

**Die Senatorin für
Arbeit, Frauen,
Gesundheit, Jugend
und Soziales**



Teenagerschwangerschaften im Land Bremen

Situation und Handlungsbedarf

Herausgeber/Bezug:

Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales
Abteilung Gesundheitswesen
Referat: Gesundheitsplanung, Psychiatrie und Suchtkrankenhilfe
Bahnhofsplatz 29
28195 Bremen

Tel.: 0421/361 –9559

Email: antje.post@gesundheit.bremen.de

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bremer Senats herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbenden während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht so verwendet werden, dass es als Parteinahme des Herausgebers zu Gunsten einzelner Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es jedoch gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer einzelnen Mitglieder zu verwenden.

Inhaltsverzeichnis

EINLEITUNG	1
WIE VIELE TEENAGERSCHWANGERSCHAFTEN GIBT ES IN BREMEN?	3
WARUM WERDEN TEENAGER SCHWANGER?	7
GESUNDHEITLICHES VERHALTEN IN DER SCHWANGERSCHAFT	11
Teilnahme an der Schwangerenvorsorge	11
Tabak, Alkohol, Drogen etc.	13
Medizinische Risiken: Frühgeburtlichkeit und geringes Geburtsgewicht	15
PRÄVENTION UND HILFEN – WO GIBT ES NOCH VERBESSERUNGSBEDARF?	17
Befragung von Expertinnen und Experten	18
Exkurs: Baby-Bedenkzeit Bremen	19
Exkurs: Ein interdisziplinärer Ansatz: FIRST-LOVE-Ambulanzen	20
Exkurs: Notfallverhütung - die „Pille danach“	21
Exkurs: Geburtsvorbereitung für schwangere Teenager	24
Exkurs: Familienhebammen	26
ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK	28
ANHANG	34
Befragungsdesign	34
Arbeitskreis „Junge Mütter“	34
LITERATUR	36

GBE-kompakt

Die regelmäßige Erstellung von Gesundheitsberichten ist in Bremen im „Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst im Lande Bremen“ verankert. Gesundheitsberichte dienen als fachliche Grundlage für die Planung von Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung. Sie zeigen auf, in welchen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung Chancen und Risiken ungleich in der Bevölkerung verteilt sind, und außerdem bieten sie Ansatzpunkte für Interventionen in Prävention, Diagnostik, Kuration und Rehabilitation mit dem Ziel, die Morbidität und Mortalität in der Bevölkerung zu senken.

Mit der Reihe „GBE-kompakt“ werden Themen, die für Bremen gesundheitspolitisch relevant sind, kurz und prägnant dargestellt.

Anmerkung zu den verwendeten Daten

Im Fokus des vorliegenden Berichts stehen „sehr junge Schwangere bzw. Mütter“. Eine allgemeingültige Definition hierfür gibt es nicht. Häufig liegt die Altersgrenze bei unter 18 Jahren, in einigen Statistiken aber auch bei 19 oder 20 Jahren. Da hier unterschiedliche Statistiken aus verschiedenen Datenquellen verwendet werden, ist die Altersgrenze nicht einheitlich, wird aber stets angegeben.

Als Datenquellen wurden verwendet:

- das Statistische Bundesamt,
- das Statistische Landesamt Bremen,
- das Qualitätsbüro Bremen: Das bei der Bremer Krankenhausgesellschaft angesiedelte Qualitätsbüro Bremen ist dafür zuständig, auf Landesebene die Umsetzung der externen Qualitätssicherung der Krankenhäuser nach Vorgaben der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung gGmbH (BQS) zu organisieren. Einer der Leistungsbereiche, die verpflichtend dokumentiert und ausgewertet werden müssen, ist die Geburtshilfe. Diese Daten betreffen alle Geburten, die in Bremer Krankenhäusern stattgefunden haben. Eine Differenzierung nach Bremer Frauen und auswärtigen Frauen ist nicht möglich.

Einleitung

Wenn sehr junge Frauen schwanger werden, kann dies in Einzelfällen unproblematisch sein. Oftmals ist dieses Ereignis jedoch mit schwierigen Rahmenbedingungen verknüpft. So weisen minderjährige Schwangere ein erhöhtes Risiko von Komplikationen in der Schwangerschaft auf. Diese sind häufig bedingt durch eine schlechte sozioökonomische oder soziale Situation oder durch einen Verzicht auf ein gesundheitsbewusstes Verhalten.¹

Ähnlich schwierig ist die Situation dann auch für junge Mütter. Die Wahrscheinlichkeit, dass sie an einer postpartalen Depression leiden, ihr Baby allein großziehen müssen, in Armut leben, eine Ausbildung nicht beginnen oder ihre Ausbildung nicht abschließen können ist deutlich höher als bei etwas älteren Müttern.

Und auch für die Säuglinge sind die Startbedingungen weniger gut. Beispielsweise werden sie nicht so häufig gestillt und weisen ein erhöhtes Risiko auf zu versterben. Insgesamt ist die Entwicklungs- und Sozialprognose für minderjährige Mütter und ihre Kinder häufig schlecht.

Im Vergleich zu anderen Ländern ist die Zahl der Teenangerschwangerschaften in Deutschland niedrig. Da aber ungewollte Schwangerschaften bei sehr jungen Frauen oftmals ernsthafte Probleme mit sich bringen, sollten entsprechende Hilfen zur Verfügung stehen.² Hier spielt auch die Thematik „Vermeidung von Vernachlässigung und Misshandlung“ bzw. „Kindeswohl“ eine Rolle.

Dies sind einige der Gründe, sich diesem Thema einmal genauer für das Land Bremen zu widmen. Hierfür wurden zum einen eine Reihe von Daten ausgewertet, zum anderen geben die Ergebnisse einer Befragung von Bremer Expertinnen und Experten zu diesem Thema eine Einschätzung der Situation und Ansätze für möglichen Verbesserungsbedarf.

¹ Unicef (2001) und Jolly et al. (2000). Zitiert nach: Wienholz S., Die Rolle von Gynäkologinnen und Gynäkologen in der Beratung und Betreuung von minderjährigen Schwangeren und Müttern in Sachsen, <http://www.gesundheitberlin.de/index.php4?request=search&topic=2143&type=infotext>

² BzgA: Teenagerschwangerschaften in Deutschland, Stellungnahme der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, im Internet: http://www.bzga.de/botmed_13050200.html

Wie viele Teenagerschwangerschaften gibt es in Bremen?

Diese Frage ist nicht so einfach zu beantworten, denn Daten über Schwangerschaften werden in Deutschland – und damit auch in Bremen - weder in der amtlichen Statistik erhoben noch gibt es eine systematische und methodisch einheitliche Erfassung von Schwangerschaften. Für Rückschlüsse auf die Häufigkeit von Schwangerschaften werden daher in der Regel die Geburtenstatistik und die Schwangerschaftsabbruchstatistik herangezogen.³ Des Weiteren gibt es Daten über medizinisch behandelte Fehlgeburten, die hier aber nicht berücksichtigt werden.

Im Jahr 2006 wurden im Land Bremen insgesamt 82 Kinder geboren, deren Mutter unter 18 Jahre alt war. Das sind 1,5% aller von Bremer Frauen geborenen Kinder in diesem Jahr.

Im selben Jahr haben sich 113 Frauen unter 18 Jahren für einen Abbruch entschieden. 4,1% aller im Land Bremen wohnender Frauen, die sich in diesem Jahr für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden haben, waren minderjährig.

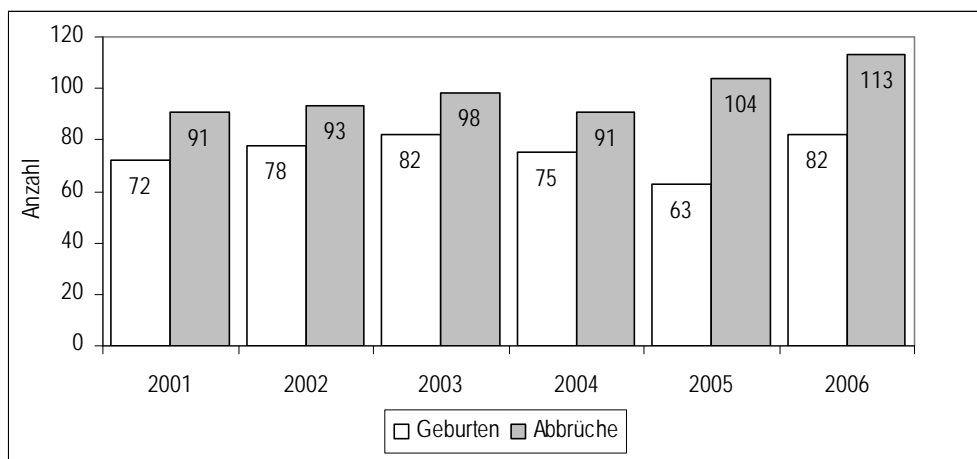


Abbildung 1: Lebendgeborene und Schwangerschaftsabbrüche bei minderjährigen Frauen im Land Bremen im Zeitvergleich, Absolutzahlen, (Quelle: Statistisches Bundesamt)⁴

³ Laue E. (2004): Schwangerschaftsabbrüche und Geburten minderjähriger Schwangerer – die amtliche Statistik, aus: BzGA (Hrsg.) Forum Sexualaufklärung 4-2004: Jugendliche Schwangere und Mütter, Frankfurt

⁴ Diese Darstellung eignet sich nicht zum Zeitvergleich. Hierzu bitte Abbildung 4 verwenden.

Um eine Annäherung⁵ an die Zahl der Teenagerschwangerschaften im Ländervergleich zu erlangen, wurden in der folgenden Abbildung die Raten der Lebendgeborenen und die Raten der Schwangerschaftsabbrüche je 10.000 Frauen zwischen 10 und unter 18 Jahren dargestellt.

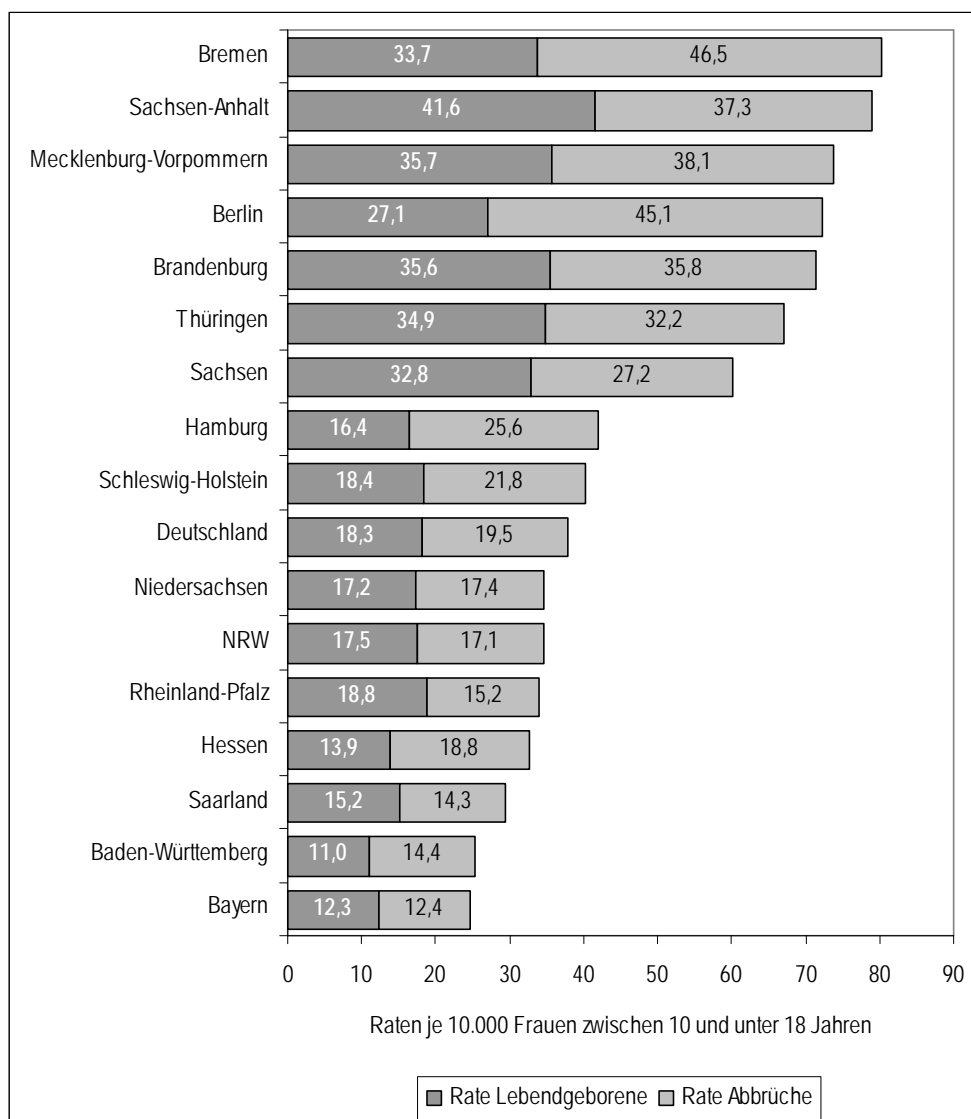


Abbildung 2: Lebendgeborene und Schwangerschaftsabbrüche je 10.000 Frauen im Alter zwischen 10 und unter 18 Jahren, 2006 (Quelle: Statistisches Bundesamt⁶, eigene Berechnungen)

Bremen weist hinsichtlich der Lebendgeborenen den 5. Rangplatz auf - nach Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Thüringen. Hinsichtlich der Abbruchrate bei den unter 18 Jährigen liegt Bremen ganz vorn.

Die Aufschlüsselung nach Alter macht deutlich (siehe folgende Abbildung), dass Schwangerschaften in sehr jungen Jahren insgesamt sehr seltene Ereignisse sind. So wurden im Land Bremen im Jahr 2005 von 1.000 Mädchen im Alter von 15 Jahren 2 Mädchen schwanger; bei den 16 Jährigen waren es 5 Mädchen von 1.000.

Der Vergleich der Stadtstaaten belegt, dass sich Bremen bei den 15 und 16 jährigen Mädchen kaum von Hamburg und Berlin unterscheidet. Erst im Alter von 18 Jahren ist eine größere Differenz zu beobachten.

⁵ Medizinisch behandelte Fehlgeburten und Totgeburten wurden hier nicht berücksichtigt.

⁶ Bevölkerung im Jahresdurchschnitt

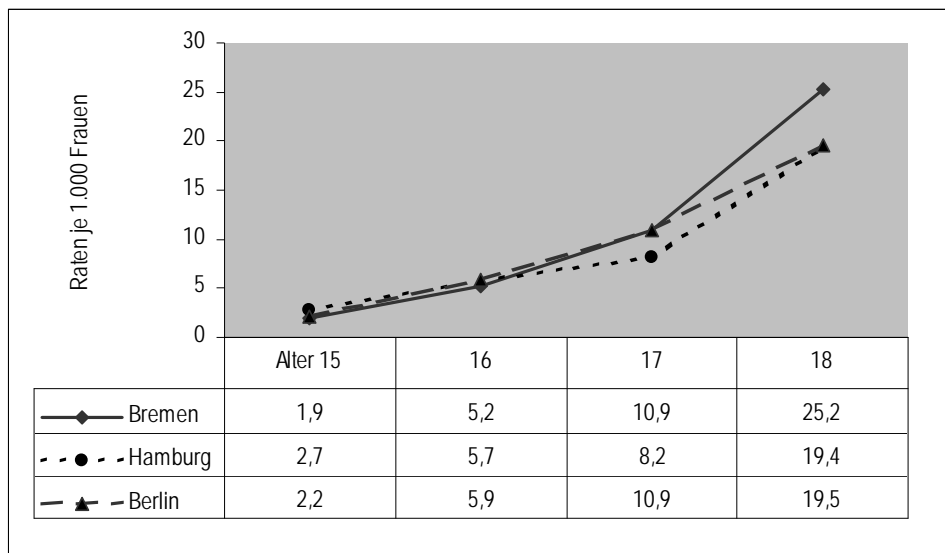


Abbildung 3: Lebendgeborene nach Alter je 1.000 Frauen, Land Bremen, 2005 (Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen)

Für einen regionalen Vergleich der Städte Bremerhaven und Bremen wurden aufgrund der Verfügbarkeit der Daten Lebendgeborene betrachtet, die von Frauen zwischen 10 und unter 20 Jahren geboren wurden. Ein regionaler Vergleich zeigt, dass die Raten der Lebendgeborenen bei Frauen unter 20 Jahren in Bremerhaven etwas höher liegen als in Bremen, d.h. durchschnittlich werden von 1.000 Frauen unter 20 Jahren in Bremerhaven 13 Kinder geboren, während es in der Stadt Bremen 8 Kinder sind.

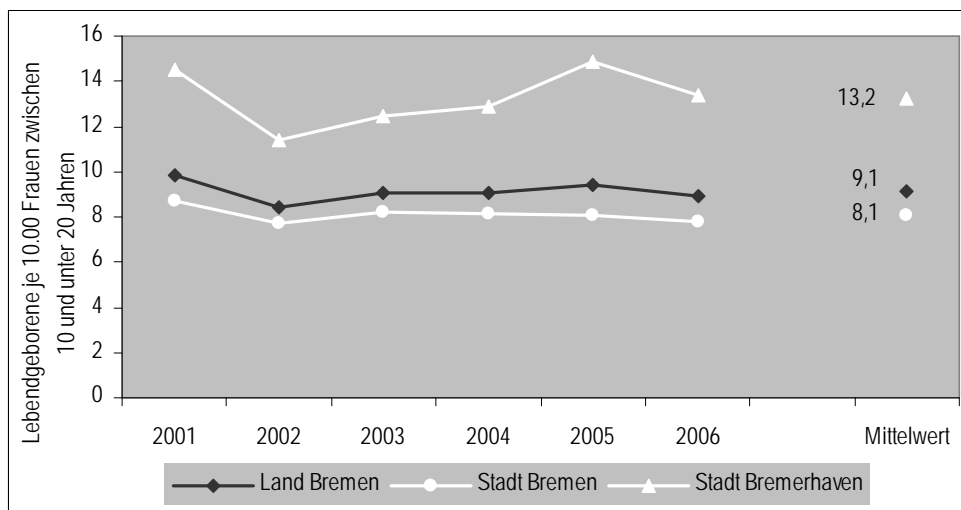


Abbildung 4: Lebendgeborene je 1.000 Frauen im Alter zwischen 10 und 20 Jahren im Städtevergleich (Quelle: Statistisches Landesamt, Bremen Kleinräumig⁷, eigene Berechnungen)

Wird dann noch eine Differenzierung nach Migrationsstatus vorgenommen, ist zu erkennen, dass die höchsten Raten bei Mädchen aus Bremerhaven mit ausländischer Staatsbürgerschaft zu verzeichnen sind (siehe folgende Abbildung).

⁷ Stichtagsbevölkerung jeweils am 31.12. eines Jahres

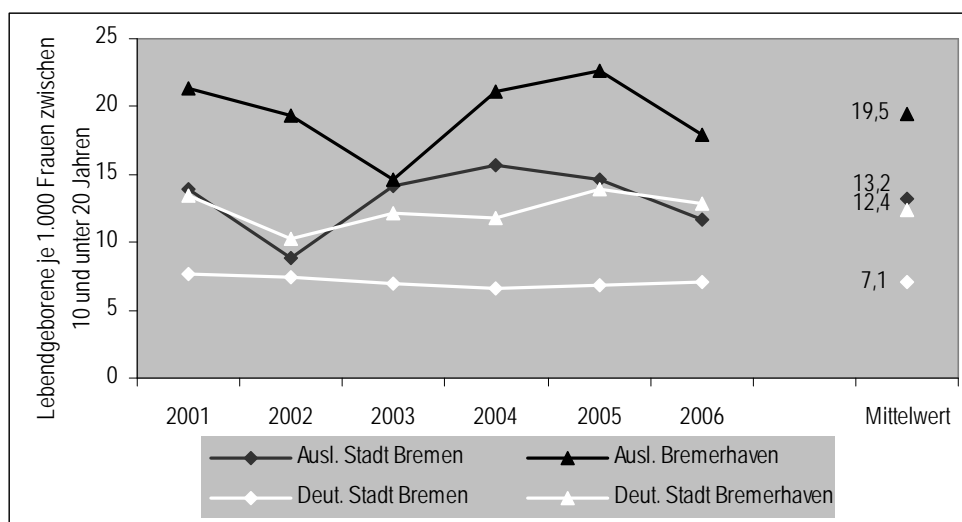


Abbildung 5: Lebendgeborene je 1.000 Frauen im Alter zwischen 10 und unter 20 Jahren im Städtevergleich nach Migrationsstatus (Quelle: Statistisches Landesamt, Bremen kleinräumig, eigene Berechnungen)

Die Ergebnisse einer bundesweiten Befragung minderjähriger Schwangerer von pro familia ergaben hingegen nicht, dass Migrantinnen in höherem Maße schwanger werden.⁸ Eine Erklärung könnte darin liegen, dass in der erwähnten Untersuchung die Altersgrenze bei 18 Jahren lag, während sich die Bremer Daten auf unter 20 Jährige beziehen. Nach Daten des Statistisches Bundesamtes haben sich die Raten an Lebendgeborenen bei minderjährigen Ausländerinnen und Deutschen in den letzten Jahren angeglichen, während sich die Raten bei den über 18 Jährigen unterscheiden.

Auch bei den Schwangerschaftsabbrüchen minderjähriger Frauen liegt Bremen über dem Bundesdurchschnitt. Im zeitlichen Verlauf ist hier eine Zunahme der Raten in 2005 und 2006 zu beobachten. Über die Gründe können keine Angaben gemacht werden.

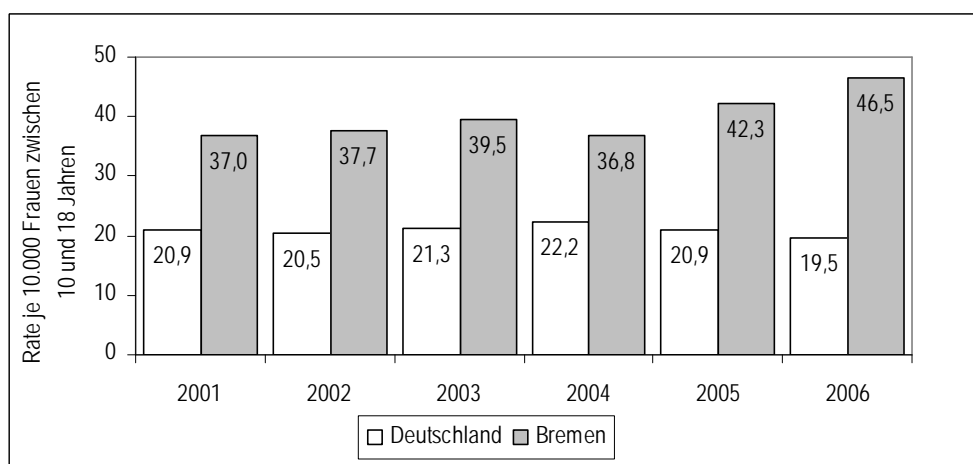


Abbildung 6: Schwangerschaftsabbrüche je 10.000 Frauen im Alter von 10 bis unter 18 Jahren in Bremen und Deutschland im Zeitvergleich (Quelle: Statistisches Bundesamt)

⁸ pro familia Bundesverband (2006): Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen, Frankfurt

Warum werden Teenager schwanger?

Eine Befragung von 1.800 minderjährigen Schwangeren⁹ in Deutschland ergab, dass der überwiegende Teil der jungen Frauen ungeplant schwanger geworden ist (92%). Bei 4% waren die Schwangerschaften geplant, weitere 4% haben „es darauf ankommen lassen“.

Bei der Untersuchung der genauen Hintergründe wurde deutlich, dass etwa zwei Drittel der jungen Frauen schwanger geworden ist, obgleich mit sicheren Methoden wie Pille oder Kondom verhütet wurde. Ein zentrales Problem bei Teenagerschwangerschaften – und zwar in allen Bildungsgruppen – sind Anwendungsfehler der Verhütungsmittel.

Weitere, tiefer liegende Faktoren, die zu sehr frühen Schwangerschaften beitragen, sind soziale Benachteiligung und Perspektivlosigkeit.

Studien belegen, dass es oft benachteiligte junge Frauen sind, die schwanger werden – und die sich dafür entscheiden, ihre Kinder auch auszutragen.¹⁰ Damit verbunden ist die Hoffnung auf bessere Teilhabechancen in der Gesellschaft, soziale Anerkennung und Perspektive.¹¹

„Mutterschaft als Lebenskonzept erscheint für viele Jugendliche lukrativer als eine Aussicht auf Arbeitslosigkeit und Chancenlosigkeit für die angestrebte Berufsausbildung“ meint Sabine Wienholz, die im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Angebote und Hilfebedarf für schwangere Teenager in Sachsen analysiert hat.¹²

In Bremen wurden im Rahmen des Projektes MOSAIK¹³ Analysen junger Mütter im Zusammenhang mit Sozialhilfebezug und Bildungsniveau durchgeführt mit dem Ergebnis, dass die Sozialhilfequote bei jungen Müttern (unter 25 Jahren) mit etwa

⁹ pro familia Bundesverband (2006): Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen, Frankfurt

¹⁰ Department for Education and Skills (2006): Teenage Pregnancy Next Steps: Guidance for Local Authorities and Primary Care Trusts on Effective, Delivery of Local Strategies, im Internet: <http://www.everychildmatters.gov.uk/resources-and-practice/IG00145/>

¹¹ Bundesregierung (2004): Teenagerschwangerschaften: Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Michaela Noll, Rita Pawelski, Maria Eichhorn, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU – Drucksache 15/4580, 20.12.2004

¹² Wienholz S., Die Rolle von Gynäkologinnen und Gynäkologen in der Beratung und Betreuung von minderjährigen Schwangeren und Müttern in Sachsen, <http://www.gesundheitberlin.de/index.php4?request=search&topic=2143&type=infotext>

¹³ MOSAIK = "Kompetenzentwicklung für (junge) Mütter. Kooperation von Beratung, (Aus)Bildung und Beruf", im Internet: <http://www.dlb.uni-bremen.de/web/forschung/mosaik/home.htm>

35% deutlich höher liegt als der durchschnittliche Wert von 9,5% (bezogen auf Oktober 2003). Im Hinblick auf das Bildungsniveau wurde ermittelt dass ein Großteil der jungen Mütter über keinen oder lediglich einen gering qualifizierten Berufsabschluss verfügt. Als besorgniserregend wurde festgestellt, dass etwa ein Drittel der 22-24 jährigen jungen Mütter keinen Schulabschluss hatte, was in der Konsequenz bedeutet, dass sich die Aufnahme einer Ausbildung als sehr schwierig gestaltet.¹⁴

Frauen mit besserer beruflicher Perspektive hingegen scheinen zum einen eine höhere Planungskompetenz zu haben, was die Verhütung angeht; zum anderen entscheiden sie sich häufiger erst später für ein Kind.

Als weitere vulnerable Gruppe gelten Förderschülerinnen. Im Rahmen der Untersuchung von Teenagerschwangerschaften in Sachsen fiel auf, dass Förderschülerinnen überproportional unter den Schwangeren vertreten sind. Hingewiesen wurde auch auf den besonderen Förder- und Beratungsbedarf dieser Zielgruppe, deren Wissen um den eigenen Körper häufig defizitär ist und die im Falle einer Schwangerschaft oft erst sehr spät Hilfe suchen. Zudem sind die bestehenden Angebote für diese Gruppe mitunter nicht adäquat¹⁵.

Des Weiteren werden häufiger jene sehr jungen Frauen schwanger, die aus Familien mit vielen Problemen stammen. Sie haben den Wunsch, ihre eigene, harmonische Familie zu gestalten. Aufgrund der Rahmenbedingungen gehen hier Wunsch und Realität weit auseinander.

Um zu schauen, inwieweit in Bremen die soziale Lage junger Frauen mit der Zahl von Geburten in jungen Jahren zusammenhängt, wurde anhand der Daten des „sozialen Benachteiligungsindex“ (eine vom Sozialressort berechnete Rangfolge von Ortsteilen - von „sehr privilegiert“ bis „sehr benachteiligt“) und der Geburtenzahlen die Raten der Lebendgeborenen je 10.000 Frauen zwischen 10 und unter 20 Jahren) der jeweils 15 privilegierten und der jeweils 15 sozial benachteiligten Ortsteile verglichen.

Die Ortsteile Bremens sind kleine regionale Einheiten. Mehrere Ortsteile bilden einen Stadtteil. Manchmal hat ein Ortsteil den gleichen Namen wie ein Stadtteil. Der Ortsteil Gröpelingen gehört z.B. zum Stadtteil Gröpelingen. Der Stadtteil Gröpelingen besteht u.a. aus den Ortsteilen Lindenhof und Ohlenhof.

Benachteiligte Ortsteile	Privilegierte Ortsteile
Tenever, Groepelingen, Lindenhof, Ohlenhof, Neue Vahr Nord, Bahnhofsvorstadt, Neue Vahr Südwest, Lüssum-Bockhorn, Sodenmatt, Neue Vahr Südost, Hemelingen, Kattenturm, Huckelriede, Grohn, Neuenland	In den Hufen, Bürgerpark, Grolland, Borgfeld, Oberneuland, Riensberg, Gete Horn, Neu-Schwachhausen, Radio Bremen, Schwachhausen, Habenhausen Peterswerder, Arbergen, St.Magnus

¹⁴ Thiessen B., Anslinger E. (2004): „Also für mich hat sich einiges verändert ... eigentlich mein ganzes leben“. Alltag und Perspektiven junger Mütter, aus: BzgA (Hrsg.)(2004): Jugendliche Schwangere und Mütter – Forum Sexualaufklärung und Familienplanung, Frankfurt, im Internet: <http://forum.sexualaufklaerung.de/index.php?docid=502>

¹⁵ BzgA (Hrsg.) (2005): Teenagerschwangerschaften in Sachsen – Angebote und Hilfebedarf aus professioneller Sicht, im Internet: <http://www.sexualaufklaerung.de/index.php?docid=683>

Die folgende Abbildung zeigt deutlich den Unterschied: In den sozial benachteiligten Ortsteilen ist die Rate der Lebendgeborenen der unter 20 Jährigen Mütter nahezu fünf mal so hoch wie in den privilegierten Ortsteilen.

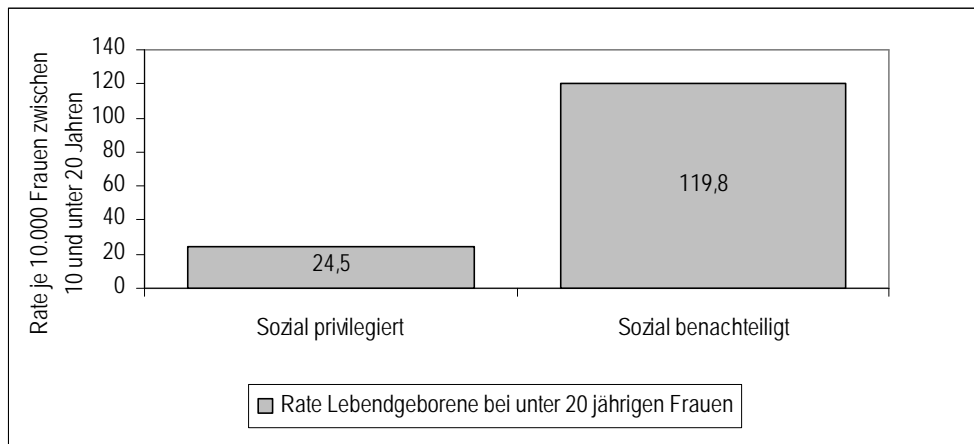


Abbildung 7: Lebendgeborene je 10.000 Frauen zwischen 10 und unter 20 Jahren in den 15 privilegierten Ortsteilen und den 15 sozial benachteiligten Ortsteilen, 2002-2006 aggregiert¹⁶ (Quelle: Statistisches Landesamt, Bremen kleinräumig, Benachteiligungsindex 2007, eigene Berechnungen)

Auch eine Regressionsanalyse unter Einbeziehung aller Ortsteile belegt, dass in den benachteiligten Ortsteilen (niedrige Indexwerte) die Geburtenraten bei den unter 20 Jährigen höher sind als in den privilegierten Ortsteilen (hohe Indexwerte, siehe Abbildung 8).

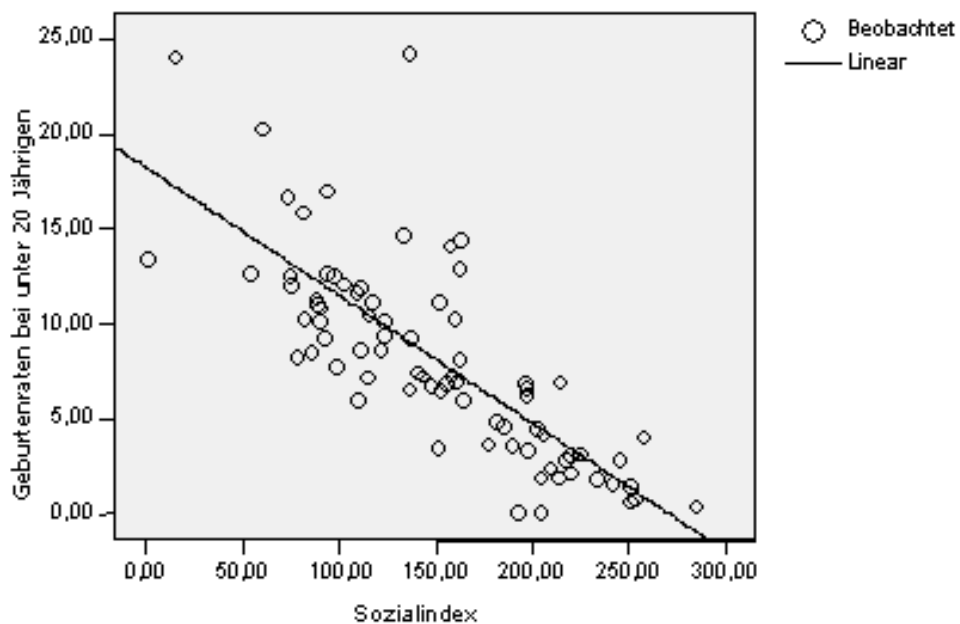


Abbildung 8: Geburtenraten bei Frauen unter 20 Jahren nach Benachteiligungsindex, aggregiert 1996-2005 (kleiner Wert des Sozialindex = große Benachteiligung) (Quelle: Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales)

¹⁶ Da die Fallzahlen auf Ortsteilebene sehr klein sind, wurden die Jahre 2002-2006 zusammengefasst ausgewertet..

Zur Planung von Interventionen ist es wichtig zu wissen, wo die meisten Lebendgeborenen bei unter 20 Jährigen leben. Führend sind dabei die Ortsteile Gröpelingen, Tenever und Lüssum-Bockhorn, die auch in der Liste in der 15 benachteiligten Ortsteile aufgeführt sind (dunkle Balken). Anzumerken ist, dass in keinem der in der folgenden Abbildung dargestellten Ortsteile die drei Wohneinrichtungen für minderjährige Schwangere liegen, die als Erklärung für die Raten herangezogen werden könnten.¹⁷

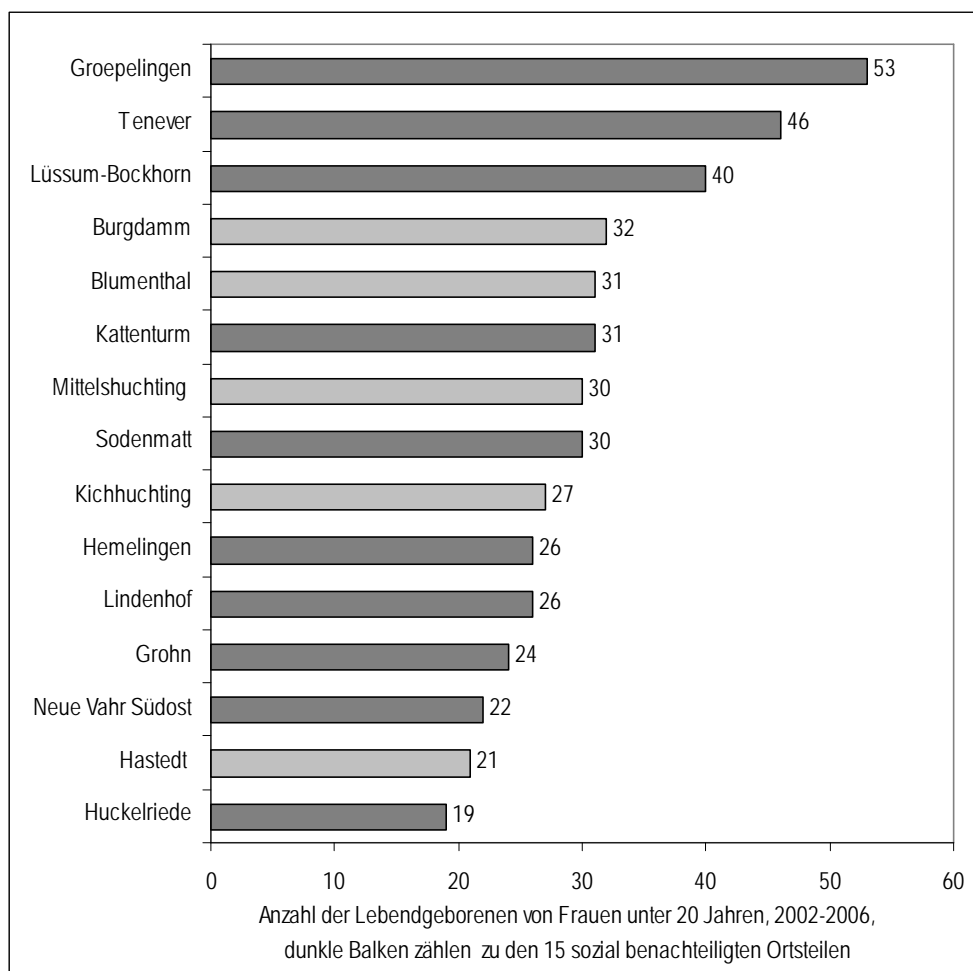


Abbildung 9: Zahl der Lebendgeborenen von Frauen unter 20 Jahren (für den Ortsteil Ohlenhof lagen keine Daten vor), Jahre 2002-2006 aggregiert (Quelle: Statistisches Landesamt, Bremen kleinräumig, eigene Berechnungen).

¹⁷ Casa Luna (OT Ostertor), Haus Lea (OT Altstadt), Haus Bethanien (OT Regensburgerstraße).

Gesundheitliches Verhalten in der Schwangerschaft

Teilnahme an der Schwangerenvorsorge

Zur frühzeitigen Erkennung von Risikoschwangerschaften und Risikogeburten gibt es die Schwangerenvorsorgeuntersuchungen. Sie sind seit 1966 eine Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Eines von insgesamt 52 Schwangerschaftsrisiken ist das Alter der Schwangeren unter 18 Jahren.¹⁸

Die Teilnahmequote der Schwangerenvorsorge ist insgesamt sehr hoch. In Deutschland nehmen rund 90 Prozent aller Schwangeren das Vorsorgeangebot wahr.¹⁹ Aber es gibt auch kritische Stimmen. Diese richten sich zum einen auf das zugrunde liegende risikofaktorenorientierte Versorgungsangebot eines an sich natürlichen Lebensereignisses. Auf diese grundsätzliche Kritik wird hier nicht näher eingegangen. Zum anderen wird bemängelt, dass vor allem biomedizinische Aspekte betrachtet werden, während psychosoziale Aspekte zu wenig einbezogen werden und ein niedrighschwelliges Angebot - wie z.B. die Möglichkeit von Hausbesuchen - in der ärztlichen Vorsorge nicht vorgesehen sind. Und schließlich konnte durch Studien belegt werden, dass einige Gruppen von Schwangeren von dem Angebot der Schwangerenvorsorge nicht erreicht werden, während andere hingegen überversorgt werden. Zu den unterversorgten Gruppen zählen z.B. Migrantinnen mit Integrationsproblemen, Alleinerziehende, sozial Benachteiligte – und eben auch minderjährigen Frauen.²⁰

Es gibt Hinweise darauf, dass minderjährige Schwangere seltener, erst spät oder teilweise überhaupt nicht zu Schwangerenvorsorgeuntersuchungen erscheinen (Scharrel 2003). Dies wiegt umso schwerer, als minderjährige Schwangere häufig in einer schlechten sozioökonomischen Situation leben und durch den Verzicht auf ein gesundheitsbewusstes Verhalten ein erhöhtes Risiko für Komplikationen in der

¹⁸ Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung, im Internet: http://www.g-ba.de/cms/upload/pdf/richtlinien/RL_Mutter.pdf

¹⁹ Rieser S. (2006): 45 Jahre Mutterpass: Hohe Akzeptanz bei den Frauen, Deutsches Ärzteblatt 103, Ausgabe 11 vom 17.03.2006, Seite A-656 / B-564 / C-544

²⁰ Aus: Ärztliche Schwangerenvorsorge und Mutterschaftsrichtlinien, S 59ff in: zu Sayn-Wittgenstein F. (Hrsg.)(2007): Geburtshilfe neu denken, Verlag Hans Huber, Bern 2007

Schwangerschaft aufweisen.²¹ Zudem belegen Studien, dass durch eine regelmäßige Teilnahme das Risiko von Komplikationen, deutlich gesenkt werden kann.²²

Die Gründe für die geringere Teilnahme sind vielfältig. Eine mögliche Ursache ist, dass die jungen Mädchen mitunter den Zeitraum eines möglichen Abbruchs abwarten, da sie das Kind austragen möchten und keinen Entscheidungskonflikt eingehen möchten. Zum anderen können Angst oder Verdrängung eine Rolle spielen oder auch Unwissenheit, wie eine Befragung von Mitarbeiter/innen von Schwangerenberatungsstellen, Jugend- und Arbeitsämtern, Schulen, Kliniksozialdiensten, Jugendnotdiensten und Mutter-Kind-Einrichtungen sowie Gynäkologinnen und Hebammen in Sachsen ergab.²³

Das Qualitätsbüro Bremen hat freundlicherweise Daten zur Verfügung gestellt, die über die Teilnahme an Schwangerenvorsorgeuntersuchungen von Frauen Aufschluss geben können, die in Bremer Krankenhäusern entbunden haben. Bei der Interpretation der Daten ist zu beachten, dass diese Daten auch auswärtige Frauen, die in Bremen entbunden haben, umfassen. Eine regionale Differenzierung nach Wohnsitz der Frau war nicht möglich.

Laut Mutterschutzrichtlinien sind 10 Untersuchungen vorgesehen. Die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS) hat als Grenze einer Unterversorgung eine Teilnahme an vier oder weniger Untersuchungen definiert und eine Übersorgung bei 12 oder mehr Vorsorgeuntersuchungen.

In Bremen haben Jahr 2006 lediglich 7 Frauen (von 7.665 Geburten, die in einem Bremer Krankenhaus stattfanden), keinen Mutterpass vorgelegt (=0,1%). Das heißt, nahezu alle Frauen haben mindestens an einer Untersuchung teilgenommen.

Die Bremer Daten bestätigen aber auch die geringeren Teilnahmeraten minderjähriger Schwangerer: Die jüngste Altersgruppe weist die höchsten Raten geringer Teilnahme auf. Basierend auf den Daten von Frauen, die in Bremer Krankenhäusern entbunden haben, zeigt sich, dass bei knapp 3% eine Unterversorgung zu verzeichnen ist und insgesamt 16,7 % der unter 18 jährigen Schwangeren im Jahr 2006 weniger als acht der empfohlenen zehn Untersuchungen wahrgenommen haben – das ist jede 6. Schwangere in dieser Altersgruppe (siehe folgende Abbildung).

²¹ Unicef (2001) und Jolly et al. (2000). Zitiert nach: Wienholz, S., Die Rolle von Gynäkologinnen und Gynäkologen in Beratung und Betreuung von minderjährigen Schwangeren und Müttern in Sachsen, <http://www.gesundheitberlin.de/index.php4?request=search&topic=2143&type=infotext>

²² Loto OM. Et al. (2004): Poor obstetric performance of teenagers: is it age- or quality of care-related? J Obstet Gynaecol. 2004 Jun; 24(4), S. 395-8.

²³ Wienholz S., Die Rolle von Gynäkologinnen und Gynäkologen in der Beratung und Betreuung von minderjährigen Schwangeren und Müttern in Sachsen, <http://www.gesundheitberlin.de/index.php4?request=search&topic=2143&type=infotext>

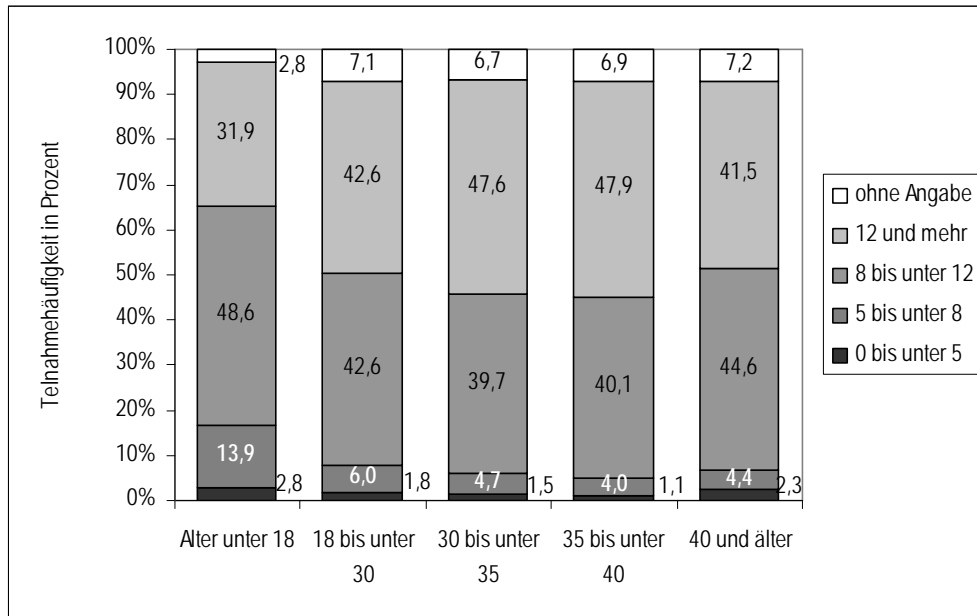


Abbildung 10: Teilnahme an Schwangerenvorsorgeuntersuchungen in Bremen nach Alter, 2006 (Quelle: Qualitätsbüro Bremen)

Tabak, Alkohol, Drogen etc.

In Bremen wurde im Rahmen der Schwangerenvorsorge in 2006 bei 391 Schwangeren „Abusus“ festgestellt, das heißt Missbrauch von Alkohol, Tabak, Medikamenten, Drogen oder anderen psychotropen Stoffen. Dies entspricht etwa jeder 20. Schwangeren, die in einem Bremer Krankenhaus entbunden hat. Eine Differenzierung nach einzelnen Suchtmitteln wird im Mutterpass nicht erhoben und kann daher hier nicht dargestellt werden.

Insbesondere die sehr jungen Schwangeren sind betroffen. Von insgesamt 72 Schwangeren unter 18 Jahren wurde bei sieben ein Suchtmittelmissbrauch diagnostiziert, eine im Vergleich zu den anderen Altersgruppe deutlich erhöhte Rate.

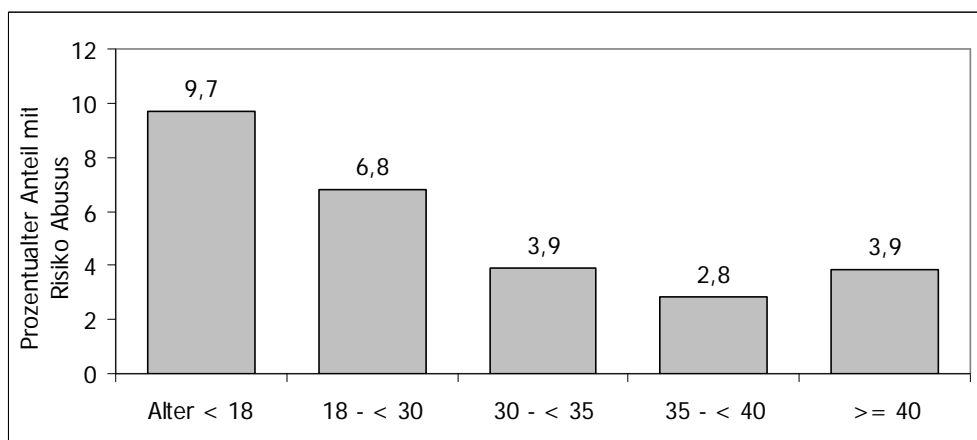


Abbildung 11: Schwangerschaftsrisiko „Abusus“ nach Alter, 2006, (Quelle: Qualitätsbüro Bremen)

Genauere Zahlen über den Alkoholkonsum von schwangeren Frauen und ihren Folgen liegen für Bremen nicht vor. Über den vom Robert-Koch Institut durchgeführten „Kinder- und Jugendgesundheitsurvey“ lassen sich Zahlen über den Alkoholkonsum schwangerer Frauen aller Altersgruppen abschätzen. Insgesamt haben etwa 14% der befragten Frauen aller Altersgruppen angegeben, in der Schwangerschaft zumindest gelegentlich Alkohol getrunken zu haben. Teenager konsumieren zwar durchschnittlich weniger Alkohol als Erwachsene, trinken aber häufiger exzessiv („binge drinking“). Insbesondere vor dem Hintergrund, dass Teenager häufig die ersten Anzeichen einer Schwangerschaft verkennen, gleichzeitig im ersten Trimester der Schwangerschaft das Risiko für das Kind jedoch besonders hoch ist, sind Teenager als besonders vulnerable Gruppe zu betrachten. Zudem ist „binge drinking“ mit einem höheren Risiko verbunden, ungewollt oder ungeplant schwanger zu werden.²⁴

Ein bedeutsamer – und zu vermeidender Risikofaktor während der Schwangerschaft ist das Rauchen. Die Inhaltsstoffe des Tabakrauchs, die das Ungeborene über die Nabelschnur erhalten, führen unter anderem zu erhöhten Risiken für Fehlbildungen, Fehl-, Früh- und Totgeburten (insbesondere auch der sog. „Plötzliche Kindstod“), geringeres Längenwachstum und kleineren Kopfumfang des Fetus und geringeres Geburtsgewicht. Hohe Raucherinnenraten weisen insbesondere Schwangere unter 25 Jahren auf; dort raucht zu Beginn einer Schwangerschaft jede zweite Frau.²⁵

Die Zahl schwangerer, drogenabhängiger, minderjährige Frauen ist in Bremen gering. Die Familienhebammen in Bremen berichteten, dass sie in den letzten Jahren insgesamt sechs schwangere jugendliche drogenabhängige Mütter betreut haben.

²⁴ Merzenich, H. (2002): Alkohol in der Schwangerschaft – Ein kritisches Resümee. Bzga, Köln, im Internet: http://www.bzga.de/bzga_stat/pdf/60617000.pdf, S. 61

²⁵ Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2004): Passivrauchende Kinder in Deutschland – Frühe Schädigungen für ein ganzes Leben, Rote Reihe Tabakkontrolle und Tabakprävention Band 2, Heidelberg, im Internet: http://www.tabakkontrolle.de/pdf/Passivrauchen_Band2_4_Auflage.pdf

Medizinische Risiken: Frühgeburtlichkeit und geringes Geburtsgewicht

Bei Teenagerschwangerschaften kommt es häufiger zu Komplikationen während der Schwangerschaft als bei etwas älteren Schwangeren. Hierzu zählen auch Frühgeburten, das heißt eine Geburt zwischen dem Beginn der 22. Schwangerschaftswoche und vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche (SSW).²⁶ Vorzeitig geborene Säuglinge haben in der Regel ein niedriges Geburtsgewicht (unter 2.500g). Mit über 70% stellen Frühgeburten einen erheblichen Anteil an der perinatalen Sterblichkeit sowie auch an der Erkrankung des Neugeborenen.

Eine Frühgeburt bedeutet zum einen für die werdende Mutter eine erhebliche individuelle Komplikation, zum anderen können auch die Folgen für den Säugling gravierend und nachhaltig sein. Einige Frühgeborene leiden lebenslang an bestimmten Krankheiten oder Behinderungen infolge ihrer Frühgeburtlichkeit. Obgleich der medizinische Fortschritt in den letzten Jahrzehnten enorm zugenommen hat, konnte die Zahl der Frühgeburten in Deutschland nicht verringert werden.

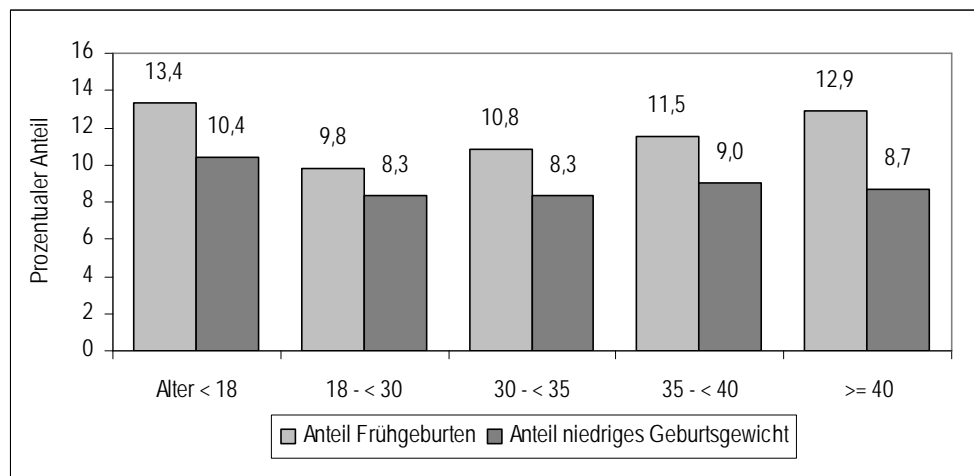


Abbildung 12: Anteil von Frühgeburten (unter 37+0 Wochen) und Geburten mit niedrigem Geburtsgewicht in Bremer Krankenhäusern nach Alter, Mittelwert der Jahre 2002-2006, (Quelle: Qualitätsbüro Bremen)

²⁶ Die übliche Schwangerschaftsdauer beträgt 40 Wochen (280 Tage nach der letzten Regelblutung). Bei frühgeborenen Kindern dauert sie weniger als 260 Tage; gerechnet vom ersten Tag der letzten Regelblutung.

Wenn man sich die Anteile der Frühgeburten und der Säuglinge mit niedrigem Geburtsgewicht bei Frauen anschaut (siehe vorige Abbildung), die in Bremer Krankenhäusern entbunden haben, weisen die unter 18 Jährigen die höchsten Raten auf. Dies ist nicht bremenspezifisch, sondern übereinstimmend mit Studienergebnissen.

In einer Analyse von Daten aus Frauenkliniken in der Schweiz wurde festgestellt, dass bei minderjährigen Schwangeren signifikant häufiger Harnwegsinfekte, vorzeitige Wehentätigkeit und leichte Präeklampsie (Ödeme, Bluthochdruck und Proteinurie) auftraten. Zudem gehörten die jüngeren Schwangeren häufiger einem niedrigeren Sozialstatus an, rauchten häufiger und/oder konsumierten Drogen und nahmen seltener Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch. Eine Kombination dieser Faktoren wurde als Ursache für Frühgeburtlichkeit und niedrigeres Geburtsgewicht genannt.²⁷

²⁷ Schönfeld B. et al. (2007): Geburtshilfliche Aspekte bei adoleszenten Schwangeren, Pädiatrie 2, im Internet: http://www.tellmed.ch/include_php/previewdoc.php?file_id=3566

Prävention und Hilfen – wo gibt es noch Verbesserungsbedarf?

Wie wichtig gute sexualpädagogische Konzepte sind, belegen internationale Vergleiche. Länder mit Konzepten zur Aufklärung und Sexualpädagogik weisen geringere Raten an Teenagerschwangerschaften auf als Länder mit einer rigiden Sexualmoral.²⁸

Im Land Bremen gibt es neben einer Vielzahl von Beratungsmöglichkeiten und Hilfen für Schwangere, Mütter und Väter (siehe dazu die Broschüre „Schwanger in Bremen und Bremerhaven“²⁹ oder das Internetportal www.gesundheit-in-bremen.de) eine Reihe von Angeboten speziell für jugendliche Schwangere bzw. Eltern. Diese reichen von Prävention bis hin zur konkreten Unterstützung und Begleitung minderjähriger Schwangerer und junger Mütter. Einige dieser Angebote sind z.B. in dem Faltblatt „Schwanger und in Not“³⁰ zu finden.

In diesem Bericht soll es nicht darum gehen, alle vorhandenen Angebote aufzulisten - hierzu dienen die oben erwähnten Übersichten. Gesundheitspolitisch wichtiger ist die Frage, inwieweit es noch Verbesserungsbedarf im Hilfesystem gibt – bzw. welche Anstrengungen unternommen werden, diese zu schließen.

Wenn in diesem Bericht von der „Prävention von Teenagerschwangerschaften“ gesprochen wird, soll dies nicht implizieren, dass Schwangerschaft und Geburt bei jüngeren Frauen per se ein negatives Ereignis ist, das unbedingt vermieden soll. Bei entsprechender seelischer Reife und einer fundierten Entscheidung mit guten Rahmenbedingungen und Unterstützung kann auch eine frühe Schwangerschaft und Geburt für alle Beteiligten problemlos verlaufen. In den allermeisten Fällen jedoch sind die persönlichen Voraussetzungen und Kompetenzen für einen verantwortungsvollen Umgang mit sich und dem Kind nicht ausreichend gegeben und die Rahmenbedingungen sehr problematisch.

²⁸ Martin B. (2004). Minderjährige schwangere – junge Mütter und Väter, aus dem Tagungsband: So jung und schon ein Kind?, Tagung der Landesvereinigung für Gesundheit e.V. und Pro familia, im Internet: <http://www.gesundheit-nds.de/downloads/dokusojung...neu.pdf>,

²⁹ herausgegeben von der Zentralstelle der Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau (ZGF)

³⁰ im Internet unter:

http://www.zgf.bremen.de/sixcms/media.php/13/schwanger2003_schwangerschaft.pdf

Befragung von Expertinnen und Experten

Um eine Einschätzung der regionalen Versorgungssituation von jüngeren Schwangeren und Müttern zu erhalten und zu erfahren, wie es um die Prävention steht, wurden Bremer Expertinnen und Experten befragt, die sich auf unterschiedlichen Ebenen mit „Teenagerschwangerschaften“ beschäftigen. Hierfür wurde ein Fragebogen verschickt mit der Bitte, den Fragebogen gern noch an Kolleginnen und Kollegen weiterzureichen.³¹ Von 56 erreichten Fachleuten haben 21 Expertinnen/Experten einen ausgefüllten Fragebogen zurückgesendet. Das Spektrum der Tätigkeitsfelder reicht von Bildung über Jugendhilfe bis hin zu gesundheitlichen Hilfen und andere Unterstützungen. Die Ergebnisse sind sicher nicht repräsentativ, können aber Tendenzen bzgl. der Einschätzung von Fachleuten wiedergeben. Kernthemen der Befragung waren:

- Prävention,
- Beratung während der Schwangerschaft,
- Unterstützung nach der Geburt des Kindes,
- Schnittstellen.

Das Angebot an sexualpädagogischer Prävention von ungeschütztem Geschlechtsverkehr sollte nach Ansicht der Fachleute verstärkt werden – und zwar weniger die wissensorientierte Aufklärung über Verhütung, sondern vielmehr die Stärkung der Handlungskompetenz in der Partnerschaft (z.B. Kommunikation, Selbstwahrnehmung und –fürsorge, Selbstbewusstsein) und die Stärkung der Verantwortungsbereitschaft bzgl. Verhütung. Das heißt, es sind Anstrengungen vonnöten, die über die Sexualpädagogik im engeren Sinne hinausgehen.

Eingeschränkte Handlungskompetenzen werden für Mädchen/Frauen nach einer Studie vor allem für folgende Konstellationen gesehen:

- wenn der Partner deutlich älter ist als die Frau;
- bei kulturellen Differenzen: Frauen aus geschlechtertraditionellen Zusammenhängen (Musliminnen) und Paare, bei denen der Mann aus einem Kulturkreis mit traditionellen Geschlechtsrollen (Osteuropa, Türkei, Afrika) kommt, verhüten häufig unsicher oder gar nicht. Beim Vergleich von Bremer Daten mit dem Bundesdurchschnitt – der aufgrund der kleinen Fallzahlen in Bremen nur mit Vorsicht interpretiert werden kann, sind in Bremen überdurchschnittlich viele Partner Ausländer;³²
- bei sozial stark benachteiligten Frauen.³³

Als geeignetes Setting für Prävention werden vor allem schulische Unterrichtseinheiten mit externen Fachleuten präferiert. Derzeit funktioniert das so, dass sich Schulen bzw. Lehrer bei den Einrichtungen melden, um Beratungen ihrer Klassen z.B. durch pro familia zu organisieren. Es gibt keine gezielte Auswahl bestimmter Schulen oder Stadtteile, sondern es hängt letztendlich von den Lehrerinnen und Lehrern ab. Ein Projekt, das den Schülerinnen und Schülern hautnah und sehr

³¹ Zum Befragungsdesign und der Auswertung erhalten Sie Informationen im Anhang. Die Befragung führte zu folgenden Ergebnissen:

³² Sonderauswertung von Daten der Studie: Pro familia Bundesverband (2006): Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen, Frankfurt

³³ Pro familia Bundesverband (2006): Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen, Frankfurt

unmittelbar vermittelt, wie es wäre, wenn sie sich plötzlich um ein Kind kümmern müssten, soll hier vorgestellt werden.

Exkurs: Baby-Bedenkzeit Bremen

Autorin: Iris Schöning, Casa Luna, Kriz. E.V.

Im Projekt „Baby-Bedenkzeit“ können Jugendliche mit einem lebensechten Babysimulator vier Tage lang erleben, was es heißt, rund um die Uhr für ein Baby verantwortlich zu sein. Pädagog/-innen begleiten das Projekt, das neben der Vermeidung ungewollter Schwangerschaften auch auf die Prävention von Kindesmisshandlung zielt.

Zielgruppe des Projektes sind Jugendliche im Alter zwischen 14 und 18 Jahren in Bremer Schulen und Einrichtungen der Jugendhilfe. Über eine Präsentation des Projektes in Bremer Schulen können sich die Mädchen und Jungen für eine freiwillige Teilnahme entscheiden. Wenn Jungen am Projekt teilnehmen, werden sie von einem männlichen Kollegen betreut. Pro Jahr werden 10 Projekte durchgeführt. Die Nachfrage ist deutlich größer als das derzeitige Angebot.

Ideengeber ist das Programm „Baby think it over“ aus den USA. Ein dort entwickelter „Babysimulator“ ermöglicht es den Jugendlichen, einen realitätsnahen Alltag wie mit einem echten Baby zu erleben. Dabei handelt es sich um lebensecht gestaltete Puppen, die gefüttert, gewickelt und beruhigt werden wollen, zufrieden glucksen, husten oder aufstoßen können. Die Babysimulatoren sind hervorragend für die Arbeit mit Jugendlichen geeignet. Sie ermöglichen eine ganzheitliche Erfahrung des emotionalen, kognitiven und physischen Erlebens und bewirken somit eine nachhaltige Auseinandersetzung mit dem Thema Elternschaft – der „moralische Zeigefinger“ erübrigt sich.

Generell ist es nicht möglich, einen idealen Zeitpunkt zum Kinderkriegen zu definieren. Es ist aber sinnvoll, Jugendliche zu ermutigen, darüber nachzudenken, was auf sie zukommt, wenn sie Eltern werden. Eine eigene bewusste Familienplanung und Zukunftsperspektive kann nur entwickelt werden, wenn es möglichst genaue Vorstellungen darüber gibt, worin Anforderungen, Änderungen und Einschränkungen bestehen. Babybedenkzeit ermöglicht diese Erfahrungen realitätsnah, sie erleben, wie sich ihr komplettes Leben verändert und sie an ihre physischen und psychischen Grenzen gebracht werden.

Für die Dauer des Projektes übernehmen die Teilnehmer/-innen die alleinige Verantwortung für das Wohl „ihres“ Babys. Bei fehlender Fürsorge reagieren die Babys mit unterschiedlich lautem Geschrei. Nur wenn das Baby die eigenen Eltern über den „Identifikationschip“ erkannt hat, lässt es sich beruhigen und versorgen. Die Versorgung kann also nicht von einem anderen Schüler übernommen werden, das Baby würde weiter schreien. Ein interner Computer zeichnet genau auf, ob es gut versorgt wird oder etwa Vernachlässigung, grober Umgang oder gar Misshandlungen geschehen sind.

Je nach Alter und Interesse der Jugendlichen wird zu den Themen Verhütung, Sexualität, Liebe, Sehnsucht nach einem Kind, Schwangerschaft, Geburt, Lebensformen, Geschlechterrollen, Suchtmittel in der Schwangerschaft und Grenzen gearbeitet.

Ich bin immer wieder beeindruckt, wie emotional, ernsthaft und verantwortlich die meisten Jugendlichen mit dem Babysimulator umgehen. Die meisten Schüler/-

innen erleben die Zeit mit dem „Baby“ als anstrengend, sie fühlen sich überfordert, in ihrer Freizeit eingeschränkt und in der Nacht vom Geschrei des Babys gestört. Einige reagieren auf den Stress sogar psychosomatisch mit Kopfschmerzen und Übelkeit. Sie erleben, dass sie kaum noch Zeit für ihre Interessen und Bedürfnisse haben und sind erschrocken, dass sie sogar aggressiv auf den Babysimulator reagieren. Sie spüren ihre Ambivalenz, Verzweiflung und Überforderung.

Ein gegenteiliger Effekt im Sinne einer Verstärkung des Kinderwunsches ist sehr selten.

Daneben gibt es weitere Angebote, z.B. von pro familia, die sexualpädagogische Projekte für Jugendliche in Schulen oder in ihren Beratungsstellen anbieten.

Die Expert/-innen aus den Bereichen Jugendhilfe und Bildung votieren für schulische Unterrichtseinheiten mit Lehrer/-innen. Auch die Lehrpläne sehen je nach Jahrgangsstufen sexualpädagogische Themen vor, wie am Beispiel des Auszugs aus dem Bildungsplan für die Sekundarschule, Naturwissenschaften, Jahrgangsstufe 5 – 6 gezeigt wird:

„Schülerinnen und Schüler sollen lernen, miteinander angemessen über Sexualität zu kommunizieren, sich selbst und den eigenen Körper zu akzeptieren und die individuelle Verantwortlichkeit gegenüber sich selbst, dem Partner, der Familie und der Gesellschaft zu erkennen.“³⁴

Das Setting einer interdisziplinären Einrichtung, wie z.B. sog. First-Love-Ambulanzen, in der eine zentrale Anlaufstelle informiert und berät, wurde von den Expert/-innen nicht favorisiert. Ob dies an der Unkenntnis dieser Einrichtungen liegt kann nicht beurteilt werden. Es ist aber zu vermuten, dass dieses Konzept noch nicht so bekannt ist. Daher soll es hier vorgestellt werden:

Exkurs: Ein interdisziplinärer Ansatz: FIRST-LOVE-Ambulanzen

FIRST-LOVE-Ambulanzen sind Beratungsstellen für Jugendliche zwischen 12 und 18 Jahren, die interdisziplinäre jugendmedizinische Angebote mit sexualpädagogischer Beratung verbinden. Mittlerweile gibt es sie in Österreich in allen größeren Städten. In Deutschland gibt es eine First-Love-Ambulanz in München.

Der Ansatz dieser Einrichtung besteht darin, dass Mädchen und Jungen ohne vorherige Terminabsprache kostenfrei und ohne Versicherungsnachweis anonym beraten und von einem interdisziplinären Team versorgt werden. In München umfasst das Team Arzthelferinnen, Sozialpädagog/-innen, Frauenärzt/-innen mit spezieller kinder- und jugendgynäkologischer Weiterbildung und Kinder- und Jugendärzt/-innen; des weiteren sind Psycholog/-innen beteiligt, die hauptberuflich in der Beratung Jugendlicher in anderen Organisationen tätig sind.

Benötigen die Jugendlichen akut Medikamente, erhalten sie diese in der Ambulanz. Die Abgabe der Pille erfolgt direkt kostenfrei.³⁵ Wenn es sich um verschreibungspflichtige Medikamente handelt, wird ein Arzt bzw. eine Ärztin zur weiteren Behandlung empfohlen.

³⁴ http://www.lehrplan.bremen.de/sek1/nawi/nat_sek_5bis10/download

³⁵ eingebettet in eine umfassende Anamnese und Beratung zur Infektionsprophylaxe, über Impfungen zur Verhütung sexuell übertragbarer Erkrankungen und über den Gebrauch von Kondomen.

Die Ambulanz ist einmal pro Woche von 14-18 Uhr geöffnet. Sie ist angesiedelt auf dem Gelände des Krankenhauses Schwabing in einem gesonderten Gebäude.

Die Finanzierung erfolgt durch das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, den gemeinnützigen Verein First-Love-München, IMMA (Initiative Münchner Mädchen Arbeit), pro familia München sowie die Schwangerenberatungsstellen der Stadt München und des Landes Bayern. Weitere wichtige Kooperationspartner sind die Kinderklinik und die Frauenklinik im Krankenhaus Schwabing der Stadt München, der Verein der KinderärztInnen in München sowie das PaedNetz München.³⁶

Wie im vorigen Exkurs angedeutet ist der Zugang zu Verhütungsmitteln ein wichtiger Aspekt der Prävention. 15 von 19 der Bremer Expert/-innen (79%), die sich hierzu geäußert haben, sprechen sich für einen niedrighschwelligeren Zugang aus:

- Insgesamt sollen vor allem zielgruppenorientierte öffentliche Kampagnen den Anreiz zur Nutzung von Verhütungsmitteln erhöhen.
- Die Fachleute aus den Bereichen Jugendhilfe und Bildung wünschen explizit die Aufstellung von Kondomautomaten im Bereich öffentlicher, von Jugendlichen genutzten Räumen.
- Auch die sog. „Pille danach“ als Notfallverhütung soll nach Ansicht von 79% der befragten Bremer Expert/-innen leichter zugänglich gemacht werden.

Exkurs: Notfallverhütung - die „Pille danach“

Eine ungewollte Schwangerschaft kann mit großer Wahrscheinlichkeit vermieden werden, wenn nach dem ungeschützten Geschlechtsverkehr die sog. „Pille danach“ eingenommen wird. Je früher sie eingenommen wird, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, eine ungewünschte Schwangerschaft zu verhindern³⁷.

Der Wirkmechanismus der „Pille danach“, die das Hormon Levonorgestrel enthält, ist nicht sicher. Erwiesen ist, dass die „Pille danach“ nicht wirkt, wenn sich die befruchtete Eizelle bereits eingenistet hat. Sie ist demnach kein Präparat, das einen Schwangerschaftsabbruch zur Folge hat, sondern ist eine „Notfallverhütung“. Sie hat auch keinen Einfluss auf eine bestehende Schwangerschaft. Die „Pille danach“ ist im allgemeinen gut verträglich; eventuelle Nebenwirkungen sind nicht schwerwiegend (z.B. Zwischenblutungen, Übelkeit, Erbrechen und Kopfschmerzen).

In Deutschland ist die „Pille danach“ rezeptpflichtig. Mädchen unter 14 Jahren brauchen die Zustimmung ihrer Eltern, ab 14 Jahren liegt die Verschreibung im Ermessen des Arztes; in der Praxis erhalten 16-17 jährige Mädchen problemlos ein Rezept. Die „Pille danach“ kostet zwischen 16 und 18 €. Bei gesetzlich versicherten minderjährigen Frauen übernimmt die Krankenkasse alle Kosten, bei Frauen zwischen dem 18. und dem vollendeten 20 Lebensjahr ist eine Zuzahlung von 5 €

³⁶ Weissenrieder N. (2007). First-Love-Ambulanz München, im Internet: <http://forum.sexualaufklaerung.de/index.php?docid=567>

³⁷ Bis 24 Stunden nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr etwa 95% Wahrscheinlichkeit, zwischen 48 und 72 Stunden 58% Wahrscheinlichkeit.

erforderlich zuzüglich 10 € Praxisgebühr.³⁸ Bei Privatversicherten stellt sich die Problematik, dass über das System der Rückerstattung der Kosten die Eltern davon erfahren.

Es gibt immer wieder Diskussionen darüber, ob in Deutschland – wie in vielen anderen europäischen Ländern auch – „die Pille danach“ rezeptfrei abgegeben werden sollte. Begründet wird diese Forderung damit, dass dann eine schnellere Einnahme möglich ist und damit die Chancen, eine Schwangerschaft zu verhindern, deutlich größer werden. Auch die Hemmschwelle, hierfür einen Arzt oder ein Krankenhaus aufsuchen zu müssen, wird diskutiert.

Der in Deutschland der zuständige Ausschuss des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat zwar bereits im Jahr 2003 die Empfehlung ausgesprochen, das Präparat duofem® rezeptfrei abzugeben – aber nach wie vor besteht Rezeptpflicht.

Auf welche Weise der Zugang zu Pille danach verbessert werden soll, sehen die Bremer Expert/-innen heterogen. Die vorgeschlagenen Möglichkeiten

- „offensivere Information“,
- „rezeptfreier Erwerb in Apotheken“ und
- „vermehrte Teenager-Sprechstunden bei Gynäkologen“

wurden mit jeweils 40% Zustimmung gleich bewertet. Bei der Differenzierung nach Tätigkeitsbereichen zeigt sich, dass der rezeptfreie Erwerb in Apotheken vor allem von den Fachleuten der „Gesundheitlichen Hilfen“ und den „Übrigen“ als Möglichkeit gesehen wird, während die Expert/-innen den Bereichen „Bildung“ und „Jugendhilfe“ diese Alternative gar nicht angekreuzt haben.

Generell meinen die Fachleute, dass die Jugendlichen über die Möglichkeiten der Prävention nicht ausreichend informiert sind. Die Expert/-innen selbst fühlen sich überwiegend ausreichend informiert über die Angebote zur Prävention von Teenagerschwangerschaften – mit Ausnahme die Fachleute im Bereich der gesundheitlichen Hilfen: Hier gab lediglich die Hälfte an, dass sie gut über Präventionsangebote in Bremen Bescheid wissen.

Nahezu alle Expert/-innen sind der Ansicht, dass Beratungsangebote für schwangere Teenager ausgebaut werden sollen, und zwar vor allem durch den Ausbau des zielgruppenorientierten Angebots von Beratungsstellen. Betont wurde dabei, dass diese Angebote kostenlos, niedrigschwellig und insbesondere für bildungsferne Schichten vorgehalten werden sollten.

Die Expert/-innen halten dabei insbesondere den Beratungsbedarf im psychosozialen Bereich im Zusammenhang mit einer frühen Schwangerschaft für unzureichend abgedeckt, und zwar in folgenden Punkten, die in der Abbildung dargestellt sind:

³⁸ Die Informationen sind der Broschüre „Die Pille danach“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung entnommen. Die Broschüre ist im Internet abrufbar unter:
http://www.bzga.de/botmed_13061000.html

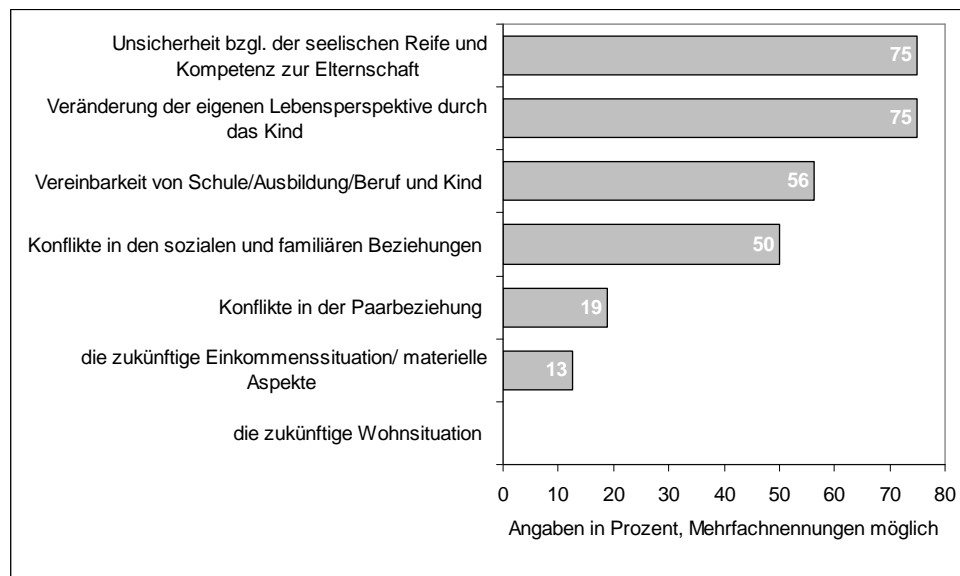


Abbildung 13: Unzureichend abgedeckte Beratungsangebote im psychosozialen Bereich, N=16 (Quelle: Ergebnisse der ExpertInnenbefragung, SfAFGJS)

Vor allem hinsichtlich der Unsicherheit bzgl. der seelischen Reife und Kompetenz der Elternschaft sowie hinsichtlich der Veränderung der Lebensperspektive durch das Kind brauchen die Jugendlichen nach Einschätzung der Expert/-innen mehr Unterstützung. Dies gilt für Mädchen und noch etwas mehr für Jungen.³⁹

Dies stimmt überein mit den Ergebnissen einer Studie, die auch die Situation der werdenden Väter mit einbezieht. Darin heißt es: „Zwar hatte eine Mehrheit der Kindsväter an Beratungsgesprächen und/oder geburtsvorbereitenden Maßnahmen teilgenommen, aber sie berichteten, dass sie sich als Mann oder (werdender) Vater nicht von den Beratungsstellen oder deren Konzepten angesprochen fühlten. Hier wiesen sie insbesondere darauf hin, dass es Anlaufstellen für junge Väter geben müsste, die sie nicht nur bei rechtlichen und wirtschaftlichen Angelegenheiten im Zusammenhang mit ihrer Vaterschaft aufsuchen könnten, sondern die ihnen auch Hilfestellungen bei der Bewältigung ihrer durch die neue Situation als (werdender) Vater entstandenen Ängste, Unsicherheiten und Probleme anbieten könnten.“⁴⁰

Aber auch für die werdenden Mütter sind die allgemeinen schwangerschaftsbegleitenden Angebote nicht unbedingt adäquat. Hierzu zählt z.B. die Schwangerenvorsorge, die, wie weiter oben gezeigt wurde, von sehr jungen Schwangeren weniger häufig wahrgenommen wird als von älteren Schwangeren. Ähnliches gilt für die Geburtsvorbereitung. So kann allein die Tatsache, dass die Kurse in einer Gruppe stattfinden, in der dann über viele körperliche Vorgänge gesprochen wird, in dem jugendlichen Alter zu schambesetzt sein. Hier gibt es Ansätze, durch spezielle Geburtsvorbereitungskurse Abhilfe zu schaffen. Das Klinikum-Bremen Mitte hatte ein solches Angebot vorgehalten, das aber dann doch nicht ausreichend genutzt wurde. Möglicherweise spielte dabei die Hemmschwelle, ein Angebot eines Krankenhauses zu nutzen, eine Rolle.

³⁹ Eine geschlechterdifferenzierte Auswertung wurde durchgeführt, hier aber nicht dargestellt.

⁴⁰ Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Michaela Noll, Rita Pawelski, Maria Eichhorn, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU – Drucksache 15/4441 – Teenagerschwangerschaften, Drucksache 15/4580 – 6 – Deutscher Bundestag – 15. Wahlperiode

Exkurs: Geburtsvorbereitung für schwangere Teenager

Autorinnen: Annegret Siebe und Elma Blank, pro familia Bremen

Die bestehenden Geburtsvorbereitungskurse sind auf die Bedürfnisse sehr junger Frauen nur unzureichend abgestimmt. Die jungen Frauen finden sich nicht in den Themen, der Sprache und der Art der Vermittlung wieder. Sie stammen oft aus schwierigen sozialen Verhältnissen und haben im pubertären Erwachsen-werden-Prozess andere Bedürfnisse als ältere Schwangere.

Hier setzt das Angebot der pro familia Bremen an. Im Frühjahr 2007 startete der erste zielgruppenspezifische Geburtsvorbereitungskurs für junge Schwangere unter 20 Jahren bei der pro familia Beratungsstelle Bremen-Nord. Neben der durchführenden Hebamme begleitete eine Sozialpädagogin die Teilnehmerinnen als Ansprechpartnerin bei Fragen zum Beispiel zu finanziellen Unterstützungsangeboten, Ausbildungsmöglichkeiten oder zum Sorgerecht.

Der Geburtsvorbereitungskurs für junge Schwangere zielt darauf ab, die gesundheitliche Kompetenz und soziale Situation der werdenden Mutter wie auch die des Kindes zu verbessern. Dies geschieht vor allem durch die Förderung der Körperwahrnehmung und der Bindungsfähigkeit der Schwangeren, der Stärkung ihrer Handlungskompetenz hinsichtlich Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft, Existenzsicherung, Ausbildung und Alltagsbewältigung sowie durch den Aufbau eines Netzwerkes untereinander wie auch zu professionellen Unterstützungseinrichtungen (z.B. eigene Familie, andere junge Mütter, Familienhebammen, Amt für Soziale Dienste und andere Jugendhilfeeinrichtungen) Die jungen Frauen werden unterstützt, ihre persönlichen und sozialen Ressourcen wahrzunehmen. Sie lernen Gefühle wie Unsicherheiten und Ängste anzusprechen und dass Verantwortung zu übernehmen auch heißen kann, nach Hilfe zu fragen.

Die Zeiten und die Anzahl der Treffen wurden auf die Bedürfnisse der Frauen abgestimmt. So lief der Kurs über 11 Nachmittage, damit alle Teilnehmerinnen mindestens an sieben Kursnachmittagen teilnehmen konnten. Dies war nötig, da die jungen Frauen in ihrem Lebensalltag oft spontan sind und eine regelmäßige, verbindliche Teilnahme oft nicht so leicht fällt. Auch verhinderten Prüfungen oder Umzug die Teilnahme an einzelnen Treffen.

Der Kurs startete mit acht jungen Schwangeren. Das Alter der Frauen lag zwischen 15 – 19 Jahren. Sechs Frauen besuchten eine Schule (Haupt- bzw. Realschule) und zwei waren in Ausbildung. Eine junge Frau musste auf Grund von Schwangerschaftskomplikationen vorzeitig ins Krankenhaus. Eine andere brach den Kurs ohne Begründung ab. Drei Partner nahmen an einigen Nachmittagen teil.

Dieser erste Kurs dieser Art zeigte, dass die Planung der Schul- bzw. Berufsausbildung mit Fragen wie „Soll ich ein Jahr Elternzeit nehmen? Oder gleich nach der Mutterschutzzeit wieder in die Ausbildung zurückkehren?“ ein sehr wichtiges Thema für die Frauen war. Ebenso beschäftigte das Thema Partnerschaft die jungen Frauen sehr. Ihre Partnerschaften waren altersgemäß noch nicht gefestigt. Es gab große Unsicherheiten (mal war ein Paar zusammen, das nächste Mal nicht mehr) und Ängste („bleiben wir eine Familie und wenn nicht, wie geht es allein weiter?“).

In der Vorbereitung auf die Zeit mit Kind zeigte sich die ganz konkrete Bearbeitung der Fragen als notwendig: Wo genau wird das Kind schlafen? Was tue ich,

wenn das Kind schreit? Wie ernähre ich das Kind? Wenn nicht stillen, mit welcher namentlich genannten Babynahrung? usw. Die Situationen wurden gedanklich vorweggenommen und durchgespielt.

Die Hebamme stellte sich auf die jungen Frauen ein. Ihr war bewusst, dass die Frauen sich selbst in einer Übergangsphase „Pubertät/ Erwachsenwerden“ befanden und dass sie durch die Schwangerschaft/ Mutterschaft zusätzliche verantwortungsvolle und komplexe Aufgaben erfüllen müssen. Die jungen schwangeren Frauen müssen sehr viel schneller erwachsen werden als ihre Altersgenossinnen.

Fazit:

Das Konzept eines zielgruppen- und bedürfnisorientierten Geburtsvorbereitungskurses für junge Schwangere hat sich bewährt. Die Nachfrage war da und die meisten Frauen nahmen an den Treffen regelmäßig teil. Durch die sozialpädagogische Begleitung konnten die Frauen bei Fragen, die über den üblichen Inhalt eines Geburtsvorbereitungskurses gehen, Unterstützung finden. Den schwangeren Frauen wurde der Weg zu anderen Sozial- und Gesundheitseinrichtungen geebnet. Die Teilnehmerinnen nahmen z.B. die Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen in Anspruch und einige treffen sich nach der Geburt ihres Kindes im Haus der Familie Vegesack.

Es entstand eine tragfähige Beziehung zwischen den Frauen und zu der Hebamme, die auch über den Kurs hinaus weiter besteht. Die Hebamme hat auch nach dem Kurs zu den Kursteilnehmerinnen weiterhin kontinuierlichen Kontakt. Viele Teilnehmerinnen nutzten das Angebot der Nachsorge bei ihr. Sowohl die Hebamme als auch die Sozialpädagogin stehen im Kontakt zu der Familienhebamme vor Ort, so dass der Übergang in die Begleitung von Mutter und Kind durch die Familienhebamme gelingt.

Es hat sich allerdings gezeigt, dass die üblichen sieben kassenfinanzierten Treffen zu wenige sind. Es sind mehr Inhalte in diesen Geburtsvorbereitungskursen zu bearbeiten. Allein die Weitergabe von Informationsfaltblättern reicht nicht aus. Insbesondere muss die Bearbeitung der einzelnen Themen ausführlicher und intensiver als in den herkömmlichen Geburtsvorbereitungskursen sein.

Abschließend lässt sich festhalten, dass es der pro familia Bremen mit dem Angebot eines spezifischen und mit Beratungsleistungen kombinierten Geburtsvorbereitungskurses für junge Schwangere gelungen ist, die Versorgungslücke zwischen der Feststellung der Schwangerschaft in der gynäkologischen Praxis bis zur Hebammennachsorge bzw. Begleitung durch eine Familienhebamme zu füllen.

Nach einhelliger Ansicht der Expert/-innen ist die Informationslage der Jugendlichen über Beratung während der Schwangerschaft defizitär. Aber auch mit der eigenen Informationslage steht es nicht zum Besten. Lediglich gut die Hälfte der Expert/-innen bewerten sich als ausreichend informiert über Beratungsmöglichkeiten während der Schwangerschaft.

Auch nach der Geburt ist häufig Unterstützung der jungen Mütter und Väter vonnöten. Nahezu alle Expert/-innen sind der Ansicht, dass Unterstützungsangebote für junge Eltern ausgebaut werden sollten. Besonders in folgenden Bereichen sollten die Unterstützungsmöglichkeiten verbessert werden:

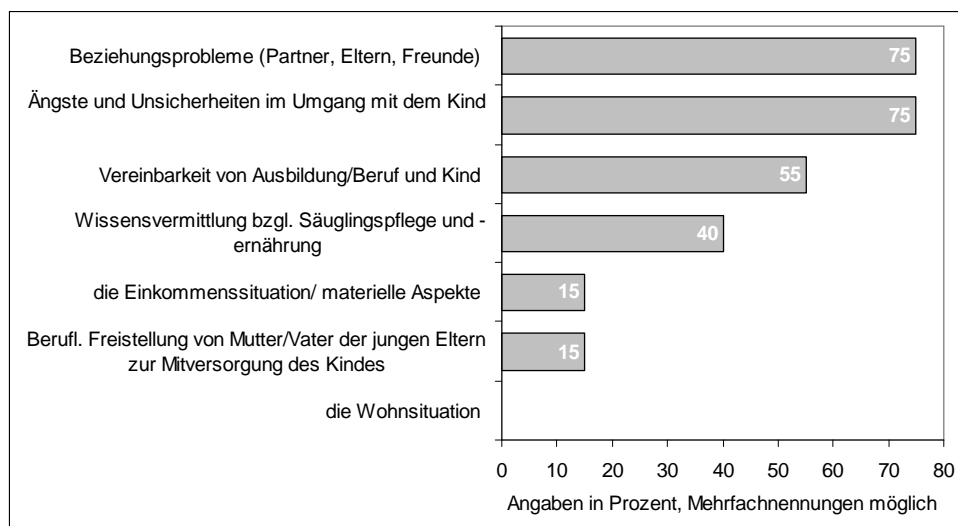


Abbildung 14: Unzureichende Unterstützungsangebote für junge Eltern, N=20 (Quelle: Ergebnisse der Expert/-innenbefragung, SfAFGJS)

Mit der Geburt des Kindes übernimmt bei minderjährigere Müttern zunächst das Jugendamt die Amtsvormundschaft für das Kind. Bei stabilen Verhältnissen können die Großeltern die Amtsvormundschaft übernehmen, häufig sind die Familienverhältnisse aber sehr desolat. Das Jugendamt sorgt dann für eine Unterbringung in einer entsprechenden Einrichtung. Für minderjährige Schwangere und Mütter, die nicht zu Hause wohnen können, gibt es stationäre Einrichtungen der Jugendhilfe.⁴¹ Diese bieten neben der Möglichkeit der Unterbringung zahlreiche weitere Unterstützungsmöglichkeiten, z.B. bei praktischen Fragen des Alltags, im Umgang mit Behörden, in Rechts- und Unterhaltsfragen, bei der Inanspruchnahme sozialer Leistungen und insgesamt beim Aufbau und der Stärkung einer tragfähigen Mutter-Kind-Beziehung. Die Familienhebammen nehmen dort Hausbesuche vor. Die Angebotsstruktur hinsichtlich des „Wohnens“ wurde von den lokalen Expertinnen und Experten als ausreichend bewertet.

Exkurs: Familienhebammen

Familienhebammen betreuen und begleiten kostenlos Familien und Mütter mit Kindern, die hohen gesundheitlichen, medizinisch-sozialen und/oder psychosozialen Risiken ausgesetzt sind (z.B. Alkohol- und Drogenabhängige, minderjährige Mütter). Die bei den Gesundheitsämtern Bremen und Bremerhaven angestellten Fachkräfte führen Hausbesuche durch und besprechen Fragen zur Schwangerschaft, zur Geburt und zur Entwicklung des Kindes. Sie geben Hinweise zu gesetzlichen Ansprüchen, weisen auf finanzielle und sonstige Hilfen hin und vermitteln gegebenenfalls die Hilfe sozialer Dienste.

Die Arbeit der Familienhebammen ist in Bremen und Bremerhaven unterschiedlich organisiert: In Bremen findet die Betreuung bis zum Ende des 1. Lebensjahres des Kindes überwiegend durch Hausbesuche statt. Zusätzliche Beratungsstrukturen stehen durch Häuser der Familien und Mütterzentren in den Stadtteilen zur Verfügung. In Bremerhaven erfolgt die Betreuung bis zum Ende des 3. Lebensjahres durch Familienhebammen. Zusätzlich werden offene Sprechstunden und Telefonberatung angeboten.

⁴¹ Stadt Bremen: Casa Luna, Haus Lea, Haus Bethanien; Stadt Bremerhaven: Hamme Lou

In der Stadt Bremen wurden den Jahren 2000-2005 im Durchschnitt etwa 180 neue Betreuungsfälle pro Jahr aufgenommen, knapp jede 4. Frau war unter 20 Jahre alt⁴². Ausgehend von den Lebendgeborenen unter 20 Jahren in diesem Zeitraum⁴³ haben die Familienhebammen je 5. Schwangere unter 20 Jahren in der Stadt Bremen betreut.

Neben den Familienhebammen gibt es weitere Projekte in Bremen, die sich um Mütter mit schwierigen Rahmenbedingungen – nicht nur um sehr junge Mütter und im Sinne des Kindeswohls auch um ihre Kinder - kümmern. Dazu zählen z.B.

Das Projekt TippTapp - Gesund ins Leben: Zielgruppe sind Familien mit Beratungsbedarf im Bereich der Säuglingspflege und frühkindlichen Erziehung, bzw. Familien mit Kindern der Altersgruppe 0 - 12 Monate, die infolge unterschiedlicher Faktoren in der Ausübung ihrer Elternverantwortung eingeschränkt sind. Hierfür wird in ausgesuchten Wohnquartieren Eltern nach der Geburt sowie im Alter des Kindes von 6 und 12 Monaten über einen Hausbesuch Beratung zu Gesundheits- und Erziehungsthemen sowie dem sozialen Netzwerk des Wohnumfelds angeboten. Dabei wird auch die Gewährleistung des Kindeswohls unter den konkreten Betreuungsverhältnissen eingeschätzt.

Das Projekt „Pro Kind“: Die Stiftung „Pro Kind“ und das Deutsche Rote Kreuz, Kreisverband Bremen e.V., als örtlicher Projektpartner bieten mit finanzieller Unterstützung des Bundes und der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales in Bremen und in Bremerhaven ein besonderes Betreuungsprojekt für erstgebärende Frauen, die sich aktuell in schwierigen finanziellen und persönlichen Lebenssituationen befinden. Sie werden ab der 12. Schwangerschaftswoche bis zum zweiten Geburtstag des Kindes von speziell geschulten Familien-Begleiterinnen in den „eigenen vier Wänden“ regelmäßig besucht, beraten und angeleitet. In Bremen und in Bremerhaven erhalten rund 100 Familien die Chance, in das Hausbesuchsprogramm aufgenommen zu werden. Zusätzlich werden circa weitere 100 Familien durch die Forschung beteiligt.

Die Informationslage der Jugendlichen über Angebote nach der Geburt des Kindes wird von allen Expert/-innen als defizitär bewertet. Und wie bereits bei der Informationslage zu Beratungsmöglichkeiten während der Schwangerschaft fühlen sich knapp die Hälfte der Fachleute hier selbst nicht ausreichend informiert.

Verbesserungsbedarf wurde auch an den Schnittstellen der verschiedenen Versorgungsangebote gesehen. Erwähnt wurde insbesondere der Hilfebedarf, der nach der Versorgung der Familienhebammen in der Stadt Bremen nach Beendigung der Betreuung nach einem Jahr besteht. Wünschenswert wäre, wenn nach eingehender Prüfung und bei entsprechender Indikation eine längere Betreuung ermöglicht werden könnte.

Nach überwiegender Ansicht der Expert/-innen sollen Verbesserungen in den Bereichen Prävention, Beratung während der Schwangerschaft und Unterstützung nach der Geburt des Kindes durch einen Ausbau der bestehenden Strukturen erfolgen und keine neuen Strukturen aufgebaut werden.

⁴² Zahlen aus der Antwort des Senats vom 13. Juni 2006 auf die Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen vom 23. Mai 2006, Drucksache 16/1052

⁴³ Insgesamt 1237, pro Jahr im Durchschnitt 206

Zusammenfassung und Ausblick

Ziel des Berichtes ist es, zum einen eine quantitative Abschätzung der Zahl von Teenagerschwangerschaften im Land Bremen zu erhalten – und zum anderen, aus Sicht lokaler Expertinnen und Experten zu ermitteln, welchen Handlungsbedarf es in einem bereits bestehenden Versorgungssystem noch gibt.

Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt weist Bremen höhere Geburtenraten und Raten von Schwangerschaftsabbrüchen bei minderjährigen Frauen auf. Dennoch bleiben sogenannte „Teenagerschwangerschaften“ seltene Ereignisse. Insgesamt haben im Jahr 2006 im Land Bremen 82 Mädchen/Frauen unter 18 Jahren ein Kind zur Welt gebracht und 113 einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen. Das entspricht einer Rate von 3,4 Lebendgeborenen je 1.000 Frauen und 4,7 Abbrüchen.

Trotz der geringen Zahlen ist es wichtig, gute Angebote der Prävention und der Versorgung bereitzustellen, denn Schwangerschaften in jungen Jahren mögen in Einzelfällen problemlos verlaufen - häufig sind sie jedoch mit einer Reihe von Problemen verbunden, die die werdende Mutter, aber auch den werdenden Vater in nahezu allen Lebensbereichen betreffen.

Die meisten frühen Schwangerschaften sind ungewollt, d.h. fehlende Verhütung oder Verhütungspannen sind die unmittelbare Ursache. Insbesondere sozial benachteiligte Jugendliche erhoffen sich durch eine Schwangerschaft bzw. ein Kind Chancen für eine bessere soziale Teilhabe und unter Umständen auch ökonomische Vorteile (Transferleistungen). Zudem wird mit einem Kind die Hoffnung auf eine „heile“ Familie verknüpft, die sie häufig selbst nicht hatten. Auch in Bremen unterscheiden sich die Geburtenraten zwischen sozial privilegierten Ortsteilen (24,4 Lebendgeborene je 10.000 Frauen zwischen 10 und unter 20 Jahren) und sozial benachteiligten Ortsteilen (119,8 Lebendgeborene je 10.000 Frauen zwischen 10 und unter 20 Jahren).

Bremen verfügt insgesamt über ein gut ausgebautes System von Angeboten zur Prävention, Beratung und Begleitung junger Schwangerer und ihrer Partner. Um zu erfahren, an welchen Punkten in Bremen noch Verbesserungsbedarf besteht, wurden Expert/-innen befragt, die sich in unterschiedlichen Bereichen (gesundheitliche Hilfen, Jugendhilfe, Bildung u.a.) auf unterschiedlichen Ebenen mit der Thematik „Schwangere Teenager – junge Mütter/Eltern“ im Land Bremen beschäftigen. Aus diesen Ergebnissen sowie ergänzenden Diskussionen lässt sich Verbesserungsbedarf in folgenden Punkten ableiten:

Verbesserung der Prävention durch:

- Ausbau des Angebots an sexualpädagogischer Prävention von ungeschütztem Geschlechtsverkehr. Ein geeignetes Setting hierfür ist die Schule. Angesichts der engen Verknüpfung zwischen sozialer Benachteiligung / fehlender beruflicher Perspektive und frühen Schwangerschaften sollte der Fokus stärker auf Sekundar- und Förderschulen gerichtet werden.

Neben der klassischen Sexualpädagogik sind insbesondere auch Konzepte im psychosozialen Bereich gefragt, insbesondere zur Stärkung der Handlungskompetenz in der Partnerschaft (z.B. Kommunikation, Selbstwahrnehmung und –fürsorge, Selbstbewusstsein) und die Stärkung der Verantwortungsbereitschaft bzgl. Verhütung.

Dabei favorisieren die meisten Expert/-innen Beratungen durch externe Fachleute. Bislang hängt die Einbindung von externen Expert/-innen in der Schule vom Engagement der jeweiligen Lehrerinnen und Lehrer ab.

- Zielgruppenorientierte öffentliche Kampagnen zum Umgang mit Verhütungsmitteln - aber auch durch die Aufstellung von Kondomautomaten im Bereich öffentlicher, von Jugendlichen genutzten Räumen, könnten den Zugang zu Verhütungsmitteln erleichtern.
- Mehr Informationen sowie einfacherer Zugang zur „Pille danach“ als „Notfallverhütung“. Die Möglichkeit einer rezeptfreien Abgabe in Deutschland wird seit langem diskutiert. Vor dem Hintergrund, dass die Wahrscheinlichkeit, eine Schwangerschaft zu verhindern, umso größer ist, je eher das Medikament nach dem Geschlechtsverkehr eingenommen wird, richtet sich die Kritik vor allem dagegen, dass mit der derzeitigen Praxis einer Rezeptausstellung durch eine Gynäkologin oder einen Gynäkologen zu viel Zeit verstreichen könnte (insbesondere am Wochenende⁴⁴) oder dass die Schwelle eines Arztbesuches zu hoch ist.

Als Argumente gegen eine rezeptfreie Abgabe wurden starke Nebenwirkungen, die fehlende Beratung über Wirkung und Nebenwirkungen und die Gefahr eines möglichen Missbrauchs im Sinne einer dauerhaften Verhütung angeführt.

Inzwischen ist in 17 Ländern Europas die „Pille danach“ rezeptfrei zu erhalten.⁴⁵ Die neuen Präparate sind im allgemeinen gut verträglich. Eventuelle Nebenwirkungen sind nicht schwerwiegend (z.B. Zwischenblutungen, Übelkeit, Erbrechen und Kopfschmerzen). Mit dem rezeptfreien Erwerb in Apotheken haben viele Länder gute Erfahrungen gemacht. In Frankreich gibt es die rezeptfreie Abgabe seit 1999. Nach 4 Jahren wurden die Erfahrungen analysiert: In dieser Zeit „ist den zuständigen Stellen kein einziges relevantes medizinisches Problem bekannt geworden, und in keiner medizinischen Publikation wurden unerwartete Komplikationen geschildert.“ Die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche ist ein Jahr nach der Einführung der „Pille danach“ danach leicht zurückgegangen und dann auf einem stabilen Niveau geblieben. Inwieweit der Rückgang auf die „Einfüh-

⁴⁴ hier gibt es bislang die Möglichkeit, ein Krankenhaus aufzusuchen

⁴⁵ Belgien, Dänemark, Estland, Frankreich, Finnland, Griechenland, Großbritannien und Nordirland, Island, Lettland, Litauen, Luxemburg, Niederlande, Norwegen, Portugal, Schweden, Schweiz, Slowakei

nung der „Pille danach“ zurückzuführen ist, kann jedoch nicht beurteilt werden.⁴⁶

Internationale Erfahrungen zeigen, dass die Frauen und Paare verantwortungsvoll mit der Notfallverhütung umgehen – die „Pille danach“ wird mehrheitlich nicht als Dauerlösung genutzt.⁴⁷

Hinsichtlich der Beratung ist die rezeptfreie Abgabe in Apotheken in der Schweiz und in Großbritannien „an die Bedingung geknüpft, dass sie nur durch einen geschulten Apotheker persönlich (»pharmacist only«) und nach einem eingehenden, leitliniengeführten Beratungsgespräch abgegeben werden darf.“⁴⁸

Wenn sichergestellt werden kann, dass in den Apotheken Beratungen zu Wirkungen und Nebenwirkungen erfolgen, ist eine rezeptfreie Abgabe sicherlich sinnvoll.

Um dies zu realisieren, ist der Gesetzgeber gefragt. Der Ausschuss des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat bereits im Jahr 2003 empfohlen, das Präparat duofem® rezeptfrei abzugeben. Wie einer im April 2008 abgegebenen Stellungnahme des Parlamentarischen Staatssekretärs R. Schwanitz zu entnehmen ist, hat die Bundesregierung „die Frage der Entlassung Levonorgestrelhaltiger Arzneimittel zur Notfallkontrazeption aus der Verschreibungspflicht auch unter Einbindung der Länder auf allen Ebenen geprüft. Sie ist seinerzeit zu dem Entschluss gelangt, vorerst auf eine solche Initiative zu verzichten, da eine Zustimmung des Bundesrates unwahrscheinlich war. Es ist derzeit nicht beabsichtigt, eine entsprechende Verordnung dem Bundesrat zur Beschlussfassung zuzuleiten.“⁴⁹ Bei einer erneuten Bundesratsinitiative würde Bremen das Vorhaben unterstützen.

Wichtig erscheint es aber auch, den Bekanntheitsgrad dieser Notfallverhütung mit ihren Wirkmechanismen und möglichen Nebenwirkungen zu erhöhen. In der schulischen Sexualpädagogik ist dies bislang kein Standard-Thema.

Verbesserung der Versorgung während der Schwangerschaft durch:

- Bessere Fokussierung des Angebots der Beratungsstellen für die Zielgruppen (werdende Väter, werdende Mütter). Insbesondere psychosoziale Themen wie z.B. „Unsicherheit bzgl. der seelischen Reife und Kompetenz der Elternschaft“ und die „Veränderung der Lebensperspektive durch das

⁴⁶ Aubeny E. (2004). Erfahrungen mit der rezeptfreien Abgabe der „Pille danach“ in: BzGA (2004): Pille danach - rezeptfreie Vergabe in Deutschland, Dokumentation einer Fachtagung, Forum Sexualaufklärung und Familienplanung 1/2-2004

⁴⁷ Busch U. (2004). Pille danach – rezeptfreie Abgabe in Deutschland – Einführung, in: BzGA (2004): Pille danach - rezeptfreie Vergabe in Deutschland, Dokumentation einer Fachtagung, Forum Sexualaufklärung und Familienplanung 1/2-2004

⁴⁸ Hämmerlein A., Schulz M. (2006). Pille danach - Aktuelle Situation und Entwicklungen, Pharmazeutische Zeitung, Ausgabe 10/2006, im Internet: [http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=865&no_cache=1&sword_list\[0\]=pille%20danach](http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=865&no_cache=1&sword_list[0]=pille%20danach)

⁴⁹ Deutscher Bundestag (2008). Drucksache 16/8842, Schriftliche Fragen mit den in der Woche vom 14. April 2008 eingegangenen Antworten der Bundesregierung, S. 32, im Internet: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/088/1608842.pdf>

Kind“ sind ausbaufähig. Die Angebote sollen kostenlos, niedrigschwellig und insbesondere für bildungsferne Schichten vorgehalten werden.

- Anpassung von Schwangerenvorsorge und Geburtsvorbereitungskursen an die Bedürfnisse sehr junger Schwangerer. Derzeitige Angebote werden von jungen Schwangeren zum Teil nicht oder wenig in Anspruch genommen.

So nehmen junge Schwangere deutlich weniger Schwangerenvorsorgeuntersuchungen wahr als etwa ältere Schwangere. Die Ursachen sind vielfältig. Verdrängung der Schwangerschaft, Angst, Unwissenheit oder auch das Abwarten über den Zeitpunkt eines möglichen Schwangerschaftsabbruches können dazu beitragen, um sich nicht dem Konflikt „Austragen oder nicht“ stellen zu müssen. Zum Teil liegen die Ursachen aber auch darin, dass die Angebote nicht den Bedürfnissen sehr junger Schwangerer angepasst sind.

Bei der Schwangerenvorsorge wäre z.B. eine viel stärkere Einbindung psychosozialer Aspekte notwendig, die die hier betrachtete Zielgruppe mit den eingangs beschriebenen häufig breitgefächerten Problembereichen betreffen. Hilfreich wäre zudem ein niedrigschwelliges Angebot wie z.B. die Möglichkeit von Hausbesuchen, die in der ärztlichen Vorsorge bislang nicht vorgesehen sind.⁵⁰

Aber auch Geburtsvorbereitungskurse gehen an den Bedürfnissen jugendlicher Schwangerer mitunter vorbei. Jugendliche, die selbst noch in der Pubertät sind und häufig ganz anderen Problemlagen gegenüber stehen als ältere Schwangere, fühlen sich nicht angesprochen. Hier sollten spezielle Angebote vorgehalten werden wie z.B. von der pro familia in Bremen-Nord. Aufgrund der größeren Unwissenheit und der insgesamt größeren Problemdichte bei jüngeren Schwangeren sollte die kassenfinanzierte Stundenzahl erhöht werden (derzeit werden 7 Stunden finanziert). Dabei liegen die Vorteile nicht nur in der Versorgung an sich, sondern auch darin, dass schwangere Jugendliche auf diesem Wege Menschen in gleicher Situation kennen lernen, Kontakte aufbauen und Wege ins Hilfesystem aufgezeigt bekommen können.

Verbesserung der Versorgung nach der Geburt des Kindes

In Bremen gibt es verschiedene Maßnahmen und Modelle mit der Zielgruppe „Mütter mit schwierigen Rahmenbedingungen“. Beispielsweise beraten Familienhebammen im Rahmen von Hausbesuchen über Fragen zur Schwangerschaft, zur Geburt und zur Entwicklung des Kindes, geben Hinweise zu gesetzlichen Ansprüchen, weisen auf finanzielle und sonstige Hilfen hin und vermitteln gegebenenfalls die Hilfe sozialer Dienste. Etwa jede 5. Schwangerschaft von Frauen unter 20 Jahren wird in der Stadt Bremen durch eine Familienhebamme betreut. Mit der Einführung des Projektes „Tipp-Tapp – Gesund ins Leben“ speziell in sozial benachteiligten Ortsteilen dürfte sich der Zahl der betreuten jungen Schwangeren weiter

⁵⁰ Aus: Ärztliche Schwangerenvorsorge und Mutterschaftsrichtlinien, S 59ff in: zu Sayn-Wittgenstein F. (Hrsg.)(2007): Geburtshilfe neu denken, Verlag Hans Huber, Bern 2007

erhöhen. Speziell für die sehr jungen Mütter werden noch folgende Verbesserungsbedarfe gesehen:

- Ausbau der Unterstützungsangebote nach der Geburt des Kindes, insbesondere im Hinblick auf Beziehungsprobleme mit dem Partner oder Eltern sowie im Hinblick auf Ängste und Unsicherheiten im Umgang mit dem Kind.
- Verbesserung der Vereinbarkeit von Schule und Beruf. Häufig noch schulpflichtig geht es darum, dass die jungen Frauen trotz der erschwerten Bedingungen einen Schulabschluss machen bzw. eine Ausbildung aufnehmen. Das Projekt „Berufliche Lebensplanung für junge Mütter (BeleM)“ mit dem Ziel, einen erweiterten Hauptschulabschluss zu erlangen und das Projekt „Spagat - Ausbildungsvorbereitung für junge Mütter“ setzen hier an. Grundsätzlich ist es möglich, dass junge Mütter oder Väter eine Ausbildung in Teilzeit (in der Regel 75% der regulären Arbeitszeit) absolvieren können. Hierfür ist ein gemeinsamer Antrag von Ausbilder und Auszubildendem erforderlich. Voraussetzung ist weiter, dass erwartet werden kann, dass das Ausbildungsziel in der gekürzten Zeit erreicht wird. Dies dürfte für die jungen Väter und Mütter eine große Hürde sein. Ein spezielles Angebot für junge Mütter ist die „Ausbildung zur Kauffrau für Bürokommunikation für junge Mütter“. Es wäre wünschenswert, wenn weitere Ausbildungen für weitere Berufe den speziellen Bedürfnissen sehr junger Mütter angepasst werden könnten.
- Verbesserung an den Schnittstellen der verschiedenen Versorgungsangebote. Bei jungen Müttern in den stationären Einrichtungen der Jugendhilfe werden Übergänge - wenn z.B. die jungen Erwachsenen dann in einer eigenen Wohnung in einem Stadtteil leben - organisiert, in dem z.B. Kontakte zu Häusern der Familie und Mütterzentren hergestellt werden, damit sie auch bei den entsprechenden Hilfsangeboten „landen“. Hier sind es vermutlich die volljährigen jungen Mütter und Väter, die nicht in Einrichtungen leben, die Unterstützung benötigen.

Eine andere Schnittstelle ist die Beendigung der Versorgung durch die Familienhebammen in der Stadt Bremen nach einem Jahr. Auf diesen Punkt haben mehr als ein Drittel der Befragten hingewiesen. Wünschenswert wäre, wenn nach eingehender Prüfung und bei entsprechender Indikation eine längere Betreuung ermöglicht werden könnte.

Verbesserung der Transparenz und Vernetzung der verschiedenen Berufsgruppen der Beratenden und Unterstützenden.

Dieser Bedarf wurde von einigen Befragungsteilnehmer/-innen explizit in Form von Freitexten genannt. Er spiegelt sich auch in den Befragungsergebnissen wieder: So fühlt sich ein erheblicher Anteil der Expert/-innen unzureichend informiert über Präventionsangebote, schwangerschaftsbegleitende Angebote oder Unterstützungsmöglichkeiten nach der Geburt des Kindes.

- Dies könnte damit zusammenhängen, dass knapp die Hälfte der Teilnehmer/-innen der Befragung aus dem Bereich „gesundheitliche Hilfen“

kommen. Dieser Sektor ist in der „Arbeitsgemeinschaft Junge Mütter“, ein ressort- und trägerübergreifendes Informations- und Koordinationsgremium, bislang kaum vertreten. Ausgehend von einem Fachtag zu beruflicher Lebensplanung Junger Mütter (Projekt BeLeM/2002) wurde durch die damalige Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales die Arbeitsgemeinschaft "Junge Mütter" eingerichtet. Zielsetzung der Arbeitsgemeinschaft ist neben dem Erfahrungsaustausch, die inhaltliche Weiterentwicklung und die aufeinander aufbauenden Projekte für Junge Mütter quantitativ und qualitativ entsprechend der Bremer Situation anzupassen. Jungen Müttern soll auf diesem Weg Möglichkeiten eröffnet werden, Bildungs- und Berufsabschlüsse in Projekten zu erlangen. Die Arbeitsgemeinschaft setzt sich aus Vertreter/-innen von Bildung, Soziales, Agentur für Arbeit, BAgiS, Beratungsstellen und freier Träger der Jugendhilfe zusammen (Liste der Teilnehmer siehe Anhang). Die Geschäftsführung liegt im Amt für Soziale Dienste. Wegen der engen Verknüpfung von gesundheitlichen und lebensplanerischen Aspekten wird Sorge dafür getragen, die Arbeitsgemeinschaft zukünftig um ein/e Vertreter/-in aus dem Bereich Gesundheit zu ergänzen.

- Des Weiteren könnte es im Sinne größerer Transparenz hilfreich sein, eine Bestandsaufnahme der Einrichtungen zu erstellen, die sich um Prävention und Versorgung schwangerer Teenager bzw. junger Mütter und Väter kümmern. Eine solche Liste wurde für eine Region in Bremen im Rahmen des Projektes „MOSAIK“⁵¹ in Form eines „Leitfadens junge Mutterschaft im Bremer Westen“ erarbeitet, liegt aber für das gesamte Land Bremen nicht vor.

⁵¹ Projekt MOSAIK – Kompetenzentwicklung für junge Mütter. Kooperation von Beratung, (Aus-)Bildung und Beruf, Universität Bremen

Anhang

Befragungsdesign

Der Fragebogen wurde am 14.02.08 an 16 Einrichtungen/Expert/-innen verschickt mit der Bitte, ihn innerhalb von 3 Wochen (bis zum 07.03.08) ausgefüllt zurückzusenden. Eine Erinnerung erfolgte am 27.02.2008. Die Expert/-innen waren gebeten worden, den Fragebogen an KollegInnen weiterzuleiten, die ebenfalls mit dieser Thematik beschäftigt sind. Insgesamt 56 Expert/-nnen wurden erreicht. 21 Fragebögen wurden ausgefüllt zurückgesendet. Drei Expert/-innen haben zurückgemeldet, dass sie nicht an diesem Thema arbeiten. Sechs ausgefüllte Bögen wurden ohne Namen zurückgesandt. Hier wissen wir nicht, ob die sechs zum Verteiler zugeordnet werden können oder drei neue Teilnehmer/-innen darstellen. Die Rücklaufquote beträgt danach zwischen 36% und 40%.

Die Auswertung wurde mit dem Statistikprogramm SPSS vorgenommen. Es wurden nur Bögen berücksichtigt, bei denen mindestens eine Frage beantwortet war. Bei der Auswertung der einzelnen Fragen ist die Bezugsgröße die Zahl der jeweils beantworteten Fragen. Diese wird stets angegeben.

Im Anschluss wurden die Ergebnisse der Befragung mit einigen Expert/-innen diskutiert.

Arbeitskreis „Junge Mütter“

Die Geschäftsführung des „Arbeitskreises Junge Mütter“ hat das Amt für Soziale Dienste. Teilnehmer/-innen sind:

- Bildungsträger (BWU Bildungszentrum der Wirtschaft, Bertha Frauenprojekt – BRAS),
- Amt für Soziale Dienste (Geschäftsführung des Arbeitskreises: Fachabteilung Junge Menschen - Geschlechtsspezifische Arbeit, Fachabteilung: Jugendsozialarbeit, Fachabteilung: Kinder und Jugendschutz, Häuser der Familie, Wirtschaftliche Hilfen)
- Arbeitnehmerkammer (Gesundheitspolitik und Gender)
- Agentur für Arbeit (Chancenbeauftragte, Berufsberatung, Bagis Nord)
- Schulen (Allgemeine Berufsschule, Berufliche Schulen für HW und Sozialpädagogik, Förderzentrum Schule an der Vegesacker Str.)

- Wohn- und Betreuungseinrichtungen (Afj e.V. - Kinder- und Jugendhilfe Bremen, Casa Luna, Mütter-Kind-Haus Bethanien, Mütter-Kind-Haus Lea, St. Johannis Kinder- und Jugendhilfe
- Pro familia
- Pro Kind
- Bildungsträger (BWU Bildungszentrum der Wirtschaft, Bertha Frauenprojekt Bras, Bremer Bootsbau, FEAV Frauen Erwerbs- und Ausbildungsverein, Neue Arbeit der Diakonie, Quirl Fraueninitiative
- Projekte (BeLeM Berufliche Lebensplanung für junge Mütter, Spagat Berufsvorbereitung für junge Mütter, zsb Zentrum für Schule und Beruf, Elternschule Gröpelingen, Berufsorientierung Vahr: „Ich gehe meinen Weg mit Kind und Beruf“)
- Universität Bremen
- Senatorische Dienststellen und Ämter (ZGF, Bremer Arbeit GmbH, Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, Senator für Bildung und Wissenschaft, Amt für Aus- und Fortbildung

Kapitel

8

Literatur

Aubeny E. (2004): Erfahrungen mit der rezeptfreien Abgabe der „Pille danach“ in: BzgA (2004): Pille danach - rezeptfreie Vergabe in Deutschland, Dokumentation einer Fachtagung, Forum Sexualaufklärung und Familienplanung 1/2-2004

Begenau J.: Schwangerschaft und Geburt, Charité Universitätsmedizin, Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Skript, im Internet: http://www.charite.de/medsoz/lehre/dokumente/begenau/schwangerschaft_geburt.pdf

BzgA (Hrsg.) (2005): Teenagerschwangerschaften in Sachsen – Angebote und Hilfebedarf aus professioneller Sicht, im Internet: <http://www.sexualaufklaerung.de/index.php?docid=683>

BzgA(Hrsg.) (2007): Teenagerschwangerschaften in Deutschland, Stellungnahme der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, im Internet: http://www.bzga.de/botmed_13050200.html

Department for Education and Skills (2006): Teenage Pregnancy Next Steps: Guidance for Local Authorities and Primary Care Trusts on Effective, Delivery of Local Strategies, im Internet: <http://www.everychildmatters.gov.uk/resources-and-practice/IG00145/>

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.)(2004): Passivrauchende Kinder in Deutschland – Frühe Schädigungen für ein ganzes Leben, Rote Reihe Tabakkontrolle und Tabakprävention Band 2, Heidelberg, im Internet: http://www.tabakkontrolle.de/pdf/Passivrauchen_Band2_4_Auflage.pdf

Bundesregierung (2004): Teenagerschwangerschaften: Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Michaela Noll, Rita Pawelski, Maria Eichhorn, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU – Drucksache 15/4580, 20.12.2004

Busch U. (2004): Pille danach – rezeptfreie Abgabe in Deutschland – Einführung, in: BzgA (2004): Pille danach - rezeptfreie Vergabe in Deutschland, Dokumentation einer Fachtagung, Forum Sexualaufklärung und Familienplanung 1/2-2004

Deutscher Bundestag (2008): Drucksache 16/8842, Schriftliche Fragen mit den in der Woche vom 14. April 2008 eingegangenen Antworten der Bundesregierung, S. 32, im Internet: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/088/1608842.pdf>

Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG) (Hrsg.) (2004): Ich und ein Baby?! Schwangerschaft und Elternschaft bei Minderjährigen - Möglichkeiten der Prävention und Unterstützung, im Internet: http://www.hag-gesundheit.de/documents/broschte_84.pdf

Hämmerlein A., Schulz M. (2006): Pille danach - Aktuelle Situation und Entwicklungen, Pharmazeutische Zeitung, Ausgabe 10/2006, im Internet: [http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=865&no_cache=1&sword_list\[0\]=pille%20danach](http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=865&no_cache=1&sword_list[0]=pille%20danach)

Laue E. (2004): Schwangerschaftsabbrüche und Geburten minderjähriger Schwangerer – die amtliche Statistik aus: BzGA (Hrsg.) (2004): Jugendliche Schwangere und Mütter, Forum Sexualaufklärung 4-2004, Köln

Loto OM. et al. (2004): Poor obstetric performance of teenagers: is it age- or quality of care-related? J Obstet Gynaecol. 2004 Jun; 24(4), S. 395-8.

Martin B. (2004): Minderjährige schwangere – junge Mütter und Väter, aus dem Tagungsband: So jung und schon ein Kind?, Tagung der Landesvereinigung für Gesundheit e.V. und Pro familia, im Internet: <http://www.gesundheitsnds.de/downloads/dokusojung...neu.pdf>,

Merzenich, H. (2002): Alkohol in der Schwangerschaft – Ein kritisches Resümee. BzGA, Köln, im Internet: http://www.bzga.de/bzga_stat/pdf/60617000.pdf, S. 61

Pro familia Bundesverband (2006): Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen, Frankfurt

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung, im Internet: http://www.g-ba.de/cms/upload/pdf/richtlinien/RL_Mutter.pdf

Rieser S. (2006): 45 Jahre Mutterpass: Hohe Akzeptanz bei den Frauen, Deutsches Ärzteblatt 103, Ausgabe 11 vom 17.03.2006, Seite A-656 / B-564 / C-544

Schönfeld B. et al. (2007): Geburtshilfliche Aspekte bei adoleszenten Schwangeren, Pädiatrie 2, im Internet: http://www.tellmed.ch/include_php/previewdoc.php?file_id=3566

Thiessen B., Anslinger E. (2004): „Also für mich hat sich einiges verändert ... eigentlich mein ganzes leben“. Alltag und Perspektiven junger Mütter, aus: BzGA (Hrsg.) (2004): Jugendliche Schwangere und Mütter – Forum Sexualaufklärung und Familienplanung, Frankfurt, im Internet: <http://forum.sexualaufklaerung.de/index.php?docid=502>

Unicef (2001) und Jolly et al. (2000): Zitiert nach: Wienholz S., Die Rolle von Gynäkologinnen und Gynäkologen in der Beratung und Betreuung von minderjährigen Schwangeren und Müttern in Sachsen, im Internet: <http://www.gesundheitberlin.de/index.php4?request=search&topic=2143&type=infortext>

Weissenrieder N. (2007): First-Love-Ambulanz München, im Internet:
<http://forum.sexualaufklaerung.de/index.php?docid=567>

Wienholz S. : Die Rolle von Gynäkologinnen und Gynäkologen in der Beratung
und Betreuung von minderjährigen Schwangeren und Müttern in Sachsen,
[http://www.gesundheitberlin.de/index.php4?request=search&topic=2143&type=i
nfortext](http://www.gesundheitberlin.de/index.php4?request=search&topic=2143&type=infortext)

zu Sayn-Wittgenstein F. (Hrsg.)(2007): Geburtshilfe neu denken, Kapitel Ärztliche
Schwangerenvorsorge und Mutterschaftsrichtlinien, S. 59ff, Verlag Hans Huber,
Bern