UND GLOBALE ENTWICKLUNG, Berlin

Drs.-Nr. 15/4607 (2006): Drucksache der CDU im Abgeordnetenhaus Berlin: Sofortprogramm für ein „Netzwerk Kinderschutz und Prävention“ [www.cdu-fraktion.berlin.de/index.php/im\\_parlament/antraege/jugend\\_familie/netzwerk\\_kinderschutz\\_und\\_praevention](http://www.cdu-fraktion.berlin.de/index.php/im_parlament/antraege/jugend_familie/netzwerk_kinderschutz_und_praevention), 30.08.2006

**F** FACHHOCHSCHULE POTSDAM (2006): Frühe Hilfen für Kinder und ihre Familien [http://sozialwesen.fh-potsdam.de/fruehe\\_hilfen\\_fuer\\_k.html](http://sozialwesen.fh-potsdam.de/fruehe_hilfen_fuer_k.html), 15.09.2006

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

FLICK, U. (1999): Qualitative Forschung, – Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften, Rowohlt, Reinbek bei Hamburg

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

GARST, A. (2001): „Casa Luna – ein Hilfsangebot für minderjährige Mütter. Erfahrungen einer zehnjährigen Arbeit, in: BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (HG.): FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung 1-2001: Jugendliche Schwangere und Mütter, Köln

G

GARST, A. (2003): „Discofiebers und Muttersorgen“ – Wenn 14-jährige Kinder kriegen, in: „Sie ist doch selber noch ein halbes Kind ...“ – Fachtagung zu jugendlichen Elternschaften am 10.10.2002 im Auftrag von 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 vom 27.07.1992, BGBl. I S. 1398

GILLE, G. (2002): Wenn Kinder Kinder kriegen – Möglichkeiten der Prävention in der gynäkologischen Praxis, in: Der Gynäkologe 35, S. 910–920

HÄUSSLER-SCZEPAN, M., WIENHOLZ, S., MICHEL, M. (2005): Teenager-Schwangerschaften in Sachsen – Angebote und Hilfebedarf aus professioneller Sicht, in: BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (HG.): Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung 26/2005, Köln

H

HÖLLING, H., SCHLACK, R. (2006): Essstörungen. Symposium zur RKI-Studie „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ am 25.09.2006

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

J

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

K

Kleine Anfrage Drs.-Nr. 15/11271 (2004): Kleine Anfrage der PDS im Abgeordnetenhaus Berlin – Schwangerschaften Minderjähriger, Berlin

KLUGE, N. (2002): Schwangerschaftsabbrüche bei Minderjährigen in der Bundesrepublik Deutschland: gesteigerte Zunahme statt des erwarteten Rückgangs, Forschungsstelle für Sexualwissenschaften und Sexualpädagogik, UNIVERSITÄT LANDAU, [www.uni-landau.de/kluge/Beitraege\\_zur\\_S.u.S/zunahme.pdf](http://www.uni-landau.de/kluge/Beitraege_zur_S.u.S/zunahme.pdf), 18.01.2008

4

KÖLN (2002): Kindereltern. UNICEF-Studie: Außenseiter mit Kind.  
[www.inidia.de/kindereltern.htm](http://www.inidia.de/kindereltern.htm)

KÜHNELT, R. (2000): Die Verschlechterung der sozialen Lage führt spürbar zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen, in: GEENE, R., GOLD, C. (Hg.): Gesundheit für alle! Materialien zur Gesundheitsförderung Bd. 4, GESUNDHEIT BERLIN E. V., b\_books

**L** LANDESAMT FÜR STATISTIK SACHSEN (2004): Pressemitteilung 20/2004, Kamenz Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Brandenburg (2005): [www.lids-bb.de](http://www.lids-bb.de)

LANDESJUGENDAMT BRANDENBURG, Bereich Hilfen zur Erziehung  
[www.lja-brandenburg.de/heime/sucheheime/suche.php?q=Mutter+und+Kind](http://www.lja-brandenburg.de/heime/sucheheime/suche.php?q=Mutter+und+Kind), 30.08.2006

LAUE, E. (2004): Schwangerschaftsabbrüche und Geburten minderjähriger Schwangerer – die amtliche Statistik, in: BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (HG.): FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung 4-2004: Jugendliche Schwangere und Mütter, Köln

LÜSCHER, K., PAJUNG-BILGER, B. (1998): Forcierte Ambivalenzen, Ehescheidung als Herausforderung an die Generationenbeziehungen unter Erwachsenen, Universitätsverlag Konstanz

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

MERZ, M. (1988): Schwangerschaftsabbruch und Beratung bei Jugendlichen – Eine klinisch-tiefenpsychologische Untersuchung. Walter-Verlag, Olten, Freiburg i. B.

MINISTERIUM FÜR ARBEIT, SOZIALES, GESUNDHEIT UND FRAUEN DES LANDES BRANDENBURG (2003 a): Sozialpolitik im Überblick 2003. Beiträge zur Sozial- und Gesundheitsberichtserstattung Nr. 3, Potsdam

MINISTERIUM FÜR ARBEIT, SOZIALES, GESUNDHEIT UND FAMILIE DES LANDES BRANDENBURG (2003 b): 3. Kinder- und Jugendbericht Brandenburg. Arbeitslosigkeit in den ostdeutschen Bundesländern im Vergleich (Stand Juli 2006)  
[statistik.arbeitsamt.de/statistik](http://statistik.arbeitsamt.de/statistik), 24.09.2006

MINISTERIUM FÜR ARBEIT, SOZIALES, GESUNDHEIT UND FAMILIE DES LANDES BRANDENBURG (2006 a): Brandenburger Sozialindikatoren [www.brandenburg.de/cms/detail.php/lbm1.c.355447.de](http://www.brandenburg.de/cms/detail.php/lbm1.c.355447.de); 10.12.2007

MINISTERIUM FÜR ARBEIT, SOZIALES, GESUNDHEIT UND FAMILIE DES LANDES BRANDENBURG (2006 b): Pressemitteilung [www.brandenburg.de/sixcms/detail.php?template=masgf\\_site\\_detail&id=262887&\\_siteid=11](http://www.brandenburg.de/sixcms/detail.php?template=masgf_site_detail&id=262887&_siteid=11), 15.09.2006

MINISTERIUM FÜR BILDUNG, JUGEND UND SPORT (2005): Jugend 2005 – Jugend in Brandenburg [www.mbjs.brandenburg.de/sixcms/media.php/1222/zeitreihenstudie\\_kurz.pdf](http://www.mbjs.brandenburg.de/sixcms/media.php/1222/zeitreihenstudie_kurz.pdf)

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

OSTHOFF, R. (2004): Ungeplante Schwangerschaften im Jugendalter – Ursachen – Folgen – Prävention. In: HAMBURGISCHE ARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG E. V. (Hg.): Ich – und ein Baby. Schwangerschaft und Elternschaft von Minderjährigen. Möglichkeiten der Prävention und Unterstützung. Dokumentation, S. 5–12

PUHLMANN, A. (1998): Arbeitslosigkeit und berufliche Neuorientierung von Frauen in Ostdeutschland – Berufsbiographien und berufliche Qualifizierung im Umbruch, BUNDESINSTITUT FÜR BERUFSBILDUNG (Hg.): Bertelsmann Verlag, Bielefeld

pro familia (2006): Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen, Erste Ergebnisse eines pro familia-Forschungsprojektes, in: pro-familia-Magazin 02/2006, S. 23-27

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: „Sie ist doch selber noch ein halbes Kind...“ – Fachtagung zu jugendlichen Elternschaften am 10.10.2002 im Auftrag der BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG, von pro familia Schleswig-Holstein und des MJFJF Schleswig-Holstein

O

P

R

4

**S** SCHAFFRATH ROSARIO, A., KURTH, B. M. (2006): Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Symposium zur RKI-Studie „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ am 25.09.2006

SCHNEIDER, R. (2003): Teenager-Schwangerschaften in Deutschland, Sekundäranalyse in Form einer Literatur- und Internetrecherche, BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG, Köln 2003, unveröffentlichtes Manuskript

SENATSVERWALTUNG FÜR GESUNDHEIT, SOZIALES UND VERBRAUCHERSCHUTZ (2003): Sozialstrukturatlas Berlin 2003

SENATSVERWALTUNG FÜR GESUNDHEIT, SOZIALES UND VERBRAUCHERSCHUTZ (2004): Bericht über die Schwangerschaftskonfliktberatungen 2002 in Berlin

STATISTISCHES BUNDESAMT (2004): Bevölkerung

STATISTISCHES BUNDESAMT (2004 a): Fachserie 1, Reihe 1.1 – 2004

STATISTISCHES BUNDESAMT (2004 b): Schulstatistik, [www.destatis.de](http://www.destatis.de)

STATISTISCHES BUNDESAMT (2005): [www.destatis.de](http://www.destatis.de)

STATISTISCHES BUNDESAMT (2005 a): Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2005, Fachserie 1, Reihe 2.2 - 2005

STATISTISCHES BUNDESAMT (2007): [www.destatis.de](http://www.destatis.de)

STATISTISCHES LANDESAMT BERLIN (2005): [www.statistik-berlin.de](http://www.statistik-berlin.de)

SWIDEREK, T., BÜHLER-NIEDERBERGER, D., HEINZEL, F., SÜNKER, H., THOLE, W. (2006): Welten von Kindern – Alltag in institutionellen Räumen, in: Promotionskolleg „Kinder und Kindheiten im Spannungsfeld gesellschaftlicher Modernisierung“ (Hg.): Kinderwelten und institutionelle Arrangements. Modernisierung von Kindheit. VS-Verlag, Wiesbaden S. 7-13

**U** UNICEF (2001): A league table of teenage births in rich nations, Innocenti Report Card No. 3, July 2001, Florence: UNICEF Innocenti Research Centre

UNICEF (2006): „Ausgeschlossen“ – Kinderarmut in Deutschland. [www.unicef.de/3804.html](http://www.unicef.de/3804.html), 24.09.2006

WANZECK-SIELERT, C. (2002): Sexualpädagogische Hypothesen im Kontext von Jugendkultur- und Sexualforschung, in: BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDEITLICHE AUFKLÄRUNG (Hg.): FORUM Sexuaufklärung und Familienplanung 1-2002: Jugendkulturen, Köln

W

WELLER, K. (2005): Zwischen Kontrazeption und Kinderwunsch – Folgerungen aus den Befunden zu Teenager-Schwangerschaften für eine zeitgemäße Sexualpädagogik, in: WELLER, K. (Hg.): Kursbuch 2, Sexualpädagogik und Familienplanung, Dokumentation der Fachtagung vom 15.10.2004: Minderjährige Schwangere – minderjährige Mütter. Ungewollte Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei Teenagern, Merseburg

WHO (Hg.) (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen, Stand Oktober 2005

WIMMER-PUCHINGER, B. (1982): Schwangerschaft als latenter Konflikt. Empirische Untersuchung über soziale und psychische Determinanten der Entscheidungsbildung, in: POETTGEN, H. (Hg.): Die ungewollte Schwangerschaft, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln

[www.fruehehilfen.de](http://www.fruehehilfen.de), 12.12.2007

[www.pub.arbeitsamt.de/hst/services/statistik/detail/f.html](http://www.pub.arbeitsamt.de/hst/services/statistik/detail/f.html), 18.01.2008

[www.sfs-dortmund.de/v2/rubriken/forschung/querschnittsthemen/themen/sozialdienstleistungen.php](http://www.sfs-dortmund.de/v2/rubriken/forschung/querschnittsthemen/themen/sozialdienstleistungen.php), 24.09.2007

[www.steep-training.de](http://www.steep-training.de), 02.01.2007

4



# 2

## TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Geburten, Schwangerschaftsabbrüche und Schwangerschaften bei Minderjährigen 2000 bis 2004	28
Tabelle 2: Ausgewählte Regionen in Brandenburg	38
Tabelle 3: Arbeitslosigkeit in Deutschland und in den ostdeutschen Bundesländern im Vergleich (Stand Juli 2006)	41
Tabelle 4: Ausgewählte Einrichtungen	59
Tabelle 5: Wer wurde befragt?	70
Tabelle 6: Entstehungsjahr der Einrichtung	71
Tabelle 7: Berufliche Qualifikationen der Befragten in Brandenburg nach Einrichtungen	73
Tabelle 8: Berufliche Qualifikationen der Befragten in Berlin	74
Tabelle 9: Durch wen erhalten die Jugendlichen die Informationen über Ihre Einrichtung?	77
Tabelle 10: Wie und wo machen Sie Ihre Einrichtung bzw. Angebote öffentlich bekannt?	83
Tabelle 11: Zeitpunkt der Kontaktaufnahme (ohne Agenturen für Arbeit)	89
Tabelle 12: Gründe für spätes Wahrnehmen von Hilfeangeboten	93
Tabelle 13: Wie viele Beratungstermine nehmen die minderjährigen Schwangeren wahr?	100
Tabelle 14: Wer sind die Begleitpersonen beim Erstkontakt (Berlin)	103
Tabelle 15: Häufigste Fragen der Jugendlichen	105
Tabelle 16: Häufigste Beratungsthemen	109
Tabelle 17: Verwendete Verhütungsmittel	118

Tabelle 18: Empfohlene Verhütungsmittel	119
Tabelle 19: Notwendige Hilfemassnahmen	127
Tabelle 20: Kooperationspartner	133
Tabelle 21: Welche Vorteile werden in einer Kooperation gesehen?	138
Tabelle 22: Wie könnte optimale Vernetzung gestaltet sein?	141
Tabelle 23: Ausbildungssituation	144
Tabelle 24: Herkunftsfamilie	148
Tabelle 25: Rolle und Reaktion der Peergroup	158
Tabelle 26: Soziodemographische Merkmale der Väter	161
Tabelle 27: Motiv: Persönlichkeitsentwicklung / Erwachsensein	166
Tabelle 28: Motiv: Lösungsversuch familiärer Konflikte	167
Tabelle 29: Motiv: Perspektivlosigkeit	168
Tabelle 30: Motiv: Ablehnung eines Schwangerschaftsabbruchs	169
Tabelle 31: Motiv: traditioneller Lebensentwurf durch Vorbilder	170
Tabelle 32: Zukunftsvorstellungen der Jugendlichen	174
Tabelle 33: Zukunftsperspektiven der Minderjährigen	181
Tabelle 34: Hilfe- und Beratungsbedarf	191
Tabelle 35: Kultureller Einfluss (Berlin)	193
Tabelle 36: Maßnahmen zur Verhinderung von Teenager-Schwangerschaften	200
Tabelle 37: Detaillierte Forderungen an die Politik	205

# 3

## ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Altersspezifische Geburtenziffern für Deutschland, Lebendgeborene je 1.000 Frauen der Altersgruppe (Geburtsjahrmethode)	20
Abbildung 2: Geburten und Schwangerschaftsabbrüche durch minderjährige Frauen pro 1.000 Frauen der Altersgruppe 13 bis 17 Jahre in Deutschland	20
Abbildung 3: Geburten und Schwangerschaftsabbrüche durch minderjährige Frauen pro 1.000 Frauen der Altersgruppe 13 bis 17 Jahre (Deutschland, Berlin und Brandenburg)	21
Abbildung 4: Geburten und Schwangerschaftsabbrüche durch minderjährige Frauen pro 1.000 Geburten bzw. Schwangerschaftsabbrüche (Deutschland, Berlin und Brandenburg)	22
Abbildung 5: Lebendgeburten Minderjähriger der Altersgruppen 15, 16 und 17 Jahre im Jahr 2005 (Deutschland, Berlin und Brandenburg)	23
Abbildung 6: Schwangerschaften pro 1.000 Frauen der Altersgruppe 13 bis 17 Jahre in Deutschland, Berlin und Brandenburg (Summe Schwangerschaftsabbrüche und Lebendgeburten)	26
Abbildung 7: Verhältnis Abbrüche zu Lebendgeburten minderjähriger Schwangerer zwischen 13 und 17 Jahren	27
Abbildung 8: Anteil der Teenagergeburten von Ausländerinnen an der Gesamtzahl der Geburten durch Minderjährige	32
Abbildung 9: Geburten durch Minderjährige pro 1.000 der Altersgruppe 13 bis 17 Jahre	33
Abbildung 10: Beratene Minderjährige nach ihrem Anteil an den beratenen Frauen aller Altersstufen in Berlin	34
Abbildung 11: Vergleich Anteil Ausländerinnen 13 bis 17 Jahre mit beratenen Ausländerinnen 13 bis 17 Jahre	35

Abbildung 12: Anteil der Schulabgänger und -abgängerinnen nach dem Schuljahr 2002/2003 (Angaben in %)	42
Abbildung 13: Gezieltes Zugehen auf bestimmte Gruppe von Jugendlichen (Berlin)	86
Abbildung 14: Gezieltes Zugehen auf bestimmte Gruppe von Jugendlichen (Brandenburg)	86
Abbildung 15: Tendenzieller Zeitraum des sicheren Wissens über das Bestehen einer Schwangerschaft (Berlin)	92
Abbildung 16: Tendenzieller Zeitraum des sicheren Wissens über das Bestehen einer Schwangerschaft (Brandenburg)	92
Abbildung 17: Handelt es sich um die erste Schwangerschaft? (Berlin)	96
Abbildung 18: Handelt es sich um die erste Schwangerschaft? (Brandenburg)	96
Abbildung 19: Kommen die Jugendlichen allein in die Beratung? (Berlin)	101
Abbildung 20: Kommen die Jugendlichen allein in die Beratung? (Brandenburg)	102
Abbildung 21: Relation zwischen Themenangeboten der Berater/-innen und Anfragen der Hilfesuchenden	112
Abbildung 22: Verhütungswissen der Jugendlichen (Berlin)	115
Abbildung 23: Verhütungswissen der Jugendlichen (Brandenburg)	115
Abbildung 24: Vernetzung im Stadt-Land-Vergleich (Brandenburg, Angaben in %)	136
Abbildung 25: Bildungsniveau nach Berufsgruppen (Berlin, Angaben in %)	145
Abbildung 26: Bildungsniveau nach Berufsgruppen (Brandenburg, Angaben in %)	147
Abbildung 27: Zusammengefasster familiärer Hintergrund der Minderjährigen	151
Abbildung 28: Wohnsituation (Berlin)	152

Abbildung 29: Wohnsituation (Brandenburg)	153
Abbildung 30: Existenz der Partnerschaft mit dem Vater des Kindes (Berlin)	163
Abbildung 31: Existenz der Partnerschaft mit dem Vater des Kindes (Brandenburg)	163
Abbildung 32: Motive für das Austragen eines Kindes (Berlin)	171
Abbildung 33: Motive für das Austragen eines Kindes (Brandenburg)	171
Abbildung 34: Geplante Teenager-Schwangerschaften	172
Abbildung 35: Bewertung der Zukunftsvorstellungen	178
Abbildung 36: Einschätzung der Zukunft der Minderjährigen, (Berlin, Tendenzen)	179
Abbildung 37: Einschätzung der Zukunft der Minderjährigen, (Brandenburg, Tendenzen)	180
Abbildung 38: Kontakt zu minderjährigen Schwangeren und Müttern mit Migrationshintergrund (Berlin)	185
Abbildung 39: Kontakt zu minderjährigen Schwangeren und Müttern mit Migrationshintergrund (Brandenburg)	187
Abbildung 40: Herkunftsregionen der Minderjährigen mit Migrations- hintergrund (Berlin)	188
Abbildung 41: Herkunftsregionen der Minderjährigen mit Migrations- hintergrund (Brandenburg)	189
Abbildung 42: Nationalität der Väter (Berlin)	190
Abbildung 43: Zusammengefasste Präventionsmassnahmen (Berlin)	198
Abbildung 44: Zusammengefasste Präventionsmaßnahmen (Brandenburg)	198
Abbildung 45: Zusammengefasste Forderungen an die Politik (Berlin)	204
Abbildung 46: Zusammengefasste Forderungen an die Politik (Brandenburg)	204



# 4 FRAGEBOGEN

## **GESPRÄCHSLEITFADEN FÜR EXPERTENGESPRÄCHE: MINDERJÄHRIGE SCHWANGERE UND MÜTTER IN BERLIN UND BRANDENBURG**

Vielen Dank für Ihre Gesprächsbereitschaft. Wie Sie bereits durch die briefliche Ankündigung bzw. im Rahmen der telefonischen Terminvereinbarung erfahren haben, führen die UNIVERSITÄT LEIPZIG, die HOCHSCHULE MITTWEIDA und die HOCHSCHULE MERSEBURG im Auftrag der BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG eine Studie zu Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg durch.

In diesem Zusammenhang interessieren wir uns für verschiedene Beratungs- und Betreuungsangebote für minderjährige Schwangere und Mütter in Ihrer Region, für die dort gesammelten Erfahrungen und für den Bedarf an Hilfeangeboten aus der Sicht von Expertinnen und Experten.

Unser Ziel ist es herauszufinden, welche Beratungs- und Hilfeangebote es für diesen Personenkreis gibt und was aus Ihrer Sicht ergänzt und verbessert werden könnte.

Wir führen die Befragung gemäß § 5 des Bundesdatenschutzgesetzes durch und sichern Ihnen Anonymität bei der Auswertung zu.

Bitte beantworten Sie die Fragen aus Ihrer Sicht, ausgehend von Ihren eigenen Berufserfahrungen.

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

## ANGABEN ZUR INTERVIEWTEN PERSON UND ZUR EINRICHTUNG

Beginnen möchte ich mit ein paar allgemeinen Fragen zu Ihrer Einrichtung.

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

## WEGE ZUR BERATUNG/BETREUUNG

Im Folgenden interessiert mich, wie die jungen Frauen auf Ihre Einrichtung aufmerksam werden.

6. Wenn Sie an die letzten fünf Jahre denken: Wie viele minderjährige Schwangere und Mütter sind im Durchschnitt pro Jahr zu Ihnen gekommen?

*Nachfrage bei Schwangerenberatungsstellen, Gynäkologen, Hebammen:*  
Wie viele sind das pro Monat?

7. Wie hoch ist der Anteil der unter 16-Jährigen?
8. Wie werden die Jugendlichen auf Ihre Einrichtung aufmerksam?
9. Machen Sie Ihre Einrichtung bzw. Beratungs- und Betreuungsangebote öffentlich bekannt?
10. Gehen Sie gezielt auf bestimmte Gruppen von Jugendlichen zu?  
*Wenn JA:* Auf welche? In welcher Art und Weise?
11. Kommen die Jugendlichen in der Regel allein zu Ihnen?  
*Wenn NEIN:* Wer begleitet die minderjährigen Schwangeren und Mütter?  
Geben Sie den jungen Frauen die Gelegenheit, *allein* mit Ihnen zu sprechen?

*Agenturen für Arbeit: weiter mit Frage 15*

12. Im wie vielen Schwangerschaftsmonat kommen die Jugendlichen zu Ihnen?
13. Seit wann wissen die jungen Frauen von ihrer Schwangerschaft?
14. Wenn die jungen Frauen sehr spät kommen, welche Gründe gibt es dafür?  
Welche jungen Frauen kommen sehr spät?
15. Ist es für die Ratsuchenden die erste Schwangerschaft bzw. das erste Kind?  
*Wenn NEIN:* Wurden die früheren Schwangerschaften ausgetragen oder abgebrochen?

## **BERATUNG/BETREUUNG**

Kommen wir nun zum Ablauf einer Beratung bzw. zur konkreten Betreuung einer minderjährigen Schwangeren bzw. Mutter.

16. Wie viele Beratungstermine nimmt eine minderjährige Schwangere oder Mutter in der Regel wahr?  
Was ist der häufigste Fall?
17. Was wollen die Jugendlichen wissen, was fragen/wünschen sie?
18. Welche Themen sprechen Sie als Beraterin während des Gesprächs an?  
Was sind Ihre Schwerpunkte?
19. An welchen Angeboten mangelt es speziell für minderjährige Schwangere und Mütter?
20. Sehen Sie Nachteile, wenn Hilfe- und Beratungsangebote nicht genutzt werden?
21. Gibt es spezielle Gruppen, die Ihre Angebote nicht nutzen?  
*Wenn JA:* Gibt es Überlegungen, wie diese Jugendlichen erreicht werden können?

## VERHÜTUNG

### *Agenturen für Arbeit: weiter mit Frage 27*

Ein wichtiges Thema bei Jugendlichen ist die Verhütung.

22. Bieten Sie Verhütungsberatung an?
23. Wie ist das Wissen der Jugendlichen über Verhütung?
24. Was wissen die jungen Frauen über Anwendungsfehler bei der Verhütung?
25. Was verwenden Jugendliche?
26. Was empfehlen Sie den Jugendlichen an Verhütungsmethoden?
27. Wie können Ihrer Meinung nach Jugendliche heutzutage am besten über Verhütung und Sexualität aufgeklärt werden?

## MINDERJÄHRIGE SCHWANGERE UND MÜTTER

Uns interessiert, welche Jugendlichen minderjährig schwanger werden.

28. Können Sie etwas zur schulischen Bildung bzw. zum beruflichen Status der minderjährigen Schwangeren und Mütter sagen?
29. Und was können Sie zur Wohnsituation sagen?
30. Welche Informationen haben Sie zu den Eltern bzw. zur Familie der Betroffenen?
31. Welche Rolle spielen die Eltern bzw. die Familie für die minderjährige Schwangere bzw. Mutter?
32. Welche Rolle spielen Freunde, Bekannte, Mitschüler/-innen der Betroffenen?
33. Wer sind die Väter und wie alt sind sie?  
(Zur Kontrolle: Ausbildungs- und Berufssituation, Staatsangehörigkeit)
34. Besteht die Partnerschaft zum Vater des Kindes noch?
35. Gibt es unter den minderjährigen Ratsuchenden Ausländerinnen bzw. junge Frauen mit Migrationshintergrund?  
*Wenn NEIN:* weiter mit Frage 44

36. Gibt es darunter russlanddeutsche junge Frauen?  
*Wenn JA:* Wie hoch ist der Anteil?
37. Wenn Sie an alle minderjährigen Schwangeren bzw. Mütter mit Migrationshintergrund denken: Wie viele sind das pro Jahr?
38. Wie hoch ist der Anteil der unter 16-Jährigen?
39. Welches sind die häufigsten Herkunftsländer?
40. Welchen speziellen Hilfe- und Beratungsbedarf haben Ausländerinnen bzw. junge Frauen mit Migrationshintergrund?
41. Wie verläuft die Beratung bzw. Betreuung?
42. Lässt sich ein Einfluss der Nationalität und deren Kultur ausmachen?  
*Wenn JA:* Inwiefern?
43. Neigen minderjährige Ausländerinnen bzw. Frauen mit Migrationshintergrund eher zum Austragen oder zum Abbrechen der Schwangerschaft?
44. Welche Staatsangehörigkeit haben die werdenden Väter?

## MOTIVE UND HINTERGRÜNDE

Wenn wir nun auf die Ursachen von Teenagers-Schwangerschaften schauen:

45. Welche Motive aus Sicht der Jugendlichen für das Austragen einer Schwangerschaft sind Ihnen bekannt?
46. Gibt es auch geplante Teenager-Schwangerschaften?  
*Wenn JA:* Wer sind die jungen Frauen? Wie viele sind es? Warum werden sie geplant schwanger?
47. Wie sehen Sie die Zukunft von Mutter und Kind?
48. Welche Vorstellungen und Zukunftspläne haben die minderjährigen Schwangeren und Mütter?  
*(Zur Kontrolle: Partnerschaft, Familie, Schule und Beruf)*
49. Welche Hilfen sind Ihrer Meinung nach notwendig?



## ANMERKUNGEN ZUM INTERVIEW

4





*Literaturtipps*





Prof. Dr. Monika Häußler-Sczegan

Sabine Wienholz

Dr. Marion Michel

## **TEENAGER-SCHWANGERSCHAFTEN IN SACHSEN. ANGEBOTE UND HILFEBEDARF AUS PROFESSIONELLER SICHT**

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-Sczegan, 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 und Experten aus der Praxis. Ausgewertet wurden insbesondere die Erfahrungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Beratungsstellen, Behörden, Schulen und medizinischen Einrichtungen, die in ihrer täglichen Arbeit mit Jugendlichen, jugendlichen Schwangeren und Müttern in Kontakt stehen.

**BESTELLNUMMER:** 13300026



## **PRÄVENTION VON SCHWANGERSCHAFTEN BEI MINDERJÄHRIGEN**

Das Informationspaket gibt einen Überblick zum Thema Teenager-Schwangerschaften aus der Sicht der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Studienergebnisse, statistische Hintergrundinformationen und Expertisenhinweise sollen Fachkräfte bei ihrer Arbeit mit Minderjährigen unterstützen.

Das Informationspaket „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
- Sonderdruck Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen
- Heft 2/2007 des Forum Sexualaufklärung Teenagerschwangerschaften International
- Repräsentativerhebung Jugendsexualität 2006
- Projektflyer „Komm auf Tour“

**BESTELLNUMMER:** 13050000

## **WWW.SEXUALAUFKLAERUNG.DE**

Unter der Adresse <http://www.sexualaufklaerung.de> werden insbesondere die Medien der Abteilung Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung präsentiert. Die Internetseiten bieten einen Überblick über Veröffentlichungen zu aktuellen und abgeschlossenen Studien, Expertisen, Untersuchungen, Kampagnen und Modellprojekten für die verschiedenen Zielgruppen.

Unter anderem werden die Bände der Reihe **FORSCHUNG UND PRAXIS DER SEXUALAUFKLÄRUNG UND FAMILIENPLANUNG** jeweils mit einer kurzen Zusammenfassung der Inhalte vorgestellt. Mittlerweile sind fast 30 Publikationen erschienen und die Reihe wird kontinuierlich erweitert. Jeder Band kann direkt per E-Mail bei der BZgA bestellt werden. Soweit verfügbar, werden die Hefte zusätzlich als PDF-Datei angeboten.

Der regelmäßige Informationsdienst der BZgA **FORUM SEXUALAUFKLÄRUNG UND FAMILIENPLANUNG** wird auf den BZgA-Seiten ebenfalls detailliert vorgestellt und die Hefte stehen als elektronisches Dokument zur Verfügung. Die Kurzfassungen von Studien und Wiederholungsbefragungen sind ebenso als Online-Angebot vorhanden. Einige Studien und Sekundäranalysen liegen ausschließlich als Online-Dokument vor.

Über das Angebot [www.sexualaufklaerung.de](http://www.sexualaufklaerung.de) sind auch die Fachdatenbanken der BZgA zu erreichen. Zum Themenfeld Sexualaufklärung und Familienplanung sind derzeit folgende Datenbanken verfügbar:

- Frauengesundheit und Gesundheitsförderung: Literatur, Daten und Organisationen
- Pränataldiagnostik und unerfüllter Kinderwunsch: Informationsmaterialien, Aufklärungsbroschüren, Medien, Maßnahmen

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 zeigt die Ergebnisse einer Untersuchung zu Hilfebedarf und Beratungsangeboten für jugendliche Schwangere und Mütter in Berlin und Brandenburg auf. Grundlage der Untersuchung sind Befragungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Beratungsstellen, Behörden, Schulen und medizinischen Einrichtungen zu bestehenden Angeboten und Hilfen. Ergänzend wurde erhoben, welche Erfahrungen die Befragten in der Beratung und Betreuung minderjähriger Schwangerer und Mütter haben.

Die Veröffentlichungen der BZgA sind unter der Bestelladresse BZgA, 51101 Köln, oder per E-Mail an [order@bzga.de](mailto:order@bzga.de) erhältlich.



**Bundeszentrale  
für  
gesundheitliche  
Aufklärung**

ISBN 978-3-937707-51-8

Schutzgebühr: 11 Euro