

Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Frauen, Familie
und Gesundheit

Herausforderungen in der Beratung Schwangerer

Informationen für Fachkräfte
in Schwangeren- und Schwangerschafts-
konfliktberatungsstellen



Niedersachsen

Vorbemerkung

Seit dem Inkrafttreten des Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetzes vor gut 12 Jahren haben sich im Bereich der Schwangerschafts(konflikt)beratung ständig neue Fragestellungen und Herausforderungen ergeben. Sei es aufgrund der rasanten Entwicklung der technischen Möglichkeiten im Bereich der Pränataldiagnostik (PND), der steigenden Anzahl von Frauen mit Migrationshintergrund oder sei es aufgrund von neuen sozialrechtlichen Rahmenbedingungen, um nur einige Beispiele zu nennen: Beraterinnen und Berater sind kontinuierlich gefordert, sich mit den vielfältigen Veränderungen und Anliegen ihrer Klientinnen und Klienten vertraut zu machen, um eine umfassende und professionelle Beratung zu gewährleisten.

Das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit hat daher aktuelle Fragestellungen aus der Beratungspraxis bei der Fachtagung am 29.11.2006 mit dem Titel „Schwanger... und nun?“ in Hannover aufgegriffen. Mehr als 200 Beratungskräfte aus Beratungseinrichtungen in unterschiedlicher Trägerschaft hatten in diesem Rahmen Gelegenheit, zu aktuellen Problemlagen neue Informationen zu sammeln und sich mit anderen Fachleuten auszutauschen. In dieser Broschüre sind die Fachvorträge sowie Workshopbeiträge der Tagung zusammengefasst, um die Arbeit der Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen zu unterstützen sowie Anregungen für die Arbeit und Diskussionen in diesem Tätigkeitsfeld zu geben.

Ein Themenschwerpunkt war dabei die Frage, wie angesichts der enormen Entwicklung, die die PND in den vergangenen Jahren genommen hat, die Zusammenarbeit von Pränataldiagnostikerinnen, -diagnostikern und Beratungskräften weiter verbessert werden kann. Lösungsansätze aus Sicht der unterschiedlichen Professionen sowie die Beschreibung bereits vorhandener und erfolgreicher Modellprojekte sind ebenso in dieser Broschüre nachzulesen wie grundsätzliche Aspekte aus Sicht eines Pränataldiagnostikers, da im Rahmen pränataldiagnostischer Untersuchungen bei der Beratung vielschichtige Gegebenheiten zu beachten sind.

Ein weiterer Schwerpunkt ist die Problematik der minderjährigen Schwangeren. In den entsprechenden Beiträgen dieser Broschüre werden einerseits die rein rechtlichen Situationen sowohl bei der Konfliktberatung als auch im Kontext des Jugendamtes beleuchtet, andererseits die Anforderungen beschrieben, die gerade ganz junge Frauen an die Beratungskräfte stellen.

Ein Kapitel widmet sich der besonderen Situation der Beratung von schwangeren Frauen mit Migrationshintergrund. Es beschäftigt sich insbesondere mit der Frage, ob und ggf. wie sich die Beratung dieses Personenkreises von der Beratung deutscher bzw. deutschsprachiger Ratsuchender unterscheidet und was bei der Beratung beachtet werden sollte.

Ein zentraler Punkt fast jeder Schwangerschafts(konflikt)beratung ist die Klärung der finanziellen Situation der Schwangeren. Die entsprechenden Beiträge des 4. Kapitels dieser Broschüre geben Antwort auf die wichtigsten Rechtsfragen, die im Kontext mit neuen Gesetzgebungen wie SGB II oder Elterngeld in der Beratung auftreten können und sind im konkreten Beratungsfall zum Nachschlagen geeignet.

Wir sind auch den Fragen nachgegangen: Warum kommen so wenige Männer in die Beratung? Welche Rolle spielen die Männer bei der Schwangerschafts(konflikt)beratung? Können Sie die Entscheidung der Frau bei einem Schwangerschaftskonflikt beeinflussen? Diese und weitere Fragen zum Thema „Sag mir wo die Männer sind“ haben männliche Beratungskräfte diskutiert und hier dargestellt. Ferner wird ein Projekt zur Väterberatung vorgestellt.

Im Rahmen der Schwangerschafts(konflikt)beratung wird vielfach von den Beratungskräften ein weitergehender Beratungsbedarf erkannt, der jedoch über die akute Problemlage hinausgeht. In derartigen Fällen ist ein attraktives Beratungsangebot wichtig, so dass Ratsuchende diese oder eine andere Beratungseinrichtung auch zu anderen Themen erneut aufsuchen. Geeignete Projekte bzw. eine Projektidee, wie es gelingen kann, Frauen mit weitergehendem Beratungsbedarf in der Beratung „zu halten“, werden im letzten Kapitel der Broschüre vorgestellt.

Dank gilt den Autorinnen, Autoren sowie allen Mitwirkenden für ihr Engagement. Ohne die Beteiligung von so vielen Fachleuten wäre die Erstellung dieser Broschüre nicht möglich gewesen.

Inhalt

Kapitel 1

Pränataldiagnostik und die Beratung Schwangerer

Einleitung 7

Dr. med. Martina Weiß, Beratungs- und Therapiezentrum, Hannover

**Beratungsaspekte im Rahmen pränataldiagnostischer
Untersuchungen 11**

Dr. med. Robin Schwerdtfeger, Pränataldiagnostiker, Hannover

**Grenzen überwinden – Zusammenarbeit von Ärztinnen/Ärzten
und psychosozialen Beraterinnen bei pränataler Diagnostik
– Bericht über ein modellhaftes Kooperationsprojekt
des Sozialdienstes katholischer Frauen mit der MHH 23**

Ina Klyk, Sozialdienst Katholischer Frauen e.V. (SKF), Hannover

**Grenzen überwinden – Zusammenarbeit von Ärztinnen/Ärzten
und psychosozialen Beraterinnen bei pränataler Diagnostik
– aus Sicht einer Beraterin 30**

Gaby Frech, Cara e.V., Bremen

**Grenzen überwinden – Zusammenarbeit von Ärztinnen/Ärzten
und psychosozialen Beraterinnen bei pränataler Diagnostik
– aus Sicht einer Pränatalmedizinerin 32**

Dr. Frauke Gerhardt, Wedemark

**Qualitätsentwicklung durch Kooperationsförderung – Modellprojekt
„Interprofessionelle Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik“ 35**

Dr. Ottomar Bahrs, Ulrike Schmidt, Dr. med. Martina Weiß

Kapitel 2

Minderjährige in der Schwangerschafts(konflikt)beratung

Einleitung 41

Angelika Czipull, donum vitae Cloppenburg e.V.

**Minderjährige Schwangere in der Beratung –
Was soziologische und entwicklungspsychologische
Erkenntnisse für die Beratungspraxis bedeuten 43**

Prof. Dr. Heike Fleßner, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

**Die rechtliche Situation minderjähriger Schwangerer
im Kontext der Schwangerschaftskonfliktberatung
und beim Schwangerschaftsabbruch 60**

Ass. jur. Susanne Passow, Ärztekammer Niedersachsen

**Minderjährige Schwangere im Kontext des Jugendamtes - Die
Rechtsinstitute Vormundschaft, Pflegschaft und Beistandschaft im
Überblick 65**

Manfred Heyermeyer, Stadt Emden (Fachdienst Jugendhilfe)

Kapitel 3

Migrantinnen in der Schwangerschafts(konflikt)beratung

Einleitung 71

Marlis Winkler, Diakonisches Werk der Ev.-luth. Landeskirche Hannovers

**Gedanken zu Fragestellungen von Beraterinnen
und deren Herausforderung 74**

Bärbel Ribbert, Familienplanungszentrum Hamburg

Kapitel 4

Soziale Sicherung – Zentrale Fragen der Beratung

Einleitung	84
Dr. Gesa Schirmmacher, Nds. Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit	
Leistungen für Schwangere nach SGB II	86
Prof. Dr. Dorothee Frings, Hochschule Niederrhein	
Das neue Elterngeld in der Praxis	90
Prof. Dr. Dorothee Frings, Hochschule Niederrhein	

Kapitel 5

„Sag mir wo die Männer sind“ – Männer in der Schwangerschafts(konflikt)beratung

Einleitung	94
Marion Jacobs, pro familia Emden	
Väterberatung in den esperanza – Beratungsstellen im Erzbistum Köln	96
Karl-Heinz Klücken, SKFM Vereinsverband im Kreis Mettmann e.V.	
Männer in der Schwangerschafts(konflikt)beratung – Ein Bericht aus Sicht eines männlichen Beraters	107
Michael Goedecker, pro Familia Emden	
Die Rolle der Männer bei der Entscheidungsfindung in einem Schwangerschaftskonflikt – Beeinflussen Männer die Entscheidung der Frauen?	112
Hermann Niehuis-Schwartz, pro familia Wilhelmshaven	

Kapitel 6

Von der Pflicht zur Kür – Weitergehende Beratungs- und Gruppenangebote nach der Schwangerenberatung

Einleitung 118

Angela Westermann, Caritasverband für die Diözese Hildesheim

„Aufsuchende Familienhilfen für junge Mütter“

– Ein Projektbericht 121

Iris Riepenhausen, Stadt Osnabrück, Fachdienst Familie-Sozialer Dienstag

„Der Einstieg ins Leben“ – Eine Projektbeschreibung 130

Ulrike Dommnich, Arbeiterwohlfahrt, Kreisverband Schaumburg e.V.

„So jung und schon ein Kind“ – Ein präventives

Gruppenangebot für junge Schwangere 132

Marianne Fischer, Arbeiterwohlfahrt, Zentrum für Erziehungs- und Familienberatung, Seesen

„Pro Kind Niedersachsen“ – Eine Projektbeschreibung 135

Anna Maier-Pfeiffer, Stiftung *Pro Kind*

„Pate sein“ – Ideen für ein neues Projekt 139

Ursula Kretschmer, Ma Donna, Fachdienst des Diakonieverbandes der Ev.-luth. Kirchenkreise Lüneburg und Bleckede / Diakonisches Werk

Kapitel 1

Pränataldiagnostik und die Beratung Schwangerer

Einleitung

Dr. med. Martina Weiß¹, Beratungs- und Therapiezentrum Hannover

Der zunehmenden Technisierung der Schwangerenvorsorge, vor allem durch die Pränataldiagnostik, kann sich mittlerweile keine Schwangere mehr entziehen. Neben den unbestreitbaren Vorteilen in Form eines hohen Maßes an medizinischer Kontrolle und Sicherheit hat diese Entwicklung auch ihre Schattenseiten: Das Schwangerschaftserleben wird vom ersten Tag an beeinflusst, viele Frauen fühlen sich bis zum Erhalt einer positiven Bestätigung der Gesundheit ihres Babys gleichsam "schwanger auf Probe". Ergeben sich dann unklare oder gar eindeutig auf eine Behinderung/Erkrankung des Kindes hinweisende Befunde, sind oftmals alle Beteiligten (die Schwangere, ihr Partner und Ärztin oder Arzt) erschrocken und hilflos.

Entsteht im Zusammenhang mit Pränataldiagnostik auf Seiten der Schwangeren gar der Eindruck, dass anschließend frei über Fortsetzung oder Abbruch der Schwangerschaft entschieden werden könne, steht dann nicht selten eine Entscheidung "auf Leben und Tod" an, die eigentlich "unmöglich zu entscheiden" ist (Zitat einer Betroffenen).

Die betroffenen Schwangeren und ihre Partner befinden sich in jedem Fall in einer extremen Ausnahmesituation, in der zugleich eine Auseinandersetzung mit vielen Fragen auf verschiedenen Ebenen erforderlich ist. Es ist mittlerweile unumstritten, dass hier eine qualifizierte Beratung und Unterstützung dringend erforderlich ist, und zwar nicht nur auf der medizinischen, sondern vor allem auch auf der psychosozialen Ebene.

Neben der fachlich-medizinischen Beratung ist eine psychosoziale Beratung zu verschiedenen Zeitpunkten der medizinischen Diagnostik - mit unterschiedlichen Schwerpunkten - sinnvoll und hilfreich:

- Vor Pränataldiagnostik: um bereits im Vorfeld aus psychosozialer Sicht zu klären, welche Untersuchungen warum gewünscht werden und welche psychosozialen Folgen mögliche Ergebnisse haben könnten,

¹ Frau Dr. med. Weiß ist Ärztin, ärztliche Psychotherapeutin und Leiterin des Beratungs- und Therapiezentrums Hannover. Sie hat im Rahmen der Tagung "Schwanger...und nun?" des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit am 29.11.2006 in Hannover einen Workshop moderiert.

- begleitend zur Pränataldiagnostik: um Ängste und Befürchtungen aufzufangen und
- nach Pränataldiagnostik: um eine tragfähige Entscheidung treffen, Trauer und Schuldgefühle bearbeiten und Perspektiven finden zu können.

Kapazitäten und Kompetenzen hierfür sind grundsätzlich (eine entsprechende Qualifikation der beratenden Mitarbeiterin vorausgesetzt) im Rahmen der Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen vorhanden. Verschiedene Studien weisen jedoch auf deutliche Defizite im Beratungsprozess hin.

Schwangere Frauen sind häufig unzufrieden mit der ärztlichen Beratung zu Themen, die nicht originär im medizinischen Zuständigkeitsbereich liegen (z.B. hinsichtlich der Folgen für sie selbst und die Familie, der Vermittlung weiterführender Hilfen, der Vorbereitung für ein Leben mit einem behinderten Kind).

Und: Trotz vorhandenem Bedarf und Angebot kommen die Patientinnen/Klientinnen in den Beratungsstellen nicht an. Weder Schwangeren noch Ärztinnen und Ärzten ist offensichtlich das psychosoziale Beratungsangebot überhaupt ausreichend bekannt. Die Ursachen hierfür sind vielfältig, wie z.B. Vorbehalte gegenüber und Unkenntnis der Beratungskompetenzen psychosozialer Beraterinnen auf Seiten der Ärztinnen und Ärzte, aber auch Konkurrenzbefürchtungen. Auch bestehen grundlegende Unterschiede zwischen beiden Berufsgruppen im Verständnis von Beratung, die dazu führen, dass Ärztinnen und Ärzte meinen, durch ihre (ärztlich-medizinische) Beratung sei bereits alles Notwendige besprochen. Die Folge ist, dass Medizinerinnen und Mediziner nicht regelmäßig auf die Möglichkeit der psychosozialen Beratung hinweisen – es besteht "keine Kultur der Verweisung".

Ärztinnen und Ärzte haben aber als primäre Ansprechpartnerinnen und -partner der Schwangeren eine wichtige Schlüsselfunktion: Ihre nachdrückliche Empfehlung und der wertschätzende Hinweis auf die Inhalte sowie den mit einer psychosozialen Begleitung zu erzielenden Nutzen spielen eine wichtige Rolle bei der Motivation der werdenden Eltern zur Inanspruchnahme. Voraussetzung dafür ist jedoch das Vorhandensein einer funktionierenden Kooperation und Vernetzung, die bislang lediglich in Einzelfällen gegeben ist: Ärztliche und psychosoziale Versorgung existieren zur Zeit weitgehend ohne Berührungspunkte nebeneinander her.

In welchem Feld bewegen wir uns mit der Pränataldiagnostik und wie kann wirkungsvoll eine Verbesserung der Kooperation der beteiligten Berufsgruppen erreicht werden?

Diesen Fragen soll in den folgenden Beiträgen nachgegangen werden, indem die aktuelle medizinische Entwicklung in der Pränataldiagnostik skizziert, im Anschluss daran sowohl aus ärztlicher wie auch aus psychosozialer Perspektive die daraus entstehende Versorgungssituation dargestellt und schließlich ein Modell für eine nachhaltige Verbesserung der interprofessionellen Kooperation vorgestellt wird.

Ein kurzer Vorgriff auf einige wichtige Kernpunkte des folgenden Diskurses sei an dieser Stelle erlaubt: Neben so banalen Aspekten wie der wechselseitigen fachlichen Fortbildung und Information scheinen persönliche Kontakte zwischen den Kooperationspartnern sowie eine genaue Kenntnis der jeweiligen institutionellen Rahmenbedingungen derzeitige "Mangelware" und zugleich wichtige Voraussetzungen für eine Schaffung stabiler Kooperationsstrukturen zu sein.

Weiterhin äußerst relevant ist eine differenzierte Kenntnis der unterschiedlichen Beratungskonzepte bzw. des jeweiligen professionellen Selbstverständnisses, um überhaupt eine tragfähige gegenseitige Wertschätzung und vertrauensvolle Zusammenarbeit installieren und schließlich auch heikle Schnittstellenprobleme klären zu können. Nach allen bisherigen Erfahrungen ist für einen solchen Prozess eine gehörige Portion Geduld und langer Atem bei allen Beteiligten erforderlich.

Auch die verstärkte Einbeziehung weiterer Berufsgruppen (wie z.B. Hebammen), die Identifikation von Versorgungslücken ebenso wie die Vermeidung von Überversorgung (nicht jede Schwangere braucht Beratung von allen Seiten), ethische Aspekte sowie die Entwicklung von Qualitätsstandards der Kooperation sollten in Zukunft vermehrt in den Blick genommen werden.

Eine nachhaltige Entwicklung interprofessioneller Kooperationsstrukturen stellt sich somit als eine der wesentlichen Herausforderungen in Folge der aktuellen medizinisch-technischen Entwicklung im Bereich der Pränataldiagnostik dar – mit dem gemeinsamen Ziel einer Optimierung der ganzheitlichen Versorgung Schwangerer.

Kontakt

Beratungs- und Therapiezentrum

Dr. med. Martina Weiß

Bödeckerstraße 65 · 30161 Hannover · Tel.: 0511-3948177

E-Mail: beratungsstelle@btz-hannover.de

Internet: www.btz-hannover.de

Literatur-Hinweise zum Weiterlesen

Repräsentativbefragung Schwangerer im Auftrag der BZgA:

“Schwangerschaftserleben und Pränataldiagnostik“, Köln, 2006

Forschung und Praxis in der Gesundheitsförderung, Band 26:

“Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention, Köln, BZgA, 2005

Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention –

Handbuch für Moderatorinnen und Moderatoren, Köln: BZgA, 2005

Braun, A.: “Der Wunsch nach dem perfekten Kind” -

Spätabbrüche nach Pränataldiagnostik, Dt. Ärzteblatt, Jg. 103,
Heft 40, Oktober 2006

Dewald, A. , Cierpka, M.: “Psychosoziale Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik”,
Psychotherapeut, Springer-Verlag 2001

Modellprojekt “Interprofessionelle Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik”

Modellprojekt des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

“Entwicklung von Beratungskriterien für die Beratung Schwangerer bei zu
erwartender Behinderung des Kindes“

Beratungsaspekte im Rahmen pränataldiagnostischer Untersuchungen

Einführung

Dr. med. Robin Schwerdtfeger², Pränataldiagnostiker, Hannover

Die Möglichkeiten der pränatalen Diagnostik und die dadurch erlangte Kenntnis von möglichen Risiken für Erkrankungen und Behinderungen des Fötus/Kindes führt in zunehmendem Maße zu schwierigen Entscheidungssituationen für Frauen und Paare, die vorgeburtliche Diagnostik in Anspruch nehmen (wollen).

Und auch die Ärztinnen und Ärzte, die mit der pränatalen Diagnostik befasst sind, werden zunehmend vor neue Herausforderungen gestellt: Sie müssen verantwortungsvoll mit den Erkenntnissen, die sie mittels der pränatalen Diagnostik gewonnen haben, umgehen und versuchen, die Betroffenen so zu beraten, dass diese die für sie richtige Entscheidung finden. Dabei ist zu beachten, dass Schwangere, bei denen sich ein Verdacht auf ein erhöhtes Risiko ergibt, direkt durch ihre Frauenärztinnen und Frauenärzte an eine Pränataldiagnostikerin oder einen Pränataldiagnostiker überwiesen werden. Dort wird die Schwangere in der Regel ausschließlich zu weiteren Diagnostik vorstellig; die weitergehende Betreuung wird von der Frauenärztin oder dem Frauenarzt durchgeführt. Die Pränatalmedizinerinnen oder -mediziner sehen die Schwangere nur in besonderen Situationen mehrmals während der Schwangerschaft.

Der nachstehende Beitrag gliedert sich in zwei Teile: Zunächst werden die gängigsten pränatalen Diagnostiken vorgestellt. Anschließend wird die besondere Beratungsaufgabe, die aufgrund der pränatalen Diagnostik entsteht, mittels einiger Fallbeispiele verdeutlicht.

I. Pränatale Diagnostik

1. Ultraschalldiagnostik

Im Vordergrund der pränatalen Untersuchungen steht die Diagnostik *per Ultraschall*. Hier haben sich drei Komplexe entwickelt: Die Untersuchung in der Frühschwangerschaft, die so genannte weiterführende Diagnostik sowie die Dopplersonographie.

² Herr Dr. Schwerdtfeger hat bei der Tagung "Schwanger...und nun?" des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit am 29.11.2006 in Hannover in einen Vortrag zu der Thematik gehalten.

Das *Ersttrimesterscreening* wird in der 11. bis 13. Schwangerschaftswoche (SSW) durchgeführt. Folgende Untersuchungen können zur Risikoberechnung für die Trisomie 21, Trisomie 13 sowie Trisomie 18 vorgenommen werden:

- Nackentransparenzmessung per Ultraschall (*Abbildung 1*)
- Blutserologie (PAPP A; β -HCG)

Bei einer Falschpositivrate von 5 % liegt die Erkennungsrate bei 85 %.

Abbildung 1:

Nackentransparenzmessung
in der 12+SSW, Nasenbein
sichtbar



Der *weiterführender (Fehlbildungs-) Ultraschall* (*Abbildung 2*) wird ab der 20. SSW untersucherabhängig durchgeführt. Es wird eine Analyse der Anatomie des Feten durchgeführt, insbesondere der äußere Umriss, Kopf, Gesicht, Wirbelsäule, Herz, innere Organe und der Extremitäten.

Abbildung 2:

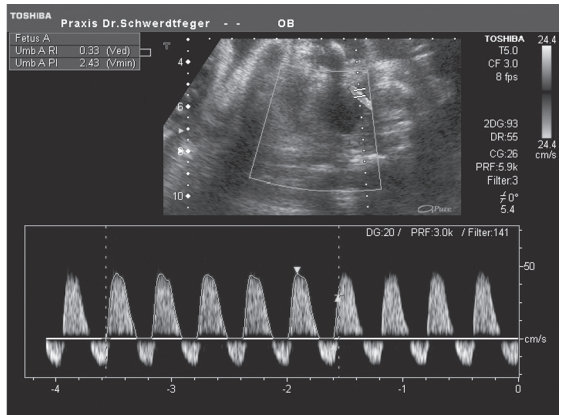
Fetales Profil in der 20 + SSW



Der diagnostische Ultraschall wird immer aufgrund einer Indikation eingesetzt, d.h. es muss ein medizinischer Grund dafür vorliegen, dass diese Untersuchungen durchgeführt werden.

Nach einer derartigen Indikation besteht die Möglichkeit der *Dopplersonographie* zur fetalen Zustandsdiagnostik. Bei dieser Blutflussmessung in Gefäßen (z. B. Nabelschnurgefäß, Abbildung 3) kann eine Unterversorgung und fetale Gefährdung früh erkannt werden. Gleichzeitig kann bei gefährdeten Feten über den optimalen Zeitpunkt der Entbindung entschieden werden.

Abbildung 3:
Auffälliger Blutfluss in
der Nabelschnurarterie



Von diesen Diagnostikmethoden abzugrenzen ist der *Wunsch-Ultraschall* und der *3D-Ultraschall* (Abbildung 4).

Abbildung 4:
Dreidimensionale Darstellung
des fetalen Gesichts
in der 24 + SSW



Diese Ultraschalluntersuchungen sind für die Diagnostik an sich nicht erforderlich und werden nur auf ausdrücklichen Wunsch der Schwangeren durchgeführt. Es handelt sich somit eher um einen „besonderen Service“, den werdende Eltern zur Fertigung von „Erinnerungsfotos“ gerne in Anspruch nehmen - auch wenn sie die Kosten hierfür selbst tragen müssen.

Der Wunsch-Ultraschall ist aus ärztlicher Sicht immer dann problematisch, wenn bei der Erstellung der Aufnahmen eine körperliche Besonderheit auffällt. Die Eltern werden dann oftmals ohne vorherige Aufklärung mit der Tatsache konfrontiert, dass aus der Erstellung von Erinnerungsaufnahmen plötzlich eine diagnostische Untersuchung wird. Aus medizinischer Sicht ist daher das reine „Baby-Fernsehen“ ohne vorherige Beratung hinsichtlich der möglicherweise feststellbaren Fehlbildungen abzulehnen.

2. Invasive Diagnostik

Die invasive Diagnostik ist eine im Rahmen der Pränataldiagnostik durchgeführte Untersuchung, bei der ein Eingriff in den Körper der Schwangeren nötig ist. Invasive Untersuchungsmethoden sind u. a. mit unterschiedlich hohen Fehlgeburtsrisiken verbunden und werden in der Regel nur bei bestehender Indikation (Alter, genetisches Risiko, Fehlbildung u.a.) und selbstverständlich nur mit ausführlicher Beratung und Einverständnis der Schwangeren durchgeführt.

Die Chorionbiopsie / CVS (Entnahme von Zellen des Mutterkuchens) wird in der 11. bis 13. SSW transabdominal (d.h. durch die Bauchdecke der Mutter) durchgeführt, wobei das Abortrisiko 1 % beträgt. Andere denkbare Komplikationen (Infektion des Bauchraumes der Mutter durch Verletzung des Darmes, Blutungen aus der Gebärmutterwand) sind sehr selten. Das Ergebnis liegt nach 1 bis 2 Tagen vor. Chorion ist das Material für folgende Untersuchungen:

- Humangenetische Untersuchung zur Erkennung von kindlichen Chromosomenstörungen (z. B. Down Syndrom).
- Molekulargenetische Untersuchungen (Erkennung von Stoffwechselerkrankungen, Blutgruppe des Kindes, Infektionen, etc.).

Die Amniozentese (Entnahme von Fruchtwasser) wird klassischerweise ab der 15. SSW unter kontinuierlicher Ultraschallsicht vorgenommen. Das Abortrisiko liegt bei 0,5 bis 1 %. Nach 14 Tagen liegt ein Ergebnis vor.

Fruchtwasser ist das Material für folgende Untersuchungen:

- Humangenetische Untersuchung zur Erkennung von kindlichen Chromosomenstörungen (z. B. Down Syndrom).
- Die Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung (FISH) stellt ein Verfahren dar, mit dem ganze Chromosomen bis hin zu kleinsten chromosomalen Abschnitten farblich dargestellt werden können. Mit der FISH-Diagnostik ist eine Bestimmung der häufigsten Chromosomenanomalien (Trisomie 21, Trisomie 13, Trisomie 18) innerhalb von 24 Stunden möglich (so genannter Schnelltest).
- AFP-, ACHE-Screening zur Erkennung von Neuralrohrdefekten (offener Rücken, Fehlbildungen des Kopfes) und Defekten der Bauchwand.
- Molekulargenetische Untersuchungen (Erkennung von Stoffwechselerkrankungen, Blutgruppe des Kindes, Infektionen, etc.).

Die fetale Blutentnahme (FBS =fetal blood sampling) ist ab 17 abgeschlossenen Schwangerschaftswochen durchführbar. Bei diesem Eingriff wird eine dünne Nadel durch die Bauchdecke in die Nabelschnur vorgeschoben (Nabelschnurpunktion). Das eingriffsbedingte Risiko (Fehlgeburt) liegt bei 1 %. Das Blut des Kindes kann zur Abklärung folgender Probleme erforderlich sein:

- Anämie bei Blutgruppenunverträglichkeit,
- Infektion des Kindes,
- genetischen Fragen.

Über eine Nabelschnurpunktion kann auch eine Behandlung des Kindes aus folgendem Grund durchgeführt werden:

- Transfusion von roten Blutkörperchen bei Blutarmut (Blutgruppenunverträglichkeit, Ringelröteln),
- Transfusion von Blutplättchen (bei Gerinnungsstörungen),
- Verabreichung von Medikamenten (z.B. bei Herzrhythmusstörungen).

II. Die Beratung Schwangerer

1. „Ist mein Kind gesund?“

Wie kommt es, dass bei Ultraschalluntersuchungen immer diese Frage gestellt wird? Natürlich ist es nachvollziehbar und verständlich, dass schwangere Frauen, bzw. werdende Eltern so früh wie möglich die Bestätigung wünschen, dass mit ihrem Kind aus medizinischer Sicht alles in Ordnung ist. Von der Pränatalmedizin wird sich ein perfektes

Resultat erhofft, und es gibt wohl keine Methode der medizinischen Diagnostik, die in der Sicherheit ihrer Aussagekraft so überschätzt wird wie die Pränataldiagnostik.

Wer sich mit PND etwas intensiver beschäftigt hat, weiß aber, dass Anspruch und Wirklichkeit weit auseinander klaffen. Denn auch mit den Mitteln der modernen Medizin, insbesondere der Pränatalmedizin, kann keine Garantie für ein perfektes, gesundes Kind gegeben werden. Insofern ist die eingangs formulierte Frage von den Pränataldiagnostikerinnen und -diagnostikern nicht zu beantworten.

Wieso aber gibt es eine solche Diskrepanz zwischen den Wünschen und Hoffnungen der Schwangeren und den tatsächlichen Möglichkeiten der Pränataldiagnostik? Die ständigen Informationen in den Medien über neue, noch bessere Analyseverfahren, die „medizinische Selbstdarstellung“ und Technikgläubigkeit haben in der Öffentlichkeit zu einer völlig überzogenen Vorstellung von den Möglichkeiten der Pränatalen Diagnostik geführt. An dieser Entwicklung sind Ärztinnen und Ärzte maßgeblich beteiligt, weil sie sich in den unstreitbaren Erfolgen dieser Methoden gesonnt haben, ohne den Problemen, Lücken und Schattenseiten ein ebenso großes Podium zu bieten.

Vereinfacht dargestellt haben wir zwei Welten, einerseits die der Schwangeren: Urvertrauen, Naivität, Freude, Angst, Unsicherheit, der Wunsch nach einem gesunden Kind. Andererseits die Ärzte: Medizinisches Wissen, nüchterner Umgang mit den Methoden, der Wunsch zu helfen, Angst vor Fehldiagnose, juristische Zwänge, Zeitdruck.

Das Wesen der Beratung besteht darin, sich gegenseitig in diesen Welten so anzunähern, so dass eine sinnvolle, verständliche und fruchtbare Kommunikation in *beide* Richtungen stattfindet. Dazu gehören einige einfache, grundsätzliche Aspekte:

- Eine verständliche Sprache: Keine Fachwörter, keine negativ besetzten Wörter. Statt Missbildungsdiagnostik sollte der Begriff Fehlbildungsdiagnostik synonym benutzt werden. Bestimmte Wörter der Umgangssprache sind so negativ besetzt, dass sie nicht benutzt werden sollten (zum Beispiel Wasserkopf, Wolfsrachen).
- Eine vernünftige räumliche Beratungssituation: Am Tisch sitzend; nicht die typische Situation, in der die Schwangere auf der Liege liegt und der Arzt daneben sitzt.
- Die Beratung muss vollständig, kompetent, ehrlich und neutral sein.
- In manchen Situationen helfen auch Zusatzinformationen wie Informationsblätter, Internet, Bekannte und Verwandte, eine zweite Meinung, aber selbstverständlich auch die psychosoziale Beratung.

Ziel der Beratung muss sein, dass die Frau eine *eigenständige* Entscheidung über den persönlichen Weg im Rahmen der Pränataldiagnostik findet. Diese muss natürlich nicht unbedingt kongruent mit Vorstellungen der Beratenden oder des Beratenden sein. Hierzu einige Beispiele aus der Praxis mit Situationen vor, während und nach pränataler Diagnostik:

Beispiel 1

Eine 38-jährige Erstgebärende ist unsicher, ob sie eine Fruchtwasseruntersuchung machen soll. Sie ist in der 15. Schwangerschaftswoche, ihr statisches Altersrisiko für ein Kind mit einem Down Syndrom liegt bei ungefähr 0,5%. Sie begrüßt den Pränataldiagnostiker mit folgendem Satz:

„Ich möchte, dass Sie erst mal einen Ultraschall machen und dann entscheiden, ob eine Fruchtwasseruntersuchung nötig ist oder nicht.“

Analysiert man diesen Satz, ergeben sich für die nun notwendige Beratung folgende Aspekte:

1. Auch mit Ultraschall ist niemand in der Lage, Chromosomenstörungen direkt zu erkennen. Höchstens Hinweiszeichen lassen sich detektieren, die dann wiederum eine Risikobeurteilung zur Folge haben. Die Untersuchung wird häufig in ihren Möglichkeiten deutlich überbewertet.
2. Die Entscheidung für eine Amniozentese kann die Schwangere nicht auf die Ärztin oder den Arzt übertragen. Die Situation muss, auch mit Hinweis auf Risiken und Konsequenzen einer solchen Diagnostik, besprochen werden. Die Schwangere muss nach der Beratung in der Lage sein, zwischen Risiken und Konsequenzen einer Amniozentese und der Situation, ein Kind mit einer Trisomie 21 zu bekommen, abzuwägen. In jedem Fall muss die Frau die Entscheidung selbst treffen.
4. Auf den Versuch, die Entscheidung auf die Ärztin oder den Arzt während des Gespräches durch die typischen Fragen *„Wie würden Sie entscheiden?“* oder *„Was würden Sie Ihrer Frau raten?“* zu übertragen, sollte nicht eingegangen werden.

Beispiel 2

Zur Amniozentese wird mir eine 29-jährige Lehrerin überwiesen. Das Ergebnis eines zuvor durchgeführten Ersttrimesterscreenings brachte folgendes Ergebnis: Die

Nackentransparenz war dünn gemessen worden, was ein Risiko von 1:2.000 für einen Föten mit Down-Syndrom ergab. Die Blutergebnisse erbrachten aber ungünstigere Werte, sodass das Kombinationsrisiko aus Blutuntersuchung und Ultraschall insgesamt ein Risiko von 1:350 ergab. Das erste günstige Ergebnis war ihr mitgeteilt worden und hatte sie sehr beruhigt. Nach Mitteilung des endgültigen, deutlich abweichenden Ergebnisses einen Tag später war sie sehr beunruhigt und konnte diese Diskrepanz nicht verstehen.

Exkurs: Risikoeinschätzung

In der Beratung muss genau erklärt werden, wie Risikoeinschätzungen entstehen. Das so genannte „individuelle Risiko“ der Schwangeren für ein Kind mit Down Syndrom ist statistisch trotzdem immer noch sehr gering (1:350 ; <1%); auch das muss klar ausgearbeitet werden. Es darf keine Bewertung geben. Die Ergebnisse sind nicht gut oder schlecht. Bei der Abwägung von Risiken sollte allenfalls von günstig oder ungünstig gesprochen werden.

In dem Beispielfall 2 hat sich die Patientin gegen eine Amniozentese entschieden. Sie vertraut dem Ergebnis des Ultraschalls, da diese Untersuchung für sie nachvollziehbar ist und sie diese miterlebt hat.

Verhalten der Ärztin/des Arztes während der Ultraschalluntersuchung

Die Untersuchung erzeugt für Schwangere häufig eine hohe emotionale Anspannung und ist nicht selten zunächst mit der Angst verbunden, die Ärztin oder der Arzt könnte etwas Auffälliges finden. Deshalb sollten Pränataldiagnostikerinnen und -diagnostiker die Untersuchung fortlaufend kommentieren und möglichst neutral die Beobachtungen erklären. Jede Form von Verniedlichung sollte vermieden werden und versucht werden, eine gewisse Distanz zu wahren. Es ist eine medizinische Untersuchungsmethode und als solche sollte man sie erkennen können! Gerade bei Auffälligkeiten ist es sonst schwer, wieder auf den Weg der neutralen Betrachtung zurück zu kommen. Bei Auffälligkeiten sollte die Untersuchung zunächst vollständig durchgeführt werden, um ein Gesamtbild zu erhalten. Die Kommentierung der Untersuchung sollte gleich bleibend neutral erfolgen. Das führt aber auch zu ausweichenden Antworten und kürzeren Kommentaren, die den in dieser Richtung hochsensiblen Schwangeren häufig nicht verborgen bleiben.

Beispiel 3 Die zwei Sichtweisen

Frau B. ist Hausgeburtshebamme und Filmemacherin und erwartete ihr viertes Kind. Sie kam in der 20. Schwangerschaftswoche zu einem Fehlbildungsultraschall, bei dem ein

schweres, komplexes Fehlbildungssyndrom mit infauster Prognose diagnostiziert wurde. Die Patientin hat diese Situation in ihrem autobiographischen Dokumentarfilm „Mein kleines Kind“ festgehalten, aus dem im Nachfolgenden zitiert wird:

„23. Juni. Schweigsam fährt der Facharzt für Pränataldiagnostik mit dem Ultraschallkopf im kühlen Gel auf meinem Bauch herum. Ich sehe mein Kind schwarzweiß auf dem Bildschirm: Alles ist dran ... Es gefällt mir, wie es sich bewegt, den Messungen des Arztes ausweicht, ein stiller Einklang. Nachher werde ich die Praxis verlassen mit der Gewissheit, dass alles in Ordnung ist. Der Arzt antwortet einsilbig auf meine Fragen, vertröstet mich auf später. Ich bleibe arglos. Hinterher erfahre ich, dass der Arzt ein völlig anderes Kind gesehen hat als ich selbst: Er hat einen dem Tod geweihten Fötus untersucht, mit vielfältigen Störungen, wie er sie so nur selten diagnostiziert. Ich habe mein Kind gesehen mit Freude und Stolz, das für mich vollkommen war, weil ich seine Abweichungen vom Normalen im Bild des Monitors nicht erkennen konnte. Im ersten Moment bin ich entsetzt über diese zwei verschiedenen gleichzeitigen Wirklichkeiten. ‚Warum haben Sie mir das nicht sofort gesagt?‘ Der Arzt bietet mir eine zweite Ultraschalluntersuchung an. Ich möchte vier Tage später wiederkommen, um alle Details seiner Diagnose im Ultraschallbild direkt mit eigenen Augen zu sehen. Am Ende schenkt er mir das Video-Band mit diesen Aufzeichnungen von seiner Untersuchung. Im Nachhinein weiß ich: Die beiden unterschiedlichen Sichtweisen sind erhalten geblieben.“

Beispiel 4

Eine 22-jährige wird von ihrer Frauenärztin in der 20. Schwangerschaftswoche wegen Auffälligkeiten am Feten im Basisultraschall an eine pränataldiagnostische Praxis überwiesen. Sie ist verständlicherweise sehr beunruhigt, kann die Untersuchung kaum ertragen. Der Diagnostiker stellt bei einem ersten Überblick eine Fehlbildung im Bereich der Bauchwand fest, eine so genannte „Gastroschisis“. Es handelt sich dabei um ein Loch neben dem Bauchnabel, über das der überwiegende Teil des Darmes außerhalb des Bauchraumes liegt. Diese Fehlbildung lässt sich nach der Geburt in der Regel gut operieren. In dieser Situation hat der Pränataldiagnostiker die Untersuchung kurz unterbrochen und zunächst die Schwangere beruhigt, in dem er ihr ehrlich gesagt hat, dass er eine Auffälligkeit gesehen hat, sie aber dennoch guter Hoffnung sein könne. Danach wird die Untersuchung fortgesetzt und der Befund vervollständigt.

Nachdem der Schwangeren der abschließende Befund genau erklärt wurde, ist sie zwar weiterhin sehr beunruhigt, sieht nun aber eine Lösung durch die Operation des Kindes nach der Geburt. Eine Woche wird gemeinsam mit einer Kinderchirurgin noch einmal

über alle Aspekte gesprochen. Die Schwangere ist gemeinsam mit ihrer Mutter gekommen und macht jetzt einen ganz anderen Eindruck. Sie freut sich wieder auf das Kind und hat ihre Planungen für die Zukunft wieder voll aufgenommen. Das Kind hat von dieser Diagnostik maximal profitiert, da Zeitpunkt und Ort der Geburt nun optimal geplant werden können.

Beispiel 5 Die Zwillingsschwangerschaft

Eine 37-jährige Schwangere kommt in der 16. Schwangerschaftswoche zu einer Amniozentese in die Praxis des Diagnostikers. Es handelt sich um eine Zwillingsschwangerschaft, eingetreten nach einer Sterilitätsbehandlung (in vitro Fertilisation). Nach der üblichen Aufklärung und Vorbereitung wird der Eingriff komplikationslos durchgeführt und aus beiden Fruchthöhlen Fruchtwasser entnommen. Das Ergebnis liegt nach knapp 14 Tagen in der 18. Schwangerschaftswoche vor: Der erste Fötus hat einen normalen weiblichen Chromosomensatz und der zweite einen auffälligen weiblichen Karyotyp mit einer Trisomie 21. Der Befund wird der Schwangeren von ihrer Frauenärztin mitgeteilt; außerdem bekommt sie eine ausführliche humangenetische Beratung. Danach befindet sie sich in einem extremen Konflikt. Letztlich bleiben nur drei Lösungsmöglichkeiten:

- Erstens, die Schwangerschaft austragen und die Kinder so annehmen wie sie sind.
- Zweitens, die Schwangerschaft vollständig abbrechen und damit auch den vermeintlich „gesunden“ Föten opfern.
- Drittens, die Durchführung eines so genannten Fetozid, also das intrauterine Abtöten des „betroffenen“ Föten durch Injektion einer Kaliumchlorid-Lösung in das fetale Herz unter Ultraschallsicht. Dieser Eingriff führt zu einem sofortigen Absterben der Frucht mit einem circa zehnpromzentigen Risiko, durch den Eingriff auch den nicht betroffenen Föten zu verlieren. Letztlich ist aber diese fürchterliche und für alle Beteiligten extrem belastende Lösung die einzige Alternative zum Austragen der Zwillingsschwangerschaft.

Nach vielen Gesprächen und Überlegungen hat sich die Schwangere zum Fetozid entschlossen. Der verbleibende Einling wurde gesund am Termin geboren.

Dieses Beispiel macht nochmals deutlich: Eine umfassende Aufklärung vor der Amniozentese ist unerlässlich, insbesondere mit Besprechung der Konsequenzen aus den Ergebnissen. Die Schwangere muss vor dem Eingriff wissen, auf welchen Entscheidungsprozess sie sich einlässt. Nicht wenige Schwangere, die Zwillinge erwarten, entscheiden sich nach so einem Aufklärungsgespräch gegen eine Amniozentese, um

nicht in diesen Konflikt zu kommen. Gleichwohl müssen sich Ärztinnen und Ärzte mit Durchführung der Amniozentese bei Einlingen - und insbesondere bei Zwillingen - mit den Konsequenzen und Entscheidungen, die sich aus unserem Tun ergeben, genau und ehrlich auseinandersetzen. Auf keinen Fall geht es nach dem Motto: Wir machen erstmal die Fruchtwasseruntersuchung und wenn der Befund auffällig ist, dann sehen wir mal weiter.

Beispiel 6 Die Trisomie 21

Eine 41-jährige Erstgebärende kommt in der 20. Schwangerschaftswoche zu einer Ultraschalluntersuchung und sagt folgenden Satz:

„Ich komme nur zum Ultraschall, weil ich keine Amniozentese wollte, da ein Abbruch der Schwangerschaft für mich nicht in Frage kommt“.

Bei der folgenden Ultraschalluntersuchung finden sich fast alle typischen sonographischen Hinweiszeichen einer Trisomie 21: Kurzer Femur, Nackenödem, Ventrikelseptumdefekt, beidseitiger Nierenstau, flaches Profil, kurze Finger. All diese Hinweiszeichen stellen keine lebensbedrohliche Situation für das Kind post partum dar. Sie zeigen auch nicht eindeutig eine kindliche Erkrankung auf. Soll gegenüber der Patientin der Verdacht, dass der Fötus eine Trisomie 21 haben könnte, geäußert werden? Will sie überhaupt diese Information? In welchen Konflikt wird die Schwangere aufgrund dieser Verdachtsdiagnose gebracht? Dürfen Medizinerinnen und Mediziner - auch und gerade unter juristischen Aspekten - auf eine Mitteilung dieses Verdachts verzichten? Hat vielleicht die pränatale Diagnose auch einen positiven Einfluss auf den direkten Verlauf post partum, da sich die Mutter auf ihr besonderes Kind einstellen kann?

Letztendlich wurde ihr in einem Beratungsgespräch die erhobenen Befunde genau erklärt und der Verdacht einer Trisomie 21 mitgeteilt. Zwei Tage später kam sie erneut in die Praxis und wünschte nun nach reichlicher Überlegung doch eine Amniozentese, um Gewissheit zu haben, ob das Kind tatsächlich ein Down-Syndrom hat. Die Untersuchung wurde durchgeführt und erbrachte den Befund einer Trisomie 21. Diese Diagnose führte zu einer großen Verunsicherung und zu einem schweren Schwangerschaftskonflikt. Mittlerweile war aber die 21. Schwangerschaftswoche erreicht. Es folgten ausgiebige Beratungen durch Humangenetiker, Kinderärzte und Angehörige von Selbsthilfegruppen. Die Frau entschied sich dafür, die Schwangerschaft auszutragen und das Kind anzunehmen. Im weiteren Schwangerschaftsverlauf wurde sie durch ihre Gynäkologin und eine Psychotherapeutin betreut. Sie kam in der Schwangerschaft noch zweimal zu Verlaufskontrollen in die Praxis und machte dabei einen zutiefst verunsicherten Eindruck.

Sie beklagte sich, dass alle medizinisch Beteiligten nur noch auf die Besonderheit der Trisomie 21 eingehen würden und ihr nicht die Möglichkeit gäben, die Schwangerschaft und Geburt „normal“ zu erleben.

Das Kind ist dann ein paar Wochen vor dem Termin per Sectio geboren worden. Die Patientin ist nach der Geburt psychisch schwerst dekomponiert und brauchte stationäre psychiatrische Hilfe.

Dieses Beispiel verdeutlicht, wie wichtig es ist, bereits *im Vorfeld* durch die entsprechende Beratung genau zu klären, welche Diagnostik wirklich gewünscht ist. Dabei müssen auch die sich aus einer Untersuchung ergebenden möglichen Konsequenzen klar herausgearbeitet werden. Beratungskompetenz und Einfühlungsvermögen von Diagnostikerinnen und Diagnostikern sind somit mindestens so hoch einzuschätzen wie ihre fachliche Qualifikation.

In den letzten Jahren informieren sich Schwangere wesentlich besser über die Möglichkeit der pränatalen Medizin. Auch haben inzwischen viele werdende Mütter eine genaue Vorstellung, welche Methoden sie wählen und auf welche sie verzichten möchten. Die zunehmende Diskussion in der Gesellschaft führt offensichtlich zu einem Nachdenken und Reflektieren bei allen Beteiligten. Die Anzahl der Schwangeren über 35 Jahre nimmt deutlich zu, aber die prozentuale Inanspruchnahme einer Amniozentese in dieser Gruppe nimmt kontinuierlich ab.

Neben der ärztlichen Beratung wird auch die Beratung durch Hebammen und psychosoziale Beratungsstellen wichtiger. Auch hier sollten Ehrlichkeit, Kompetenz und Neutralität an erster Stelle stehen. Ziel aller Beteiligten muss sein, der Schwangeren eine selbstständige und eigene Entscheidung zu ermöglichen.

Kontakt:

Dr. med. Robin Schwerdtfeger
Podbielskistraße 122 · 30177 Hannover
Tel: 0511- 66 30 64
E-Mail: gravpraxis@aol.com

Grenzen überwinden - Zusammenarbeit von Ärztinnen/Ärzten und psychosozialen Beraterinnen bei pränataler Diagnostik

Bericht über ein modellhaftes Kooperationsprojekt des Sozialdienstes katholischer Frauen mit der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH)

Ina Klyk³, Sozialdienst katholischer Frauen e. V. (SkF)⁴ Hannover

Wie ist das Modellprojekt entstanden?

Während einer Fortbildungsveranstaltung mit Beratungsfachkräften kristallisierte sich heraus, dass in weiten Teilen der Bevölkerung nicht bekannt ist, dass viele psychosoziale Beratungsstellen auch zu Fragestellungen rund um das Thema pränatale Diagnostik beraten. Trotz vorhandener Kapazitäten wird dieses Beratungsangebot von werdenden Müttern nur wenig genutzt. Für die psychosozialen Beratungsstellen wiederum ist es schwierig, unter den niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten Kooperationspartner oder -partnerinnen zu finden. Und selbst wenn Ärztinnen oder Ärzte Patientinnen an die Beratungsstellen verweisen, suchen diese die Einrichtungen oftmals nicht auf. Klar war: Es besteht im Kontext der pränatalen Diagnostik ein Bedarf an psychosozialer Beratung. Also muss seitens der Beratungsstellen versucht werden, mehr Frauen in dieser schwierigen Situation zu erreichen.

Vor diesem Hintergrund nahm der SkF Hannover Kontakt zu einer niedergelassenen Ärztin auf, die durch die bisherige Zusammenarbeit mit der Beratungsstelle der psychosozialen Beratung aufgeschlossen gegenübersteht. Trotz eines positiven Gesprächsverlaufes stellte sich aber heraus, dass nur sehr wenige Frauen mit auffälligem Befund in der Praxis vorstellig werden und diese dann in der Regel von der Ärztin selbst betreut und beraten werden. Eine Möglichkeit der Zusammenarbeit mit dieser Ärztin ergab sich somit mangels Bedarfs nicht.

³ Frau Klyk ist examinierte Krankenschwester und hat bis zum 2. Staatsexamen Medizin studiert. Sie hat eine Fortbildungsreihe zur psychosozialen Beratung im Kontext pränataler Diagnostik des SkF- Bundesverbandes sowie ein Seminar zur Trauerbegleitung besucht. Seit 2004 ist sie als Schwangerenberaterin (Dipl.-Sozialpädagogin) in der Beratungsstelle für Schwangere, Alleinerziehende und Familien des SkF e. V. in Hannover tätig. Sie hat bei der Tagung „Schwanger... und nun?“ des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit am 29.11.2006 in Hannover in einem Workshop als Referentin mitgewirkt.

⁴ Der Sozialdienst katholischer Frauen e. V. (SkF) feiert im Jahr 2008 sein hundertjähriges Bestehen. Seit 2002 gibt es in der Zentrale des Fachverbandes in Dortmund eine Fachreferentin für Pränataldiagnostik, deren Aufgabe die Koordination, Fortbildung und Öffentlichkeitsarbeit ist. Innerhalb des SkF e. V. wird eine spezielle Fortbildung für die psychosoziale Beratung in der Pränataldiagnostik angeboten.

Um möglichst viele Frauen zu erreichen wurde aus dieser Erfahrung heraus Kontakt mit der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) aufgenommen.

Der Oberarzt der Abteilung Ultraschall/Pränataldiagnostik, Herr Dr. Wüstemann, zeigte sich gegenüber dem Beratungsangebot des SkF sehr aufgeschlossen. Denn: Durch die strukturellen Bedingungen innerhalb einer Universitätsklinik gibt es zwar eine exzellente medizinische Versorgung, es fehlt aber oft die Zeit und ein angemessener Rahmen für die psychosoziale Versorgung der Klientinnen.

Somit wurde zunächst eine regelmäßige Hospitation vereinbart, damit sich die verschiedenen Professionen mit der jeweiligen Arbeitsweise vertraut machen konnten. Sehr bald stellte sich allerdings heraus, dass schon im Rahmen der Hospitation Frauen und Paare die Gelegenheit nutzten, um sich durch eine erfahrene Beraterin psychosozial beraten und betreuen zu lassen. Die Position der bloßen Beobachterin wurde somit schnell aufgegeben, und der Einstieg in die Beratungsarbeit erfolgte schneller als gedacht.

Wie sind die realen Arbeitsbedingungen für die Beraterin vor Ort?

In der Abteilung Ultraschall/Pränataldiagnostik der MHH liegt die Fehlbildungsrate der untersuchten Ungeborenen bei 25 % bis 30 % (Zum Vergleich: In der Gesamtbevölkerung liegt die Fehlbildungsrate zwischen 2 % und 4 %). Wechselnde Assistenzärzte führen die Untersuchungen durch und tragen die Messergebnisse in das Computerprogramm ein. Der Oberarzt kontrolliert alle Untersuchungsergebnisse. Zwei Krankenschwestern vergeben Termine und nehmen Blut ab. Sie assistieren auch bei invasiven Untersuchungen, wie z. B. der Amniozentese (Fruchtwasseruntersuchung). Da Oberarzt Dr. Wüstemann ein gefragter Spezialist ist, gibt es daneben viele niedergelassene Ärztinnen/Ärzte oder Studentinnen/Studenten, die bei ihm hospitieren.

Die Räumlichkeiten der Abteilung Ultraschall/Pränataldiagnostik der MHH sehen wie folgt aus: An den Eingangsbereich schließt sich ein langer, steril wirkender Gang an. Davor befindet sich der Wartebereich und ein „Glaskasten“ mit dem Anmeldungsbereich. Es gibt mehrere Untersuchungsräume.

Eine psychosoziale Beratung ist nur durchführbar, wenn die Möglichkeit besteht, mit den Frauen oder Paaren ungestört zu sprechen. Vor den Untersuchungen geschieht dies im Untersuchungsraum, nach den Untersuchungen in einem unbenutzten Untersuchungsraum bzw. im Arztzimmer.

Das Einzugsgebiet der MHH ist sehr groß: Es umfasst die gesamte Region Hannover, aber auch die Bereiche Göttingen und Hameln. Es kommen sogar Patientinnen aus dem Raum Düsseldorf. Somit gibt es auch Patientinnen, bei denen die Beratung schon aus räumlichen Gründen direkt in der Klinik erfolgen muss. Selbstverständlich können die Patientinnen bei weiterem Beratungsbedarf auch telefonischen Kontakt oder Besuchskontakt zu der Beratungsstelle aufnehmen.

Wie sieht die Beratung in der Praxis aus?

Zunächst stellt sich die Beraterin der betroffenen Frau oder dem betroffenen Paar als Schwangerenberaterin vor. In der Regel geschieht dies vor dem Untersuchungsraum. Die Frau wird von der Beraterin aus dem Wartebereich abgeholt und gefragt, ob es ihr recht sei, wenn die Beraterin an der Untersuchung teilnehme. Die Reaktionen auf dieses Angebot waren durchweg positiv, manchmal allerdings auch überrascht. Bisher ist es nur ein einziges Mal vorgekommen, dass eine Frau die Beraterin nicht an der Untersuchung hat teilnehmen lassen, wobei es in diesem Fall um die Feststellung einer Schwangerschaft ging.

Im nächsten Schritt wird die Frau in den Untersuchungsraum geführt und mit den Örtlichkeiten vertraut gemacht. Es wird ihr gezeigt, wo sie ihre Kleidung ablegen und ggf. wo der Partner Platz nehmen kann.

Die Erfahrung hat gezeigt, dass Frauen, die ohne Begleitung erscheinen, offener sind für das Beratungsangebot. In der Regel haben sie in der Nacht vor der Untersuchung schlecht geschlafen, und ihnen ist die Angst vor dem Befund anzumerken. Selbst wenn sie „nur“ zur Kontrolle da sind, stehen sie unter großer Anspannung.

Indem das Aufgabengebiet der Schwangerenberaterin beschrieben wird, wird der Kontakt zu der Frau aufgebaut. Dabei konnte festgestellt werden, dass die Aufgaben der Schwangerenberatungsstellen – besonders bei Frauen aus der so genannten Mittelschicht – nicht allgemein bekannt sind.

Die Frau wird immer gefragt, ob die Anwesenheit der Beraterin erwünscht ist. Ggf. verlässt die Beraterin den Raum, wenn eine Frau oder ein Paar allein sein möchten.

Da längere Wartezeiten regelmäßig vorkommen, nutzen die Klientinnen oftmals die Zeit, um der Beraterin Fragen über die Untersuchung zu stellen. Dabei ist häufig festzustellen, dass viele Frauen nicht wissen, worum es bei der bevorstehenden Untersuchung geht.

Besonders ausländische Frauen haben eine große Scheu, ihren behandelnden Ärzten vorab Fragen zu stellen. Zu der Beraterin gewinnen sie eher Vertrauen.

Soweit gewünscht, informiert die Beraterin zu den unterschiedlichen Themen. Dies reicht vom Vorstellen der eingesetzten Geräte bis hin zur Erklärung der bevorstehenden Untersuchungsmethoden. Auf Grund der regelmäßigen Teilnahme der Beraterin an den Untersuchungen ist sie hierüber sehr gut informiert.

Die Frauen berichten von ihren Gefühlen, Ängsten und Zweifeln. Sie trauen sich oft nicht, dem Arzt brisante Fragen zu stellen. Eine dieser Fragen lautet: „Habe ich während meiner Schwangerschaft durch irgendein Fehlverhalten Schuld an dem auffälligen Befund?“

Die Beraterin ermuntert die Frau dazu, alle ihre Fragen zu stellen und vermittelt, wenn nötig, auch während der Untersuchung: „Möchten Sie die Frage nach dem stellen, was sie nicht verstanden haben, oder wo noch Zweifel bestehen?“ Oberarzt Dr. Wüstemann geht dann auf diese gestellten Fragen besonders ausführlich ein.

Bei vielen Gesprächen geht es darum, dass die Frauen ihren eigenen Gefühlen und Intuitionen nicht trauen. Dies wird häufig bei ausländischen Frauen beobachtet, die sich oftmals keine invasiven Untersuchungen wünschen. Sie wissen aber nicht, ob sie sich auch gegen die Empfehlung des behandelnden Gynäkologen entscheiden dürfen.

Hierzu ein Fallbeispiel aus der Praxis:

Frau E. stammt aus Russland. Sie lebt seit drei Jahren in Deutschland und hat bereits eine 15-jährige Tochter. Nun ist sie mit einem lang ersehnten Wunschkind erneut schwanger. Da sie 36 Jahre alt ist, hat ihr Frauenarzt zu einer Fruchtwasseruntersuchung geraten. Sie kennt sich mit dem deutschen Gesundheitssystem nicht aus und fühlt sich daher unsicher. In ihrer ehemaligen Heimat gab es diese Vielzahl an Untersuchungen nicht. Sie fühlt sich verwirrt. Mit dieser Unschlüssigkeit meldet sie sich in der Abteilung Ultraschall/Pränataldiagnostik der MHH. Die Krankenschwestern aus der Aufnahme verweisen auf das psychosoziale Beratungsangebot.

Frau E. kommt mit ihrem Partner in die Schwangerenberatungsstelle. Bei dem darauf folgenden Gespräch stehen die Gefühle und Befürchtungen von Frau E. im Vordergrund: „Kann man dem Kind eventuell auch schaden? Darf ich Untersuchungen ablehnen? Was ist, wenn wirklich etwas Auffälliges gefunden wird?“

Im Rahmen der Beratung werden der Ratsuchenden Informationen und Hilfestellungen angeboten, damit sie zu einer für sie optimalen Entscheidung gelangen kann. Auf die Gefühle der Frau oder des Paares wird individuell eingegangen.

Das Ergebnis der Beratung ist dabei allerdings völlig offen: Während sich im geschilderten Beispielsfall Frau E. und ihr Partner am Schluss gegen eine invasive Untersuchung entschieden haben, hat sich in einem ähnlich gelagerten Fall eine Frau für eine ausführliche Diagnostik ausgesprochen.

Frauen, die lange Anfahrtswege zur MHH haben, werden auf die Möglichkeit verwiesen, eine Beratungsstelle in ihrer unmittelbaren Nähe aufzusuchen. Bei Frauen, die auf Grund eines positiven Befundes mehrfach in die MHH bestellt werden, bittet Dr. Wüstemann die Beraterin, an diesem Tag anwesend zu sein. Auch hierzu ein Fallbeispiel:

Das ungeborene Kind von Ehepaar R. weist eine Nierenfehlbildung auf. Die Familie hat schon mehrere Ärzte konsultiert. Nun steht eine Diagnose fest. Es bleibt die Frage, ob eine Fruchtwasseruntersuchung zur Abklärung von Chromosomenstörungen durchgeführt werden sollte, die oft in Begleitung von Nierenfehlbildungen auftreten. Das Paar fühlt sich vom bisherigen Schwangerschaftsverlauf völlig erschöpft. Sie sagen, dass sie auf Grund von unterschiedlich gestellten Diagnosen von einer Krise in die nächste gerieten. Das überragende Thema ist jetzt, ob eine Amniozentese durchgeführt werden sollte. Es gilt abzuwägen, ob bis zur Geburt gewartet werden sollte, um dann zu sehen, wie es dem Kind geht.

Die Beraterin gibt zu bedenken, dass manche Paare eher mit einer Gewissheit leben können als mit dem Warten auf einen unbestimmten Befund. In diesem Zusammenhang berichtet das Paar von Problemen, die in früheren Schwangerschaften aufgetreten sind und von den Komplikationen in der jetzigen Schwangerschaft. Sie möchten ihr Kind auf gar keinen Fall gefährden.

Die Entscheidung tendiert nach dem Gespräch eher in die Richtung, keinen invasiven Eingriff durchführen zu wollen. Als das Ehepaar ein weiteres Mal einbestellt wird, steht die Beraterin ihnen wiederum zur Seite. In einem Nachgespräch äußert Frau R., dass sie sich in der Medizinischen Hochschule gut betreut fühlt und ihr Kind auch dort zur Welt bringen möchte.

Es gibt darüber hinaus manchmal Situationen, in denen die Betroffenen überraschend von einer Auffälligkeit ihres ungeborenen Kindes erfahren. Leider gibt es in der Abteilung Ultraschall/Pränataldiagnostik der MHH keinen speziellen Raum, in dem eine Frau oder ein Paar den Schock einer Diagnose in geschützter Atmosphäre verarbeiten kann. In diesen Fällen sorgt daher die Beraterin – sofern es gewünscht ist – für Sitzmöglichkeiten in einem leeren Untersuchungsraum, damit die Betroffenen nicht den neugierigen Blicken anderer Menschen ausgesetzt werden.

Durch die psychische Ausnahmesituation dringen die vom Arzt erläuterten Untersuchungsergebnisse im einzelnen oftmals gar nicht ins Bewusstsein der Frau oder des Paares vor. In dieser Ausnahmesituation ist die Aufnahmefähigkeit sehr begrenzt. Gefühle wie Trauer, Fassungslosigkeit und Ängste stehen im Vordergrund. Daher bietet die Beraterin auf Wunsch an, die Ergebnisse der Untersuchungen nochmals in einfachen Worten zu erklären oder fragt, ob irgendetwas benötigt wird.

Natürlich verlässt sie auch auf Wunsch der Betroffenen den Raum. Aber sie macht dennoch deutlich, dass sie weiterhin für Gespräche zur Verfügung steht. Manchmal ist die persönliche Fürsorge wichtig, was auch das Anbieten von Getränken während eines langen Vormittages bedeuten kann. Grundsätzlich wird auf die Möglichkeit hingewiesen, die Beratungsstelle für ungestörte Gespräche aufzusuchen. Wenn das Paar einen weiten Anfahrtsweg hat, wird ggf. an andere Hilfsangebote vor Ort vermittelt.

Perspektiven

Seit Februar 2007 gibt es den Qualitätszirkel zur Verbesserung der Kooperation zwischen Ärzten und Beraterinnen nach dem Konzept der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Hannover. Teilnehmende sind sowohl Ärztinnen/Ärzte als auch Beraterinnen, eine Hebamme sowie eine Humangenetikerin. Im Rahmen dieses Qualitätszirkels wird an der weiteren Umsetzung und Verbesserung des Modellprojektes gearbeitet. Im Vordergrund steht die Fragestellung, wie die verbesserte Vernetzung der vorhandenen Angebote zu einer optimalen Versorgung der betroffenen Frauen und Paare führen kann.

Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass eine psychosoziale Beraterin vor Ort sinnvoll ist. Ferner wäre es für betroffene Paare eine große Hilfe, wenn ein Beratungszimmer bereitgestellt werden könnte, in dem das Führen von Gesprächen in einer geschützten Atmosphäre möglich ist.

Kontakt

Beratungsstelle für Schwangere, Alleinerziehende und Familien

Sozialdienst katholischer Frauen e. V.

Frau Ina Klyk

Goethestraße 31 · 30169 Hannover

Tel.: 0511 - 164 05-60

E-Mail klyk@skf-hannover.de

Literatur-Hinweise zum Weiterlesen

Psychosoziale Beratung in der Pränataldiagnostik – Ein Praxishandbuch; Lammert/Cramer/
Pingen-Rainer/ Schulz/Neumann/ Beckers/Siebert/Dewald/ Cierpka; Hogrefe (Verlag)

Grenzen überwinden - Zusammenarbeit von Ärztin/Ärzten und psychosozialen Beraterinnen bei pränataler Diagnostik - aus Sicht einer Beraterin

Gaby Frech⁵, Cara - Beratungsstelle zu Schwangerschaft und vorgeburtlicher Diagnostik e.V.⁶, Bremen

Hintergrund

Im Jahr 2004 hat *Cara-Beratungsstelle zu Schwangerschaft und vorgeburtlicher Diagnostik e.V.* begonnen, eine Kooperation mit einer Klinik in Bremen aufzubauen. Im folgenden werden einige Aspekte genannt, die - nach den Erfahrungen von *Cara e.V.* - bei einer Kooperation von Ärztinnen/Ärzten und Beraterinnen zu berücksichtigen sind.

Ist es möglich, die bestehenden Grenzen zwischen den Berufsgruppen zu überwinden, um zu einer erfolgreichen Zusammenarbeit zu gelangen?

Eine Zusammenarbeit von Ärztinnen/Ärzten und Beraterinnen im Kontext von pränataler Diagnostik gestaltet sich schwierig. Neben den sehr unterschiedlichen institutionellen Rahmenbedingungen der beiden Berufsgruppen, wird eine Kooperation durch inhaltlich grundverschiedene Sichtweisen erschwert:

- Aus *medizinischer* Sicht ist Schwangerschaft eher ein physischer Veränderungsprozess, der beobachtet und kontrolliert werden muss, um mögliche Krankheiten und Risiken für die Frau und das Ungeborene möglichst auszuschließen.
- Aus *psychosozialer* Sicht ist Schwangerschaft ein Wandlungsprozess im Leben von Frauen, mit den damit notwendigerweise verbundenen Unsicherheiten, Ängsten, „Krisen“ - aber auch den erfahrbaren Stärken und Ressourcen von Frauen.
- Im *medizinischen* System der Schwangerenvorsorge wird Behinderung gleichgesetzt mit Risiko, das es möglichst zu vermeiden gilt.

In der *psychosozialen* Beratung wird Behinderung nicht als Risiko definiert. Die unterschiedlichen Gefühle, Bilder und Phantasien, die Erfahrungen und die ethische Haltung der Frau (oder des Mannes) stehen im Mittelpunkt.

- Das Beratungsverständnis der Professionen ist sehr unterschiedlich: Die *medizinische Beratung* umfasst schwerpunktmäßig Information und Aufklärung über die Methoden der Diagnostik, Risiken, Nebenwirkungen. Die *psychosoziale Beratung* setzt dagegen

⁵ Frau Frech hat bei der Tagung „Schwanger... und nun?“ des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit am 29.11.2006 in Hannover in einem Workshop als Referentin mitgewirkt.

⁶ *Cara e.V.* ist eine unabhängige psychosoziale Beratungsstelle zu Fragen rund um das Thema vorgeburtliche Diagnostik. *Cara* wurde 1990 von Frauen gegründet.

den Hauptakzent auf den Entscheidungskonflikt, sei es vor Inanspruchnahme der Diagnostik oder bei auffälligem Befund. Es geht um die Wahrnehmung und das Verstehen von Gefühlen, von Ambivalenzen schwangerer Frauen, die die Diagnostik auslöst bzw. verstärkt, um die Lebenssituation, um die Bilder, Phantasien, die Haltung zu Behinderung, das Wahrnehmen von Ressourcen der Frau. Verschiedene Handlungsmöglichkeiten werden eröffnet. Die Unterstützung der Frau, ihre persönliche Entscheidung und Entscheidungsfindung stehen im Mittelpunkt.

Aus Sicht der psychosozialen Beratungsstelle ist eine fruchtbare Zusammenarbeit nur möglich, wenn folgende Aspekte von den Kooperationspartnern ernst genommen werden:

- Informationen und Aufklärung. Beides ist oft nicht ausreichend, um den Konflikt, der mit der Diagnostik verbunden ist, zu lösen.
- Das Wahrnehmen von Ambivalenzen ist für eine Entscheidungsfindung hilfreich, wenn nicht sogar notwendig.
- Psychosoziale Beratung ist eine eigenständige Profession, die neben der medizinischen Information und Aufklärung den schwangeren Frauen ein Beratungsangebot macht, um eine tragfähige Entscheidung im Umgang mit der konfliktträchtigen Technik zu finden.

Die wichtigste Voraussetzung für die Beraterin in diesem Kontext ist, sich ihrer professionellen Kompetenz und Identität bewusst zu sein.

Eine Kooperation von Medizinerinnen/Medizinern und Beraterinnen kann aus Sicht von *Cara e.V.* nur gelingen, wenn das Wissen um die Unterschiedlichkeit der Professionen, gegenseitiger Respekt und Wertschätzung auf beiden Seiten vorhanden ist.

Eine Kooperation zu erreichen, ist erfahrungsgemäß ein mühsamer und langwieriger Prozess, der aber im Interesse der Frauen ein lohnender Weg sein kann.

Kontakt

Cara - Beratungsstelle zu Schwangerschaft und vorgeburtlicher Diagnostik e.V. –

Frau Gaby Frech

Große Johannisstraße 110 · 28199 Bremen

Tel. 0421- 59 11 54

E-Mail: cara-ev@t-online.de

Internet: www.cara-beratungsstelle.de

Grenzen überwinden – Zusammenarbeit von Ärztinnen/Ärzten und psychosozialen Beraterinnen bei pränataler Diagnostik – aus der Sicht einer Pränatalmedizinerin

Dr. Frauke Gerhardt⁷, Wedemark

1.) Perinatalzentrum oder Pränatalpraxis?

Innerhalb eines Perinatalzentrums, in dem verschiedene Professionen zusammenarbeiten, findet sich im Vergleich zur Pränatalpraxis eine günstigere organisatorische Struktur. Die Pränataldiagnostikerin kann in einem solchen Zentrum kurzfristig mit weiteren Fachkräften (z. B. Neonatologin, Kinderchirurgin, Humangenetikerin oder Sozialarbeiterin/Psychologin) zusammentreffen, um zusammen mit dem betroffenen Paar – ggf. auch mit einer Hebamme – über die vorhandenen pathologischen Befunde und deren Konsequenzen zu informieren und das weitere Procedere zu besprechen.

Die Betreuung in einer Pränatalpraxis ermöglicht zwar ebenfalls ein Konsilium dieser Art, jedoch mit einem längerfristigen zeitlichen Aufwand.

2.) Wird die Schwangere generell zu Fragen der Pränataldiagnostik beraten? Und wenn ja, von wem?

Eine Beratung der Schwangeren unter dem Stichwort Risikoberatung ist laut Mutterschaftsrichtlinien von der betreuenden Gynäkologin oder dem Gynäkologen durchzuführen. Dieser Punkt ist im aktuellen Mutterpass enthalten und muss nach durchgeführter Beratung der Schwangeren angekreuzt werden. Die Beratung beinhaltet ebenfalls die eventuelle Intervention einer pränataldiagnostischen Untersuchung bei Risikokonstellationen in der Schwangerschaft. Die Möglichkeiten der Pränataldiagnostik werden bei Bedarf besprochen.

Darüber hinaus wäre eine Beratung **vor** dem Einsatz der Pränataldiagnostik wünschenswert, um die schwangere Frau und ihre Familie darüber aufzuklären, was die Pränataldiagnostik möglicherweise für Konsequenzen hat, d. h. bei einem entsprechenden Befund. Der Frau sollte im Vorfeld die Möglichkeit eingeräumt werden, sich über die Auswirkungen einer pränatalen Untersuchung klar zu werden.

⁷ Frau Dr. Gerhardt ist niedergelassene Pränatalmedizinerin und hat bei der Tagung „Schwanger...und nun?“ des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit am 29.11.2006 in Hannover in einem Workshop als Referentin mitgewirkt.

Die Beratung einer Schwangeren in einer Beratungsstelle erfolgt nach § 219 Strafgesetzbuch bzw. nach den Vorschriften des Schwangerschaftskonfliktgesetzes und ist für die Schwangere unentgeltlich.

In Bezug auf die Möglichkeiten der Beratung der Frauen besteht derzeit die folgende Situation:

Einerseits suchen noch sehr wenige betroffene Frauen die Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen mit Fragestellungen im Kontext der pränatalen Diagnostik auf. Möglicherweise ist den Frauen dieses Beratungsangebot nicht bekannt. Andererseits ist in der gynäkologischen Praxis ohne zusätzliche Vergütung ein noch größeres zeitliches Kontingent für Beratung als bisher nicht leistbar.

Es liegt daher nahe, einen möglichen Beratungsbedarf durch die Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen aufzufangen. Dies bietet sich insbesondere vor dem Hintergrund an, dass sich die entsprechenden Beratungskräfte zunehmend zu Fragen der Pränataldiagnostik fortbilden und daher auch hervorragend qualifiziert sind.

Festzustellen ist aber auch: Immer mehr Schwangere lassen sich ausschließlich von Hebammen oder in der Kombination Hebamme/Gynäkologin betreuen. Die Erfahrung hat gezeigt, dass die Schwangere in einer Konfliktsituation im Rahmen ihrer Schwangerschaft neben Familie und/oder Freunden auch bei der Hebamme Rat sucht. Es wäre daher wünschenswert, wenn eine vermehrte Kommunikation zwischen Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen und Hebammen sowie Gynäkologinnen erfolgen würde. Eine Kooperation dieser Gruppen könnte möglicherweise eine zeitliche Entlastung zur Folge haben, mit dem Ziel einer maximal entspannten und reflektierten Schwangerschaft, auch im Umgang mit einer Frequentierung der Pränataldiagnostik und ihren Folgen.

Fazit

Nur durch interprofessionelle Zusammenarbeit ist eine umfassende und qualitativ hochwertige Beratung sicherzustellen. Denn Ärztinnen und Ärzte alleine können die psychosoziale Beratung, die vielfach nach einer pränatalen Diagnostik erforderlich ist, aus vielerlei Gründen nicht leisten. Andererseits gibt es eine ausreichende Anzahl an psychosozialen Beratungsstellen, die für eine derartige Beratung qualifiziertes Personal vorhalten.

Sicherlich, der erste Schritt zu einer Kooperation mit einer geeigneten Beratungsstelle ist nicht immer leicht, aber Ärztinnen und Ärzte sollten – schon im Interesse der betroffenen Frauen und Paare versuchen, bestehende Grenzen zwischen den unterschiedlichen Professionen zu überwinden und eine Zusammenarbeit anstreben.

Kontakt

Dr. med. Frauke Gerhardt

Flassworth 13 · 30900 Wedemark

Tel. 05130-37 37 30

E-Mail: info@dr-frauke-gerhardt.de

Qualitätsentwicklung durch Kooperationsförderung – Modellprojekt⁸ „Interprofessionelle Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik“

Ottomar Bahrs, Ulrike Schmidt & Martina Weiß⁹

Über die Notwendigkeit von Qualitätsentwicklung besteht weitgehend Einigkeit. Dies gilt auch für die Schwangerenvorsorge: Hier kommt neben der Optimierung verantwortlichen Handelns der Einzelakteure insbesondere der vermehrten Akzentuierung psychosozialer Aspekte sowie der Förderung von Abstimmungsprozessen und Kooperation höchste Bedeutung zu. Vor diesem Hintergrund wurde das Modellprojekt „Interprofessionelle Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik“ initiiert (vgl. auch Riehl-Emde et al.).

Qualitätszirkel sind in den 60er-Jahren als Verfahren interner Qualitätssicherung im industriellen Bereich entstanden und haben sich in je unterschiedlichen Ausprägungen u. a. in der Verwaltung, im Bildungswesen sowie im Sozial- und Gesundheitsbereich bewährt.

Erste Erfahrungen im Gesundheitsbereich wurden in der hausärztlichen Versorgung und in der Pflege gemacht. 1993 wurden Qualitätszirkel in der Qualitätssicherungsrichtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung verankert, und mittlerweile hat sich das Verfahren so etabliert, dass ca. 35-50 % der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte regelmäßig an Zirkeltreffen teilnehmen. Der themenbezogene Erfahrungsaustausch führte zunächst Einzelkämpfer gleicher Berufsgruppen zusammen, erwies sich aber schnell gerade an Schnittstellen der regionalen Versorgung als außerordentlich fruchtbar.

Ab Mitte der 90er-Jahre entstanden *interprofessionelle Qualitätszirkel*, unter anderem von Hausärzten und Pflegenden, in der psychosozialen Versorgung sowie in Gesundheitsförderung und Prävention (Überblick in Bahrs et al. 2001, BZgA 2005, Schnoor et al. 2006).

⁸ Kooperationsprojekt zwischen den Universitäten Heidelberg (Projektleiter: PD Dr. A. Riehl-Emde, Prof. Dr. M. Cierpka) und Göttingen (Projektleiter: Dr. O. Bahrs), gefördert durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

⁹ Frau Dr. Weiß und Herr Dr. Bahrs haben bei der Tagung „Schwanger...und nun?“ des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit am 29.11.2006 in Hannover in einem Workshop mitgewirkt. Näheres zu den Autorinnen und dem Autor erfahren Sie am Ende des Beitrages.

Im Folgenden sollen Prinzipien der Qualitätszirkelarbeit skizziert werden und an einem Beispiel aus dem Modellprojekt veranschaulicht werden. Eine detaillierte Darstellung folgt in BZgA 2007.

Was sind Interprofessionelle Qualitätszirkel?

„Interprofessionelle Qualitätszirkel in der Schwangerenvorsorge“ (IQZ) haben sich im Modellprojekt gebildet als freiwilliger Zusammenschluss von 10 bis 15 in der Schwangerenvorsorge Tätigen. Ziel war es, die eigene Arbeit mit Unterstützung einer Moderatorin/eines Moderators zu analysieren, sie bezüglich der Qualität zu bewerten und, falls erforderlich, gezielt zu verändern. Die Teilnehmenden waren pränataldiagnostische tätige Ärztinnen und Ärzte, psychosoziale Beraterinnen sowie andere an der Versorgung Beteiligte (bspw. Hebammen, Seelsorger, Kinderärzte). Moderiert wurden die Zirkel von einem gleichberechtigten Team, bestehend aus je einem Arzt/einer Ärztin und einem/einer Berater/in, die auf diese Weise Vorbildfunktion für die Kooperation übernahmen. Diese wurden in einem projektbegleitenden Lehrgang gezielt unterstützt. Die insgesamt sechs IQZ bildeten sich für einen Arbeitszyklus von ein- bis eineinhalb Jahren und trafen sich in vier- bis sechswöchigen Abständen, um themenzentriert das jeweilige berufliche Handeln zu diskutieren. Dies geschah in der Regel fallbezogen und gestützt auf objektivierbare Daten. Die Zirkelteilnehmenden brachten sich aufgrund ihrer Erfahrung als gleichrangige Experten in die Diskussion ein.

IQZ arbeiten nach dem Motto: „Jeder Einzelne weiß viel – doch gemeinsam wissen alle mehr.“ Die Vorgehensweise ist systematisch und zielbezogen. Gruppenbildung, Zielsetzung und Themenfindung folgen bestimmbar Kriterien; dem Erfahrungsaustausch liegen nachvollziehbar gewonnene Informationen zugrunde. Die Diskussion wird mit Unterstützung der Moderation strukturiert, die Ergebnisse werden in einem Protokoll zusammengefasst. Vereinbarungen über die Umsetzung der Ergebnisse werden getroffen und deren Realisierung von Zeit zu Zeit bei Bilanzierungstreffen kritisch bewertet. Grundlage der Arbeit im IQZ ist der *Qualitätskreislauf*, ein Prozess zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung (siehe Schaubild; ausführlich in BZgA 2005).

Kernelement der Arbeit im IQZ ist die fallbezogene Diskussion, in der die Problemaushandlung in Beratungssituationen – entlastet vom dort herrschenden Handlungsdruck – zum Thema gemacht wird. Dabei wird die Aufmerksamkeit bewusst auf *Handlungsroutinen* gelenkt, die im Alltag nicht (mehr) reflektiert werden. Der Lerneffekt beruht darauf, dass gut gelöste Situationen für die Teilnehmenden als Modell

fungieren können, umgekehrt aber auch bislang unbemerkte Schwierigkeiten deutlich werden, für die gemeinsam Lösungen erarbeitet werden.



Fallbezogene Arbeit nach dem QZ-Kreislauf

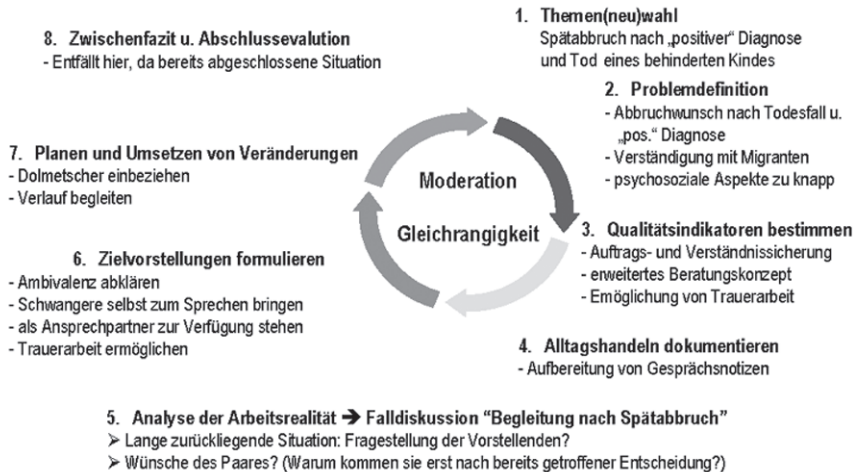


Schaubild: Fallbezogene Arbeit nach dem Qualitätszirkel-Kreislauf

Veranschaulichung

Eines der ersten Treffen eines Projektzirkels stand unter dem Thema „Beratungsumfang in der Frühschwangerschaft“. Eine psychosoziale Beraterin skizzierte in einem schriftlichen Protokoll eine etwa zwei Jahre zurückliegende Beratungssituation mit einem aus Kasachstan stammenden Paar. Die 39-jährige Frau und ihr Ehemann kamen drei Wochen, nachdem ihnen in der 20. Schwangerschaftswoche eine Fehlbildung (offener Rücken) des erwarteten Kindes mitgeteilt worden war. Ihr knapp einjähriges behindertes Kind war kürzlich verstorben, und vor diesem Hintergrund schien die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch bereits gefallen. Die Verständigung war schwierig, überwiegend führte der Ehemann das Wort.

Im IQZ warf die Beraterin die Frage auf, wie man dem Paar frühzeitiger hätte Hilfen anbieten können. Daraufhin wurden strukturelle Aspekte zum Thema erörtert und die Gruppe einigte sich schnell darauf, dass psychosoziale Aspekte bei jeder Beratung

frühzeitig mitbedacht und auf entsprechende Angebote aufmerksam gemacht werden sollten. Unter inhaltlichen Gesichtspunkten wurde für vergleichbare Fälle das Hinzuziehen eines Dolmetschers empfohlen und diskutiert, ob mit den Ratsuchenden auch getrennt Gespräche geführt werden sollten, um Raum für etwaige Ambivalenzen zu geben. Trauern sollte ermöglicht und ggf. Begleitung angeboten werden. Die lebhafteste Diskussion dauerte zweieinhalb Stunden – länger als erwartet, so dass eine weitere geplante Fallvorstellung verschoben wurde.

Die eigenen Handlungsroutrinen machte die Vorstellende nicht zum Thema. In der Diskussion wurden dennoch Alternativen diskutiert (z. B.: „Ich hätte zum Telefon gegriffen, um den Arzt zu fragen, wie hoch das Wiederholungsrisiko ist.“), außerdem wurde in der Moderatorenschulung die Frage aufgeworfen, warum die Beraterin – wie die Ratsuchenden selbst – eine offenbar bereits abgeschlossene Situation vorstellte.

Diese Beobachtung war im Frühstadium der Zirkelarbeit häufig zu machen. Dass der Gewinn der Fallarbeit auch darin besteht, dass sie zu konkreten und prüfbareren Handlungskonsequenzen führen kann, wurde mit zunehmender Erfahrung deutlich. Beraterinnen profitierten hier etwas weniger, vielleicht auch, weil sie ihre eigene Arbeit zunächst zurückhaltender präsentierten.

In der Falldiskussion wurde, je nach Problemlage, der Akzent auf den individuellen Arbeitsstil, den Beratungsinhalt, aber auch auf strukturelle Aspekte wie Kooperations- und Verweisungsstrukturen gelegt. Insgesamt wurden alltägliche Abstimmungs- und Entscheidungsprozesse simuliert, um sie unter Berücksichtigung der Perspektive unterschiedlicher Beteiligter zu optimieren. Deutlich wurde, wo frühzeitig Kooperationen hätten initiiert werden können, und wer mit welcher Kompetenz als Ansprechpartner zur Verfügung steht. Die Entwicklung der IQZ verlief, je nach Teilnehmendenzusammensetzung und regionalen Bedingungen, unterschiedlich.

Ausblick

IQZ sind ein wirksames Instrument zur Reflexion und Förderung der Qualität des Alltagshandelns. Sie eignen sich zur Verbesserung von Prozessqualität. In der Abschlussbefragung hoben die Teilnehmenden hervor, durch den IQZ Kooperations- und Ansprechpartner besser kennen und schätzen gelernt zu haben. Bei Beraterinnen hatte die Handlungssicherheit zugenommen, bei Ärztinnen und Ärzten Selbstreflexion und emotionale Entlastung. Beide Berufsgruppen haben jeweils in Bezug auf das profitiert, was die andere Profession anzubieten hatte. Regionale Versorgungsstrukturen konnten nur begrenzt verändert werden: Dahingehende Erwartungen, insbesondere bei Beraterinnen ausgeprägt, wurden nicht erfüllt. Dennoch entstanden über das Projektende

hinaus regionale Vernetzungen, die auf Strukturveränderung zielen, diese jedoch nicht aus eigener Kraft umsetzen können.

Thematische Entwicklung und praktische Kooperationsförderung folgen im IQZ über die Falldiskussionen vermittelt einem *gerichteten* Prozess. In der ersten Phase der Zirkelarbeit spielte die *Aufklärung* über bestehende Angebote eine große Rolle. Kooperationsprobleme resultierten auch daraus, dass Ansprechpartner nicht ausreichend bekannt oder nicht erreichbar waren. In der zweiten Phase traten *Einstellungen* in den Vordergrund: Kooperationsprobleme schienen in Vorbehalten gegenüber bestimmten Einrichtungen oder Personen begründet zu sein oder in der diffusen Angst, Kompetenzen abzugeben. In der letzten Phase zeigte sich, dass jede Beratung die Schwangere/das Paar als letzte Adressaten in Rechnung stellen muss: Ein bloßes Weiterleiten war oft nicht zielführend – damit die Vertrauensübertragung gelang, bedurfte es der persönlichen Gestaltung. Dies zeigt einen Weg auf für eine thematische Erweiterung der Qualitätszirkelarbeit: Pränataldiagnostik kann zur Schwangerenvorsorge werden, und alle an der regionalen Versorgung Beteiligten können ihren Beitrag zur Kooperationsförderung leisten. Wie in der Alltagspraxis sind in den Zirkeldiskussionen neben den *Risiken* auch die *Ressourcen* in den Vordergrund zu rücken, der professionell Handelnden wie der Ratsuchenden selbst.

Zu den Autorinnen und dem Autor:

Dr. disc. pol. Ottomar Bahrs, Medizinsoziologe, leitet den Arbeitsbereich „Qualitätsförderung in der ambulanten Versorgung“ der Abt. Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Universität Göttingen. Er ist einer der Projektleiter im Modellprojekt „Interprofessionelle Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik“ und initiierte weitere Projekte zur Qualitätsentwicklung, Kommunikationsförderung und Salutogenese. (obahrs@gwdg.de)

Ulrike Schmidt, M. A., Volkskundlerin, ist wissenschaftliche Mitarbeiterin der Abt. Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Universität Göttingen im o. g. Projekt. (uschmid6@gwdg.de)

Dr. med. Martina Weiß, ärztliche Psychotherapeutin und Leiterin des Beratungs- und Therapiezentrums Bödeckerstraße in Hannover, ist Geschäftsführerin des Vereins zur Psychosozialen Versorgung und im Vorstand der Gesellschaft zur Förderung Medizinischer Kommunikation e. V. Göttingen. Im genannten Modellprojekt leitete sie den Lehrgang zur Schulung und Begleitung der Qualitätszirkelmoderatorinnen und -moderatoren. (Martina.Weiß@btz-hannover.de)

Kontakt

Dr. Ottomar Bahrs

Abt. Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie

Universität Göttingen

Waldweg 37 · 37073 Göttingen

Tel.: 0551-39-8195

E-Mail: obahrs@gwdg.de

Literatur-Hinweise zum Weiterlesen

Bahrs O., Gerlach F.-M., Szecsenyi J., Andres E. (Hrsg.) (2001): Ärztliche Qualitätszirkel – Leitfaden für Praxis und Klinik. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag

Bahrs O., Heim S., Nave M. (2000): „Patientenzentriert und interdisziplinär – Der Interdisziplinäre Qualitätszirkel Göttingen zur Versorgung von Patienten mit psychosozialen Problemen“. Dr. med. Mabuse, 25, 128: 20–24

Bahrs O., Jung B., Nave M., Pohl D., Schmidt U. (2005): Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 26. Köln: BZgA

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2005): Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention – Handbuch für Moderatorinnen und Moderatoren. Köln: BZgA

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): (2007): Interprofessionelle Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik. Fachheftreihe „Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung“ (in Vorbereitung)

Riehl-Emde A., Kuhn R., Dewald A., Cierpka M.: „Interprofessionelle Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik“: Ein Modellprojekt verbessert die Versorgung. BZgA Forum Sexualaufklärung und Familienplanung (im Druck)

Schnoor H., Lange C., Mietens A. (2006): Qualitätszirkel – Theorie und Praxis der Problemlösung an Schulen. Paderborn: Ferdinand Schöningh

Kapitel 2

Minderjährige in der Schwangerschafts(konflikt)beratung

Einleitung

*Angelika Czipull*¹⁰, donum vitae Cloppenburg e. V.

Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatung sind sehr komplexe Arbeitsbereiche im Rahmen psychosozialer Beratungsfelder. Dies gilt in ganz besonderer Weise für die Beratung Minderjähriger. Tritt im jugendlichen Alter eine Schwangerschaft ein, sehen sich die betroffenen jungen Mädchen und sehr jungen Frauen einer völlig neuen und drängenden Bewältigungssituation gegenüber. Da die meisten Schwangerschaften zu diesem Zeitpunkt ungeplant sind, stehen die Jugendlichen plötzlich vor Lebensentscheidungs- und Biografieplanungssituationen, die nicht nur sie selbst, sondern auch das werdende Leben betreffen. Selbst noch ein halbes Kind, müssen sie die für sie richtige – und nicht widerrufbare – Entscheidung für ihr künftiges Leben treffen. Schon für erwachsene Frauen kann dies eine sehr schwierige und belastende Situation sein!

Zwar stellen Schwangerschaften bei Minderjährigen ein zahlenmäßig geringes Problem dar; individuell gesehen können sie jedoch zu gravierenden Problemen in der Entwicklung und für die Lebensperspektive der jungen Frauen (oder auch Paare) führen, wenn die gesellschaftliche Unterstützung für eine frühe Schwangerschaft fehlt.

Was wissen wir eigentlich über minderjährige Schwangere? Welche Anforderungen stellt die Beratung Minderjähriger an die Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatung? Der nachfolgende Beitrag von Frau Prof. Dr. Heike Fleßner führt umfassend in die Thematik ein und benennt Forderungen für eine erfolgreiche Umsetzung in die praktische Beratungsarbeit.

Den meisten Mädchen, die ungeplant schwanger werden, gehen viele Fragen und Gedanken durch den Kopf. Aus Angst trauen sie sich oftmals nicht, mit den Eltern über

¹⁰ Frau Czipull ist Beraterin bei donum vitae Cloppenburg und hat im Rahmen der Tagung „Schwanger...und nun?“ des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit am 29.11.2006 in Hannover einen Workshop moderiert.

ihre Situation zu sprechen. Für diese Mädchen ist es wichtig zu wissen: Auch Minderjährige haben einen gesetzlichen Anspruch auf Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatung; es gibt kein Mindestalter für die Beratung! Aufgrund ihrer Minderjährigkeit besteht aber bei ganz jungen Mädchen eine besondere rechtliche Situation. Fragestellungen wie: „Müssen Eltern von der Schwangerschaft ihrer minderjährigen Tochter informiert werden?“, oder „Wie ist die rechtliche Lage im Falle eines Schwangerschaftsabbruches?“, beantwortet Frau Susanne Passow von der Ärztekammer Niedersachsen mit ihrem Beitrag.

Wenn sich Minderjährige für das Austragen der Schwangerschaft entscheiden, stehen sie vor einer Vielzahl an großen Herausforderungen. Diese zu bewältigen, erfordert ein hohes Maß an Unterstützung und Begleitung. Wie kann eine solche Unterstützung gegeben werden, ohne zu bevormunden? Wie können die Ressourcen der Mädchen (oder der Paare) gestärkt und sie in ihrer Selbstständigkeit und Selbstverantwortung ermutigt werden? Welche Rolle das Jugendamt hierbei einnimmt und welche rechtlichen Grundlagen zu beachten sind, erläutert Herr Manfred Heyermeyer vom Fachdienst Jugendhilfe der Stadt Emden.

Eins steht fest: Minderjährige Schwangere und auch junge Mütter benötigen viel Mut und besonderen Zuspruch, um sich mit ihren Fragen und Problemen an die entsprechende Stellen zu wenden. Ihnen die größtmögliche Hilfestellung zu geben, muss Aufgabe aller Beteiligten sein.

Kontakt

donum vitae Beratungsstelle Cloppenburg
Frau Angelika Czipull
Museumstraße 8-10 · 49661 Cloppenburg
Tel.: 04471-882598
E-Mail: cloppenburg@donumvitae.org

Minderjährige Schwangere in der Beratung – Was soziologische und entwicklungspsychologische Erkenntnisse für die Beratungspraxis bedeuten

Prof. Dr. Heike Fleßner¹¹, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Vorbemerkung

„Mein Freund Dany und ich, wir hatten es schon drauf ankommen lassen. Als ich auf das Kind meiner Cousine aufgepasst hab, dachte ich manchmal so: Das wäre doch auch schön für uns, so ein süßes Baby. Irgendwie merkte ich dann, dass etwas mit mir nicht stimmt. Ich fragte mich: Bin ich nun krank, hab ich so'ne Launephase oder bin ich schwanger? Also gingen Dany und ich zum Gynäkologen. Der sagte nach der Untersuchung nur: Sie sind schwanger. Wollen Sie es behalten oder wollen Sie es abtreiben? Ich raus zu Dany, ich ließ ihn raten, was los ist. Er: du bist! – Ja, Dany. – Erst setzte er ein Kummergesicht auf, von wegen: Oje, ich werd Vater, dann das breite Grinsen, in der Art: Ich bin zwar erst 18, aber ich werde Papa.

Danach hab ich meine Eltern angerufen. Ich bin schwanger, ich krieg'n Kind. Meine Mutter hat nur gemeckert von wegen: Du bist doch viel zu jung. Das wirst du sowieso nicht schaffen. So in dem Sinn: Treib ab! Das ist das Beste. Doch nicht mit so ,nem Kerl. Kiek den doch mal an! Der ist doch noch ein halbes Kind. Mein Vater immerhin – das hätte ich ihm nicht zugetraut – hat eher so reagiert: Ich kann nicht zu dir sagen: „Treib ab!“ und auch nicht: „Behalt es!“ Es ist deine Entscheidung.

Jedenfalls bin ich dann zur Schwangerenberatung gegangen. Die haben mir Vor- und Nachteile gesagt. Ich hätte am nächsten Tag um 12 Uhr abtreiben können. Das war ein Donnerstag. Als ich von der Beratung nach Hause kam, hab ich mich heftig mit meinem Freund angelegt. Weil er meinte: du bist ja bescheuert, wenn du abtreibst; das ist auch mein Kind. Und ehrlich: Du willst nicht für dich abtreiben, sondern damit deine Eltern zufrieden mit dir sind. Ich hab angefangen zu heulen, bin barfuss raus auf die Straße gerannt, es hat geregnet. Er natürlich hinterher. Ich hab dann die ganze Nacht wach gelegen. Früh um neun hab ich ihn geweckt: Du, Dany, ich behalt unser Kind.“

So beginnt ein mehrseitiger Artikel in der Monatszeitschrift *Chrismon* vom Juli 2005.¹² Ein Artikel aus einer großen Zahl, mit denen in den vergangenen Jahren das Thema

¹¹ Frau Dr. Fleßner hat diesen Beitrag auf der Tagung „Schwanger ... und nun?“ des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit am 29.11.2206 in Hannover vorgetragen.

¹² Hedwig Gafga (2005): Vater, Mutter, Kind. In: *chrismon*, Nr. 7, S.13ff.

Teenagerschwangerschaften in Deutschland öffentlich verhandelt worden ist. Hedwig Gafgas Text ist getragen von Sympathie und Bewunderung für die jetzt 18jährige Sunny, die es mit Dany, ihrem Freund und Vater ihres Kindes schaffen will, trotz schwieriger Ausgangsbedingungen ein gelingendes Leben mit der gemeinsamen Tochter Haily aufzubauen. Zugleich ist die Fragilität dieses Wunsches durch den gesamten Text zu spüren.

1. Einleitung: Was wissen wir über minderjährige Schwangere?

Die seit einigen Jahren beobachtbare mediale Aufmerksamkeit für das Thema „Schwangerschaften jugendlicher Mütter“ bewegt sich zwischen den Polen „Normalisierung“ – etwa der eben zitierte Artikel – und „Dramatisierung“. Zur Dramatisierung tragen Meldungen und Überzeugungen bei, die suggerieren, es gebe gegenwärtig ein wachsendes Problem: Deutschlands Jugend habe immer früher Sex; das führe zu immer mehr jugendlichen Schwangeren und immer mehr Abtreibungen. Das trifft in dieser Verkürzung nicht zu. Richtig ist vielmehr:

1. Durchschnittlich hat heute jede/r dritte Jugendliche (bei den Mädchen 35%, bei den Jungen 31%) im Alter zwischen 14 und 17 Jahren Geschlechtsverkehr gehabt; bei den unter 14jährigen sind es 10 %, bei den 17 Jährigen etwa 60%. Aber: War bis in die 90er Jahre noch ein Sinken der Altersgrenze zu konstatieren, so sind seit 2001 die Durchschnittswerte als stabil zu kennzeichnen.¹³

2. Die Anzahl von Schwangerschaften Minderjähriger ist in Deutschland zwischen 1996 und 2001 moderat gestiegen und seither auf niedrigem Niveau verblieben, so die zusammenfassende Formulierung des aktuellen Entwicklungsstandes.¹⁴ Derzeit werden jährlich 8 bis 9 von 1.000 Frauen im Alter von 15-17Jahren schwanger. Etwa 5 von ihnen entscheiden sich für einen Abbruch.¹⁵ Mit Blick auf die westlichen Industriestaaten liegt Deutschland zusammen mit den skandinavischen und den Benelux-Ländern am unteren Ende der Skala minderjähriger Schwangerschaften. Und: In den 80er Jahren lag die Zahl der Schwangerschaften bei minderjährigen Frauen höher als heute.¹⁶

¹³ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2001): Jugendsexualität. Wiederholungsbefragung von 14-17jährigen und ihren Eltern. Ergebnisse der Repräsentativbefragung von 2001. Köln.

¹⁴ Daten aus: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2006): Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen. Erste Ergebnisse einer Studie des Bundesverbandes der pro familia, gefördert durch die BZgA. Forschungsbericht. Köln 2006, S.1.

¹⁵ Für den Zeitraum von April bis Juni 2006 verzeichnet das Statistische Bundesamt bei den unter 18jährigen Frauen sogar 13 % weniger Abtreibungen als im Vergleichsraum des Vorjahres. Siehe zweiwochen dienst (2006), Nr. VI, S. 235.

¹⁶ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2006), S.1

3. Das Verhütungsverhalten ist bei der großen Mehrheit der jungen Deutschen – auch im internationalen Vergleich – auf hohem Niveau ausgeprägt. Es verbessert sich weiter mit zunehmenden Geschlechtsverkehrserfahrungen. Am unsichersten ist Verhütung, a) je jünger insbesondere die Mädchen sind, b) wenn der Geschlechtsverkehr beim ersten Mal überraschend (und häufig unter Einfluss von Alkohol) zustande kam und wenn c) der Partner noch wenig bekannt war. Hinzu kommt aber auch fehlerhaftes Anwendungs- und Erfahrungswissen v.a. über Kondom und Pille, so eine wichtige und Sorgen bereitende Erkenntnis aus der aktuellen Pro Familia-Studie über Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen.

In das Reden und Schreiben über minderjährige schwangere Frauen schleicht sich häufig – ausgesprochen oder unausgesprochen, gewollt ebenso wie ungewollt – folgende Vermutung ein: Insbesondere junge Frauen mit fehlender sozialer Perspektive suchten – so wird z.B. formuliert - den Ausweg in die Schwangerschaft, um eine sozial akzeptierte Rolle zu erlangen und eine anerkannte Sinnperspektive für ihr Leben zu realisieren. Gelegentlich wird dem noch hinzugefügt, dass die staatlichen Transferleistungen dabei eine finanzielle Verlockung darstellten. Hierzu ist zu sagen, dass es für diesen eher schlicht formulierten eindimensionalen Ursache-Wirkungszusammenhang keine empirischen Nachweise gibt. Wohl aber macht die bereits erwähnte Pro Familia-Studie von 2006 folgendes deutlich: Frühe Schwangerschaften sind in den Kontext sozialer Schichtzugehörigkeit einzuordnen: „Das Risiko, schwanger zu werden“, so der kürzlich veröffentlichte Forschungsbericht, liegt „bei einer Hauptschülerin (...) etwa fünfmal so hoch wie bei einer Gymnasiastin“¹⁷. „Sozial benachteiligte Teenager werden besonders häufig schwanger und wenn sie schwanger werden, werden sie besonders häufig Mutter“. Dabei wird von den Forschenden richtigerweise einschränkend darauf hingewiesen, dass die zitierte Untersuchung das Ausmaß des Zusammenhangs überschätzen könnte, da die in die Untersuchung einbezogenen Pro Familia-Beratungsstellen insbesondere Frauen der unteren Bildungsschichten ansprechen.¹⁸ Andere Untersuchungen stützen dieses Ergebnis jedoch weitgehend.¹⁹ Das sagt aber noch nichts aus über die Motive junger Frauen (und Männer), die Schwangerschaft auszutragen. Weiter zu untersuchen wäre

¹⁷ Ebd., S.3

¹⁸ z.B. Monika Friedrich/Annette Remberg (2005): Wenn Teenager Eltern werden. Eine qualitative Studie im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln. Die Autorinnen schließen aus ihren Daten, dass frühe Schwangerschaften in allen Schichten vorkommen. Unter den 47 Befragten sind 19 junge Frauen mit (zumeist) angestrebtem Gymnasial- bzw. Realschulabschluss. Das Sample zeigt aber zugleich die starke Korrelation mit Hauptschulbesuch bzw. -Abschluss (28 Befragte). (a.a.O., S. 368ff.).

¹⁹ Vgl. das Bremer Forschungsprojekt MOSAIK. Erste Ergebnisse in: Barbara Thiessen/ Eva Anslinger (2004): „Also für mich hat sich einiges verändert...eigentlich mein ganzes Leben.“ Alltag und Perspektiven junger Mütter. In: BZgA FORUM, Nr. 4, S.22-26.

etwa die Vermutung, die von einer Bremer Forschungsgruppe formuliert wird: „Die Entscheidung für eine frühe Mutterschaft ist meist weniger Ursache, sondern vielmehr Folge enormer psychosozialer Probleme“.²⁰

Moralische Aufladungen und Urteile sind angesichts schwieriger Lebensumstände und dürrtiger Zukunftsperspektiven vieler junger schwangerer Frauen fehl am Platze. In diese Richtung geht auch der Kommentar des Leiters des Pro Familia-Forschungsprojektes Gunter Schmidt, Sexualwissenschaftler an der Universität Hamburg: „Wenn Jugendliche sexuell aktiv werden, wird es immer auch ungewollte Schwangerschaften geben – wie bei Erwachsenen auch. Wir müssen anerkennen, dass es ein Restrisiko gibt und sollten vermeiden, in einem diskriminierenden Unterton über jugendliche Schwangere und deren Partner zu sprechen. Gleichzeitig muss geklärt werden, was vermeidbar ist und wie der Zugang aller Jugendlichen zu Informationen sichergestellt werden kann.“²¹ Ich füge hinzu – und leite damit über zum Hauptteil meines Referates: Es muss außerdem geklärt werden, wie jungen schwanger gewordenen Frauen zukunftsfähige Perspektiven der Bildung und Ausbildung eröffnet werden können, die es ihnen ermöglichen, sich - *falls bzw. wenn* sie sich für die Mutterschaft entscheiden – einen stabilen Weg in die eigenständige Lebensführung aufzubauen. Dieser Prozess bedarf größter sozial- und familienpolitischer Aufmerksamkeit, damit adoleszente junge Frauen ihren Kindern verlässliche und unterstützende Mütter werden und sein können, sich selbst zu erwachsenen Persönlichkeiten weiterentwickeln können, tragfähige Zukunftsperspektiven aufbauen können und auf ihrem Weg nicht in Armut geraten müssen.

2. Minderjährige Schwangere in der Beratung

2.1 Zur individuellen und sozialen Lage minderjährige Schwangerer

Minderjährige schwangere Frauen sind junge Frauen, die sich mitten in der Adoleszenz befinden, einer Entwicklungsphase, die durch bedeutsame Veränderungen gekennzeichnet ist. Die körperliche Umgestaltung, die sexuellen Reifungsprozesse, die körperlichen Möglichkeiten zu genitaler Sexualität und dazu, Kinder zeugen und gebären zu können, sind der Auslöser für die typischen psychischen und sozialen Entwicklungen während der Adoleszenz, also für die Ausgestaltung der geschlechtlichen Identität, für die Modifizierung des Verhältnisses zu den Eltern und die von ihnen abgegrenzte Gestaltung eigener Liebes- und Arbeitsbeziehungen sowie für die Herausbildung eigener

²⁰ Thiessen/Anslinger, S. 23.

²¹ Presseerklärung BZgA v. 26.9.2006.

Vorstellungen von Leben und Zukunft in sozialer Verbundenheit mit anderen und deren Einübung in Peer Groups.²² Die Adoleszenz ist eine Zeit tiefer psychischer Verunsicherung und ambivalenter Gefühle – in allen Schichten der Bevölkerung. Gesellschaftlich heute für Mädchen prinzipiell gegebene Möglichkeiten der Lebensgestaltung sind zugleich gekennzeichnet durch sehr unterschiedliche soziale Realisierungschancen, durch nach wie vor bestehende traditionelle Anforderungen an Geschlechterrollen (etwa bereits als junges Mädchen Beruf und Familie perspektivisch als Doppelaufgabe wahrzunehmen) und durch eine gesellschaftlich bis heute tief verankerte Geschlechterhierarchie, die einerseits an der Oberfläche inzwischen durch den Diskurs der Geschlechtergleichheit eher überdeckt ist, andererseits bei vielen jungen Frauen untergründig und vor allem innerpsychisch in Dynamiken der Abwertung von Autonomie und eigenen Wünschen für die Lebensgestaltung immer noch wirksam ist.²³

In diesen krisenhaften persönlichen Entwicklungsprozess hinein bringt die Schwangerschaft für die junge Frau eine zutiefst einschneidende existentielle Veränderung, zurücknehmbar nur durch den Schwangerschaftsabbruch. In den seltensten Fällen ist die Schwangerschaft geplant; es muss sich also, nachdem das Faktum geschaffen ist, für oder gegen sie entschieden werden. Wir wissen dazu heute folgendes: Von den 1800 im Rahmen der Pro Familia-Studie kürzlich befragten jungen Frauen suchten 54% eine §219-Beratung vor der 13. Woche auf. Bei ihnen gingen die Forscherinnen von einem wahrscheinlichen Schwangerschaftsabbruch aus. 33% suchten eine allgemeine Schwangerschaftsberatung auf; bei ihnen war das Austragen des Kindes wahrscheinlich. Darunter waren 22%, die sich bereits für das Austragen entscheiden hatten. Etwa 10% der minderjährigen Frauen stellten ihre Schwangerschaft erst nach der 22. Woche fest; sie konnten sich also nicht mehr für den Abbruch entscheiden. Etwa die Hälfte der jungen Frauen entschied sich also vermutlich für, die Hälfte gegen den Abbruch; dies entspricht etwa den bislang dazu vorhandenen Daten.

Je niedriger der ökonomische und soziale Status von Herkunftsfamilie und Schwangerer sowie ihres Partners, desto eher die Tendenz zum Austragen des Kindes, so die Untersuchung. Dies könnte darauf hindeuten, dass mehrheitlich aus prekären Familienverhältnissen heraus in die eigene prekäre Familiengründung hineingegangen wird, und zwar in einer biographisch unabgeschlossenen, von starken sozialen und

²² Karin Flaake/ Vera King (Hrsg.) (2003): Weibliche Adoleszenz. Zur Sozialisation junger Frauen. Weinheim.

²³ Karin Flaake (1998): Weibliche Adoleszenz – neue Möglichkeiten, alte Fallen? Widersprüche und Ambivalenzen in der Lebenssituation und den Orientierungen junger Frauen. In: Birgit Geissler/Mechthild Oechsle (Hrsg.): Die ungleiche Gleichheit. Junge Frauen und der Wandel im Geschlechterverhältnis. Opladen, S. 46.

emotionalen Ambivalenzen gekennzeichneten, ökonomisch in der Regel durch elterliche Abhängigkeit gekennzeichneten Lebensphase.

Das sich hier andeutende düstere Szenario wird in der sehr differenzierten qualitativ orientierten Studie von Monika Friedrich und Annette Remberg von 2005 deutlich aufgehehlt: Ohne die Studie im Detail nachzeichnen zu können, hier einige resümierende Erkenntnisse²⁴: Einem „überraschend großen Teil der jugendlichen Mütter und Paare“, so die Autorinnen, gelingt es, „einzelne Aspekte ihres Lebens für sich und ihre Kinder positiv zu gestalten“. „Viele der jungen Frauen wachsen in ihre Aufgaben als Mutter hinein und reifen an ihnen.“ Hervorgehoben werden: ein stark ausgeprägtes Verantwortungsgefühl gegenüber den Kindern, erstaunliches Organisationsgeschick bei der Vereinbarung von Kindererziehung und eigener Ausbildung, gelingende Versuche, die Paarbeziehung und die Beziehung zur Herkunftsfamilie positiv und selbstbestimmt zu gestalten. Zugleich betonen die Forscherinnen aber auch - und untermauern dies im Rahmen ihrer Untersuchung detailliert -, dass mit der Summe dieser alltäglich zu leistenden Anforderungen eine Vielzahl an *Überforderungen* einhergeht, die einen erheblichen Bedarf an institutioneller Unterstützung, Beratung und Betreuung signalisieren. Die Ursachen liegen zum einen in individuellen Faktoren, etwa dem Fehlen von Fähigkeiten und Fertigkeiten für die angemessene Alltagsbewältigung, in altersbedingten Entwicklungs- und Ausbildungsrückständen oder in seelischer Instabilität. Zum anderen sind dafür gesellschafts- und sozialpolitische Faktoren bedeutsam: Mangel an Ausbildungs- und Kinderbetreuungsplätzen, Leben an oder unter der Armutsgrenze, Schwierigkeiten bei der Erlangung staatlicher Transferleistungen und nicht zuletzt unzureichende Informationen über Beratungs- und Betreuungsangebote.

2.2 Beratung in der Adoleszenz

Beratung und Betreuung sind also dringend geboten – ob und in welcher Qualität die dafür nötigen öffentlichen Angebote vorhanden sind, sei hier zunächst dahin gestellt. Wichtiger ist: Der Beratungs- und Betreuungsbedarf trifft in eine lebensgeschichtliche Phase, in der Skepsis oder gar Ablehnung gegenüber Beratung – die institutionell immer die Beratung durch Erwachsene ist – durchaus üblich sind, insbesondere bei Jugendlichen aus sozial belasteten Milieus. Hilflosigkeit und Unwissenheit werden nicht gerne zugegeben. Zugleich ist das allgemeine Wissen über Beratungsangebote häufig nicht sehr entwickelt und in ländlichen Regionen sind Beratungsangebote – etwa für

²⁴ Siehe Friedrich/ Remberg, S. 353f.

schwangere junge Frauen - weniger verbreitet und häufig auch weniger bekannt als in Städten. Beratungsangebote sind zudem meist mit einer Komm-Struktur verbunden. Die setzt voraus, dass Jugendliche sich dazu entschließen müssen, sie aufzusuchen. Nach einer Berliner Untersuchung von 1993 kamen 90% der Jugendlichen, die eine Jugendberatung aufsuchten, mit Problemen aus dem Themenbereich Bildung/ Ausbildung/ Beruf, also mit existentiellen Zukunftsfragen.²⁵ Um eine noch existentiellere Zukunftsfrage geht es bei der frühen Schwangerschaft, so dass bei diesen jungen Frauen eine besondere Beratungsbereitschaft vermutet werden kann, abgesehen davon, dass, wenn an einen Abbruch gedacht wird, Beratung ohnehin ein Muss ist. Tatsächlich wird die Bereitschaft zur Beratung auf Seiten der jungen Frauen in einer empirischen Studie über professionelle Hilfen für minderjährige Schwangere im Lande Sachsen weitestgehend bestätigt. Danach stellt die Motivation zur Beratung für junge Frauen, die sich in dieser Situation befinden, kein größeres Problem dar, es sei denn, die Schwangerschaft wird vor den Eltern oder nahe stehenden Personen verheimlicht oder sie wird verdrängt.²⁶

Die in Sachsen befragten Beratungsstellen machten dabei überwiegend die Erfahrung, dass die jungen Frauen aus eigener Initiative und mehrheitlich vor der 20. Schwangerschaftswoche kommen. Informationen über Beratungsstellen hatten sie vor allem von GynäkologInnen, aber auch durch die Schule/ den Ausbildungsplatz, durch Familie/ Freunde/ Bekannte und immerhin auch durch Printmedien und Telefonbücher bekommen.²⁷

Sowohl die Aussagen von Beratungsstellen als auch Aussagen junger schwangerer Mütter weisen darauf hin, dass die Beratung ein genutztes Angebot ist, häufig sogar ein mehrfach genutztes.²⁸ Dabei scheint es – neben der § 219-Beratung – vorrangig um finanzielle Hilfen zu gehen. Aus der Perspektive der jungen Frauen werden – so die Untersuchung von Friedrich und Remberg – die Schwangerenberatungsstellen meist mit den Hauptfunktionen „präinatale Beratung und Betreuung“ in Verbindung gebracht und hier vor allem mit dem Schwerpunkt „wirtschaftliche Hilfen“. Junge Frauen, die anderswo – etwa in Einrichtungen der Jugendhilfe – in diesen Fragen Unterstützung fanden, wandten sich keiner anderen Beratungsinstanz zu. Wieder andere griffen – nach Klärung der wirtschaftlichen Fragen in der Beratungsstelle – auf die Eltern zurück oder schätzten sich

²⁵ von der Haar 2004, S. 6.

²⁶ Monika Häußler-Sczegan/Sabine Wienholz/Marion Michel (2005): Teenager-Schwangerschaften in Sachsen. Eine Studie im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln, S. 57.

²⁷ ebd., S. 137.

²⁸ ebd., S.70f; Friedrich/Remberg, S. 256ff.

als kompetent genug ein, ihre Probleme nun selbst zu lösen. So wird verstehbar, dass der Kontakt zu einer Beratungsstelle nach der Geburt des Kindes eher selten aufrechterhalten wurde. In einer Gruppe aus der Studie von Friedrich und Remberg, die dies dennoch tat, kamen verschiedene Selbsthilfe-Aktionen zustande, also sehr „erwachsene“ Aktivitäten. Dass die Schwangerschaftsberatungsstellen auch ein postnatales Beratungsangebot bereithalten, war bei den jungen Müttern und Vätern wenig bekannt. Zudem gab es bei den Befragten überwiegend die Einschätzung, man schaffe es jetzt selber und werde nur dann, wenn dies einmal nötig sei, auf institutionelle Beratung zurückgreifen.

An diesem Punkt arbeitet die Untersuchung von Friedrich und Remberg einen eklatanten Widerspruch heraus: Die jungen Mütter und Eltern schätzen sich *nach* der Geburt des Kindes überwiegend als kompetent genug ein, mit ihren schwierigen Lebensumständen klarzukommen; die Wissenschaftlerinnen erkennen jedoch erheblichen Betreuungs- und Beratungsbedarf, diagnostizieren deutliche Überforderungslagen. Vielleicht kommt hier die unterschiedliche Generationenperspektive zum Ausdruck: die jungen Mütter und ihre Partner in der Rolle der um Abgrenzung von den besser wissenden Erwachsenen ringenden Adoleszenten, die Wissenschaftlerinnen quasi in der Rolle der fürsorgenden Mütter. Andererseits wird aber der Bedarf klar erkennbar, diese „Beratungslücke“ vor allem für die jungen Mütter – gleich, ob alleinlebend oder mit Partner – durch sicher geknüpfte Vernetzungen zukunftsbezogener Unterstützungsangebote zu schließen - insbesondere bezogen auf Ausbildung, Kinderbetreuung und Elternberatung.

3. Anforderungen an Beraterinnen junger Frauen in der Schwangerschaftskonfliktberatung und in der Schwangerenberatung

3.1 Anerkennung der Dynamik der Lebensphase der Adoleszenz - Konfliktebenen

Die frühe Schwangerschaft aktualisiert zentrale Konflikte der Adoleszenz auf drastische Weise: Auseinandersetzung mit und Loslösung von den Eltern, Ideen über die eigene Zukunft, das Verhältnis zum anderen Geschlecht, die Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper, die soziale Geschlechterrolle.

Bereits die erste entscheidende Frage „Schwangerschaftsabbruch ja oder nein“ thematisiert grundlegend die Beziehung zwischen der jungen Frau und ihren Eltern. Ob Eltern aus Sicht der Schwangeren von der Schwangerschaft überhaupt erfahren sollen oder nicht, ob von Seiten der Eltern möglicherweise Druck pro Abbruch oder Austragen der Schwangerschaft ausgeübt wird, ob sie der Tochter unterstützend oder ablehnend

begegnen, ob die Tochter ihre Eltern als Bezugspersonen überhaupt akzeptiert – das sind entscheidende Ausgangsbedingungen für den gesamten Klärungsprozess. Beraterinnen sollten über diese Ausgangsbedingungen möglichst genaue Kenntnisse erlangen, damit alle Optionen des Entscheidungsprozesses der jungen Frau freimütig in ihrem Interesse ausgelotet werden können.

Entscheidet sich die junge Frau für den Abbruch – immerhin mehr als die Hälfte der adoleszenten Schwangeren tun dies – , so ist damit nicht einfach ein Problem gelöst. Vielmehr ist eine bewusste Bearbeitung der Erfahrung des Abbruchs anzustreben. Hier kommt den Beraterinnen eine wichtige initiiierende Aufgabe zu.

Entscheidet die junge Frau sich für das Kind, dann entsteht das Problem, dass dadurch, dass die Geburt des Kindes Entscheidungen und Klärungen über die Zukunft seiner Familie (mindestens der minderjährigen Mutter und ihres Kindes) erforderlich macht, latente bzw. manifeste Adoleszenzkonflikte in den Hintergrund gedrängt und verdeckt werden. Die Beratung sollte hier aktiv entgegenwirken, indem die Themen der Adoleszenz neben den Themen wirtschaftlicher Hilfen einen zentralen Stellenwert erhalten und möglichst produktiv bearbeitet werden. Dabei kann die Schwangerschaftsberatung an ihre Grenzen stoßen; bereits hier sei deshalb auf die Notwendigkeit hingewiesen, Beratungs- und Hilfeangebote aus verschiedenen Perspektiven (z.B. Schwangerenberatung, therapeutische Beratung, Jugendhilfeberatung, Bildungsberatung, Berufsberatung) zu vernetzen.

An drei Beispielen soll die Konflikthaftigkeit der Situation der adoleszenten Schwangeren konkretisiert werden.

Beispiel 1: Die frühe Mutterschaft kann die *Loslösung aus dem Elternhaus* durch den Auszug befördern; sie kann aber auch insbesondere über die Frage der Kinderbetreuung des Neugeborenen eine höchst konflikthafte *Bindung Großmutter - junge Mutter - Kind* hervorbringen. So beschreibt etwa eine junge Frau:

„Ja. Meine Eltern sind sehr großzügig, die nehmen den Kleinen sehr oft, die möchten den auch gern nehmen. Also die nehmen ihn im Moment fast jedes Wochenende. Ja, das ist für mich, also ich für mich – find ich’s selber gut. Dann kann ich mich am Wochenende auch mal ausspannen und dann für die nächste Woche gut vorbereiten. Aber wir hatten jetzt so’ n Hilfeplangespräch und da war das Gespräch auch: Meine Eltern nehmen mir zu viel ab, auch andre Dinge. die nehmen mir sehr viel ab, also Brief und Gelder oder was von Ämtern kommt, also wir machen das zusammen immer...Und ähm, die vom Jugendamt meinten dann halt, das ist ’n bisschen zu viel. Also mein Vormund

jetzt, und meine Therapeutin war auch dabei und dann noch `ne Frau vom Jugendamt. Ja, und die meinten, das wär zu viel, ich sollte, - sonst würd ich nicht selbständig. Ja wir hatten das eigentlich beschlossen, dass meine Eltern den Kleinen weniger bekommen und ich auch mal weiß wie das ist...weil ich kenne das nicht, meine Mutter hat mir das Kleine sehr oft abgenommen“²⁹.

Hier wird eine problematische Entwicklung auf der *sozialen Beziehungsebene* wahrgenommen und bearbeitet.

In dem folgenden Zitat, einer Zusammenfassung klinischer Beobachtungen, wird eine *innerpsychische konflikthafte Dynamik* von Großmutter-Mutter-Kind-Beziehungen veranschaulicht³⁰: *„Diejenigen unter den adolescenten Müttern, die nach der Geburt ihre Babys von ihrer eigenen Mutter oder einer Mutterersatzperson vorübergehend wie ein krankes und unmündiges Kind versorgt worden waren (durch diese seelische Nachbetreuung aber auch gleichzeitig in die Lage versetzt wurden, einen Beruf zu erlernen), schauten ihrer Mutter beim Wickeln dieses Babys zu, als handle es sich nicht um ihr eigenes Kind, sondern um ein jüngeres Geschwister, dessen Erzeuger von der Bildfläche verschwunden war – so als hätte es ihn nie gegeben. Damit war eine Konstellation geschaffen, die verblüffend konkret die Phantasien dieser Mütter aus ihrer Kleinkinderzeit, in der sie sich gewünscht hatten, ein Baby zu haben wie ihre Mutter, abbildete – als handle es sich um ein nachgestelltes, aus der Verdrängung zurückgeholtes altes Bild. Das Kind der Adolescentin in seiner Wiedergutmachungsfunktion und als Lückenfüller zwischen Mutter und Tochter gewährleistete das statische Element dieses Bildes. Die adolescente Tochttermutter erhielt über viele Jahre ihren Adolescentenstatus gegenüber Mutter und Kind aufrecht – ohne zu einer mütterlichen Identität finden zu können – und eingeschränkt in ihrem Vermögen, beide als separate Objekte wahrnehmen zu können.“*

Beide Zitate machen auf folgendes aufmerksam: Es gilt in der Beratung, eine Klärung der Beziehung insbesondere zwischen Mutter und Tochter anzubahnen, um mögliche bereits bestehende oder latent angelegte Verstrickungen in Abhängigkeitskonstellationen erkennbar und bearbeitbar zu machen.

Beispiel 2: Als Beispiel für eine weitere Konfliktebene sei die widersprüchliche Bedeutung der *Sexualität* für die jungen Frauen betrachtet. Die Schwangerschaft zeigt eindeutig,

²⁹ Friedrich/Remberg, S. 150.

³⁰ Maria Berger (1989): Zur Bedeutung des Anna-selbdritt-Motiv“ für die Beziehung der Frau zum eigenen Körper und zu ihrem Kind. In: Matthias Hirsch (Hrsg.): Der eigenen Körper als Objekt: Zur Psychodynamik selbstdestruktiven Körperagierens. Berlin/New York, S. 269.

das sexuelle Aktivität stattgefunden hat. Zumeist aber ist sexuelle Aktivität in diesem Lebensabschnitt in der entwickelten Form des Geschlechtsverkehrs keineswegs in das Leben der Jugendlichen integriert. Sie stehen erst am Anfang der Herausbildung einer sexuellen Identität. Dieser Prozess, der sich heute für junge Frauen zumeist sehr stark mit dem Leitbild von Autonomie und Selbstbestimmung verbindet, ist nun aber frühzeitig belastet durch eine Schwangerschaft, die eben nicht autonomer Entscheidung entsprungen ist, sondern in der Regel ungeplant war. Die Schwangerschaft kann also in diesem Sinne auch als Hinweis auf ein Versagen gedeutet werden, eine nicht hintergehbare negative Kommentierung sexuellen Aktivseins. In der Gruppe der von Friedrich und Remberg befragten jungen Frauen war für die wenigsten Sexualität „etwas Normales in ihrem Leben und etwas Selbstverständliches in Beziehungen zu Jungen“.³¹ Weit mehr von ihnen hatten eine mit Scham verbundene Einstellung zur Sexualität und lehnten Sexualität ab. Darin kommt - so die Forscherinnen – die soziale Verurteilung durch das Umfeld zum Ausdruck, aber auch eine starke Selbstabwertung und Gefühle der Minderwertigkeit auf Seiten der Mädchen, Gefühle, in denen sich auch negative sexuellen Erfahrungen widerspiegeln. Zudem führte die Schwangerschaft häufig nicht zu einer Beziehung von längerer Dauer mit dem Vater des Kindes, eine Erfahrung, die vermutlich als tiefe Kränkung erfahren wurde. Der Weg zur Entwicklung einer autonomen Sexualität ist also unterbrochen und durch vielfache negative Erfahrungen belastet. Über Sexualität zu sprechen kann angesichts dessen für schwangere junge Frauen geradezu zum Tabu werden. Insbesondere in die Schwangerenberatung gehört gerade deshalb das Angebot an die junge Frau, über Sexualität zu sprechen, über ihre ambivalenten Erfahrungen, über gute und schlechte Gefühle, über Wünsche und Perspektiven. Ob und wann sexuelle Aktivitäten nach der Geburt des Kindes wieder aufgenommen werden, scheint sehr unterschiedlich zu sein.

Diese Phase ist zudem oft überschattet durch erneute negative Erfahrungen auf der Suche nach einem vertrauenswürdigen Partner: *„...Und das ich alleine bin, immer an die falschen Männer gerate. Das sind so Sachen, die mich im Moment so belasten“*, sagt eine junge Mutter. Für diese weiblichen Adoleszenten ist der Wunsch nach positiv erlebter Sexualität – also der Aufbau einer befriedigenden sexuellen Identität - immer auch verbunden mit dem Wunsch „zusammenzupassen“, mit der Suche nach einer festen Beziehung, auch der des ersehnten Partners als Vater für das Kind. Das unterscheidet die jungen Mütter deutlich von ihren gleichaltrigen Geschlechtsgenossinnen und macht sie besonders verletzlich in ihren sexuellen Erfahrungen mit Männern.

³¹ Friedrich/Remberg, S. 65f.

Beispiel 3: Die dritte Konfliktebene betrifft die adoleszente Entwicklungsaufgabe des Aufbaus einer *Ausbildungs- und Berufsperspektive*. Junge Frauen erweitern diese Perspektive im Unterschied zu jungen Männern ohnehin immer bereits um die Perspektive, Beruf und Familie miteinander vereinbaren zu müssen.

Durch die frühe Schwangerschaft und die folgende Mutterschaft wird diese Entwicklungsaufgabe aktualisiert, zugleich erschwert oder gar unmöglich gemacht. Ist das Familienumfeld intakt und sozial wohl situiert, so dürften die Probleme (etwa der Kinderbetreuung und der Finanzierung einer zukunftsorientierten Ausbildung) gemeinsam – d.h. mit der Familie – lösbar sein.

Die Mehrzahl der jungen Schwangeren und jungen Mütter kommt aber aus sozial belasteten Familienkontexten und verfügt über keinen oder einen gering qualifizierenden Schulabschluss. Wie wirken sich in dieser Lebenslage Schwangerschaft und Mutterschaft aus? Das Bremer Forschungsprojekt MOSAIK kann zeigen, dass die für diese jungen Frauen ohnehin bereits eingeschränkten Möglichkeiten der Ausbildungs- und Berufswahl mit der nun zumeist erfolgenden Unterbrechung der Bildungsbiografie noch stärker ausgedünnt werden. Barbara Thiessen und Eva Anslinger beschreiben die für die jungen Frauen sich auftuende soziale Falle so: „Mütter mit Kindern unter drei Jahren werden in Deutschland von der Verpflichtung zur eigenständigen Existenzsicherung ausgenommen und erhalten daher staatliche Transferleistungen. Ebenso können sie sich von der Schulpflicht befreien lassen. Zwar kann es für Mütter durchaus eine Entlastung und Erweiterung ihrer Entscheidungsfreiheit sein, zwischen ausschließlich Kind oder Doppelorientierung wählen zu können. Die meist mehrjährige Unterbrechung von Schule und Ausbildung bedeutet jedoch eine kaum wieder einzuholende Lücke in ihrer Bildungsbiografie.“³²

Welche Anforderung ergibt sich daraus? Für die Beratung muss dies m. E. bedeuten, mit der jungen Frau und ggf. ihrer Familie Perspektiven zu erarbeiten, die auf eine hinsichtlich der Erwerbszukunft möglichst wenig belastende Unterbrechung der Bildungsbiografie zielen. Das hieße: möglichst kurze schulische Unterbrechung; möglichst sofort an den Schulabschluss anschließende Ausbildung. Hier jedoch stößt die Beratung – egal in welcher Institution sie durchgeführt wird – an systematische Grenzen: Schule und Ausbildungssysteme in Deutschland sind auf junge Mütter mit Kindern nicht vorbereitet. Die Zeitstrukturen sind starr, es fehlt die Kinderbetreuung und es fehlen sozialpädagogische

³² Thiessen/Anslinger, S. 24.

und psychosoziale Stützsysteme. Es fehlt eine vernetzte Förderstruktur, in der die Problemlagen Wohnen, Schule, Ausbildung und Kinderbetreuung kooperativ bearbeitet werden. Bislang findet sich so etwas lediglich in Modellvorhaben, beispielsweise in der „Bremer Förderkette Junge Mütter“. ³³ Hier liegt eine Bringschuld der Sozial- und Bildungspolitik, aber auch ein politisches Handlungsfeld für Professionelle, die mit den jungen schwangeren Frauen und Müttern beratend arbeiten. Sie sind aufgefordert, sich für zukunftsorientierte Konzepte der Begleitung junger Mütter politisch stark zu machen und dafür die Stimme zu erheben.

3.2 Anforderungen an Beratung

Ich möchte vor dem aufgezeigten Hintergrund im folgenden sehr knapp auf einige meines Erachtens wichtige Rahmenüberlegungen für die Beratung junger Schwangerer und junge Mütter/Väter eingehen:

- Zentral scheint mir, die jungen Frauen und ihre potentiellen Partner und Väter ihrer Kinder als Adoleszente wahrzunehmen und anzusprechen, ambivalent und noch unentschieden in ihren Gefühlen und Erwartungen an sich selbst und ihr Leben - unabhängig davon, ob die Entscheidung Pro oder Kontra Kind fällt.
- Wenn sich die junge Frau für das Kind entscheidet, steht allerdings eine doppelte Kindeswohlsicherung an: Es gilt Wege zu finden, der jungen Mutter eine eigenständige Lebensperspektive und zugleich ihrem Kind eine gute Betreuung und Entwicklungsförderung aufzuzeigen und zu ermöglichen. Aber auch wenn die junge Frau sich gegen das Kind entscheidet, ist damit die Aufgabe der Begleitung nicht beendet.
- In die Erarbeitung der eigenständigen Lebensperspektive ist die Beraterin der schwangeren jungen Frau im Prozess der Beratung mit ihren eigenen Bildern vom Frau-Werden und Frau-Sein tief involviert. Möglicherweise ist die Pro-Kind-Entscheidung der jungen Frau, die ihr gegenüber sitzt, eine Entscheidung, die sie – bei größter Empathie und voller Akzeptanz der grundsätzlichen Ergebnisoffenheit der Beratung - eigentlich kaum teilen kann, weil sie für die junge Frau eine problembelastete Zukunft voraussieht. In der Beratungssituation treffen – zugespitzt – zwei Lebenskonzepte aufeinander: das der Beraterin – abgeklärt, vernünftig, emanzipiert, autonomieorientiert – und die Zukunftsvorstellungen der jungen Schwangeren bzw. Mutter, die hierzu möglicherweise (und eben altersspezifisch angemessen) das genaue Gegenbild

³³ Thiessen/Anslinger, S. 25 und Pregitzer, Sabine/Jones, Vanessa (2004): Schulausbildung und berufliche Qualifizierung für junge Mütter – innovative Kooperationsmodelle aus Bremen. In: BZgA FORUM, Nr. 4, S. 27ff.

darstellen. Dennoch gilt es, die Sichtweisen der jungen Frau in den Mittelpunkt zu stellen, sich dafür Verstehenszugänge zu eröffnen und mit dem Beratungsangebot daran anzuknüpfen, um gemeinsam realistische Optionen abzuwägen.

- Häufig sind in die Beratungssituation neben der Jugendlichen weitere Personen involviert. Eher seltener ist es der Partner, der die junge schwangere Frau begleitet.³⁴ Überwiegend kommt die zukünftige Großmutter mit, vermutlich auch, weil sie die zukünftige Betreuerin des Enkelkinds sein wird. Dabei zeigt sich, dass Begleitung beides sein kann: hinderlich und unterstützend. Unterstützend mindestens im Sinne des „Den-Weg-Ebnens“ in die Beratung. *Aber:* Gleich zeigt sich ein Problem: *„Die Mütter“* – so eine der befragten Beraterinnen, eine Medizinerin - *„fragen konkreter. Eigentlich rede ich mehr mit der Mutter. Die Schwangeren sitzen da mehr oder weniger dabei, hören schön zu, sind schön aufmerksam und interessiert, aber die Fragen und konkreten Sachen kommen von der Mutter. Und meist entwickelt sich das Gespräch mehr über die Mutter.“*³⁵ Die Hälfte der befragten Expertinnen gehen in ihrer Einschätzung sogar noch weiter. Sie weisen darauf hin, dass es gerade durch die Begleitperson zu Belastungen des Beratungsgesprächs kommt, etwa wenn sie dominant das Gespräch führt; wenn die junge Frau bevormundet oder wenn überfürsorglich mit ihr umgegangen wird, wenn nicht die Interessen der Minderjährigen im Vordergrund stehen und die junge Frau dadurch befangen ist und selbst kaum spricht.³⁶ Besonders behindernd scheint die Begleitung im Prozess der Konfliktberatung zu sein. Aber auch in der Schwangerenberatung kann es zu Spannungen kommen. Hierzu eine Mitarbeiterin einer Beratungsstelle: *„Es gibt auch Situationen, wo man die Mutter rausschickt, weil die Tochter so unter Druck steht, dass sie nicht reden kann.“*³⁷ Unabdingbar im Interesse der jungen Frau ist also eine genaue Analyse der Beratungsdynamik.
- Ein zentrales Thema des Beratungsprozesses betrifft die Klärung der biografischen Situation der adoleszenten Schwangeren (v.a. im Hinblick auf Familie und soziales Umfeld, die ökonomische Situation, Ausbildung, Partner). Leitfrage ist, welche Ressourcen für die Bewältigung der Situation von früher Mutterschaft darin enthalten sind und welche Ressourcen hinzukommen müssen. In diesem Abwägungsprozess

³⁴ Hierzu und zum Folgenden: Häußler-Sczepan/Wienholz/Michel (2005).

³⁵ ebd., S. 69.

³⁶ ebd.

³⁷ ebd., S. 68.

nimmt die Beraterin eine zentrale Rolle ein, insbesondere auch bei der Sichtung und Bearbeitung der zugrunde liegenden Beziehungen und Verstrickungen aller Beteiligten. Im Mittelpunkt aber steht immer die junge Frau mit ihren Vorstellungen von Zukunft, mit ihren Wünschen, Ängsten und Ambivalenzen.

- Der zuletzt genannte Aspekt verweist auf die tendenzielle Überforderung der Beratungssituation und der Beraterin hin – in der Konfliktberatung ebenso wie in der Schwangerenberatung. Zu Recht wird deshalb von verschiedensten Seiten die Kooperation und Vernetzung bedeutsamer Beratungs- und Unterstützungsangebote als unerlässlich angesehen – und zwar nicht nur in der Zeit der Schwangerschaft, sondern insbesondere in den darauf folgenden Jahren. Diese Zeit der Festigung der Familie, des Aufbaus einer gemeinsamen Zukunft und der vollen Übernahme der Erziehungsverantwortung für das eigene Kind ist schon für eine erwachsene Familie eine große Aufgabe, erst recht ist dies so unter den erschwerten Bedingungen einer adoleszenten Familie. Für diese Gruppe sind jedoch bislang attraktive, offene, nicht-diskriminierende Beratungs- und Begleitangebote noch eher die Ausnahme.

4. Abschluss

Schwangerschaft in der Adoleszenz trifft junge Frauen und Männer in einer lebensgeschichtlichen Phase, die durch Veränderungen, Verunsicherungen, Ambivalenzen gekennzeichnet ist. Die nunmehr abverlangte Entscheidung erfordert Klärung: Schwangerschaft ja oder nein. Falls ja, wie soll das gehen? Beratung ist hier von entscheidender Bedeutung. Offensichtlich gelingt es jungen Frauen, viel Mut und Kraft zu entwickeln, den Schritt zur frühen Mutterschaft zu wagen und sich den nun auf sie zukommenden Herausforderungen zu stellen. Dies verlangt höchsten Respekt, gerade weil allen Älteren, weil allen Erwachsenen klar ist, wie viel Überforderung auf die jungen Frauen und Familien wartet. Beratung, Begleitung und Unterstützung sind deshalb unabdingbare öffentliche Verpflichtung. Sie sollten – dies als Basisbeschreibung – intensiv vernetzt sein, offensiv und zugleich entscheidungsoffen angeboten werden, perspektivisch längerfristig angelegt sein und diskriminierungsfrei konzipiert werden. Auf der Ermöglichung von Bildung, Ausbildung, Kinderbetreuung und Elternberatung muss das zentrale Augenmerk liegen, um junge Mütter und Väter dabei zu unterstützen, aus der Überforderung und der Herausgeworfenheit aus der Adoleszenz heraus tragfähige Zukunftsperspektiven aufzubauen.

Wie schwierig der Weg dennoch bleibt, macht Sunny deutlich, von der ich einleitend sprach:

„Wenn Haily ein Jahr alt ist, möchte ich mich um die Schule kümmern. Nach einem IQ-Test zu urteilen, könnte ich den Realschulabschluss schaffen. Seit der 8. Klasse bin ich nicht mehr regelmäßig in die Schule gegangen...Manche Schulfächer liegen lange zurück. Ich kann zum Beispiel kaum Brüche rechnen. Davor habe ich Angst. Ich lese viel, ich lese Haily schon Kinderbücher vor. Und ich muss wieder in die Schule gehen, weil ich will, dass Haily ein Vorbild hat. Wenn sie sieht, dass ihre Eltern was arbeiten, möchte sie das auch. Ich könnte mir vorstellen, Schneiderin oder Designerin zu werden.“³⁸

Kontakt

Prof. Dr. Heike Fleßner

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Fachgebiet Erziehungswissenschaft/Sozialpädagogik

Fakultät I / Institut für Pädagogik

Ammerländer Heerstraße 114-118 · 26129 Oldenburg

E-Mail: heike.flessner@uni-oldenburg.de

Literatur-Hinweise zum Weiterlesen

Berger, Maria (1989): Zur Bedeutung des Anna-selbdrift-Motiv“ für die Beziehung der Frau zum eigenen Körper und zu ihrem Kind. In: Matthias Hirsch (Hrsg.): Der eigene Körper als Objekt: Zur Psychodynamik selbstdestruktiven Körperagierens. Berlin/ New York, S.269

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2006): Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen. Erste Ergebnisse einer Studie des Bundesverbandes der pro familia, gefördert durch die BZgA. Forschungsbericht. Köln

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

³⁸ Gafga,, S. 20.

- Flaake, Karin/King, Vera (Hrsg) (2003): Weibliche Adoleszenz. Zur Sozialisation junger Frauen, Weinheim
- Flaake, Karin (1998): Weibliche Adoleszenz – neue Möglichkeiten, alte Fallen? Widersprüche und Ambivalenzen in der Lebenssituation und den Orientierungen junger Frauen. In: Birgit Geissler/Mechthild Oechsle (Hrsg.): Die ungleiche Gleichheit. Junge Frauen und der Wandel im Geschlechterverhältnis. Opladen, . S. 43-66.
- Gafga, Hedwig (2005): Vater, Mutter, Kind. In: chrison, Nr. 7
- Von der Haar, Elke (2004): Jugendberatung. Leitfaden für die Praxis in der Jugendarbeit, Ausbildung und Schule. München
- Häußler-Sczepan, Monika/Wienholz, Sabine/Michel, Marion (2005): Teenager-Schwangerschaften in Sachsen. Eine Studie im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln
- Pregitzer, Sabine/Jones, Vanessa (2004): Schulausbildung und berufliche Qualifizierung für junge Mütter – innovative Kooperationsmodelle aus Bremen. In: BZgA FORUM, Nr. 4, S. 27-31
- Thiessen, Barbara/Anslinger, Eva (2004): „Also für mich hat sich einiges verändert... eigentlich mein ganzes Leben.“ Alltag und Perspektiven junger Mütter. In: BZgA FORUM, Nr. 4, S. 22-26

Die rechtliche Situation minderjähriger Schwangerer im Kontext der Schwangerschaftskonfliktberatung und beim Schwangerschaftsabbruch

Ass. jur. Susanne Passow³⁹, Ärztekammer Niedersachsen

1. Muss die Ärztin oder der Arzt, die oder der die Schwangerschaft feststellt, die Eltern informieren?

Grundsätzlich gilt: Die Ärztin oder der Arzt muss das elterliche Sorgerecht mit dem Geheimhaltungsinteresse der Minderjährigen im Einzelfall abwägen. Von besonderer Bedeutung ist dabei, ob nach Einschätzung der Ärztin oder des Arztes dem Mädchen in dieser schwierigen Situation durch das Elternhaus Hilfe gewährt wird oder ob die Gefahr von Misshandlungen und/oder Einflussnahme in Richtung Schwangerschaftsabbruch besteht.

Mit zunehmender Selbstständigkeit der Minderjährigen (i. d. R. ab dem 14. Lebensjahr) werden die Elternrechte immer stärker zurück gedrängt.

2. Wie ist die Regelung bei der Schwangerschaftskonfliktberatung?

Nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) haben auch Minderjährige einen Anspruch auf - wenn gewünscht anonyme - Beratung. Ein Mindestalter für Ratsuchende gibt es nicht. Allerdings stellt sich bei Minderjährigen die Frage, ob die Eltern zu dem Beratungsgespräch hinzugezogen werden können oder müssen. Das Bundesverfassungsgericht⁴⁰ hat hierzu klare Vorgaben gemacht: Die Eltern sind nicht zur Beratung hinzuzuziehen, wenn die Gefahr besteht, dass sie die Schwangere in ihrer Entscheidung beeinflussen werden. In allen anderen Fällen muss die Beraterin oder der Berater im Einzelfall abwägen, ob die Hinzuziehung der Eltern in Frage kommt.

3. Müssen die Eltern in den Schwangerschaftsabbruch einwilligen?

a.) Aus Sicht der Vormundschaftsgerichte

Bei der Einwilligung zum Schwangerschaftsabbruch handelt es sich nicht um eine rechtsgeschäftliche Einwilligung, so dass die Regelungen über die Geschäftsfähigkeit keine Anwendung finden⁴¹. Zu der Frage, ob die Eltern als Ausfluss der elterlichen Sorge

³⁹ Frau Passow hat bei der Tagung „Schwanger...und nun?“ des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit am 29.11.2006 in Hannover in einem Workshop als Referentin mitgewirkt.

⁴⁰ BVerfGE 88, 203.

⁴¹ § 106 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB).

in den Schwangerschaftsabbruch einwilligen müssen, gibt es keine einheitliche Rechtsprechung, wie die nachfolgenden Entscheidungen zeigen:

Amtsgericht Schlüchtern: „Eine 16-jährige Minderjährige bedarf nicht der Zustimmung ihrer Eltern für den Abbruch, wenn sie nach ihrem Reifegrad die Bedeutung des Abbruchs und dessen Tragweite für ihr Leben erkennen kann⁴².“

- Das Amtsgericht Schlüchtern bescheinigt den Minderjährigen mit der erforderlichen Reife sog. „Teilmündigkeit“.

OLG Hamm: „Eine 16-jährige Minderjährige bedarf in jedem Fall der Einwilligung der Eltern zur Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs“⁴³.

- Das OLG Hamm erkennt eine solche „Teilmündigkeit“ mit folgender Begründung nicht an: Angesichts des weit reichenden Schutzes der Minderjährigen im rechtsgeschäftlichen Verkehr sei es nicht vertretbar, einer minderjährigen Schwangeren Entscheidungen aufzubürden, die sie im Hinblick insbesondere auf deren ethisch-moralische Bedeutung überfordern müssten.

b.) Aus strafrechtlicher Sicht

In § 218 a Strafgesetzbuch (StGB) ist geregelt:

(1) Der Tatbestand des § 218 ist nicht verwirklicht, wenn

1. die Schwangere den Schwangerschaftsabbruch *verlangt* und dem Arzt durch eine Bescheinigung nachgewiesen hat, dass sie sich mindestens drei Tage vor dem Eingriff hat beraten lassen,

(...)

(2) Der mit *Einwilligung der Schwangeren* von einem Arzt vorgenommen Schwangerschaftsabbruch ist nicht rechtswidrig, wenn (...)

(3) Die Voraussetzungen des Absatzes 2 gelten bei einem Schwangerschaftsabbruch, der mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt vorgenommen wird, auch als erfüllt, wenn (...)

Auch im Strafrecht kommt es nicht auf die Geschäftsfähigkeit der Schwangeren an. Nach den Regelungen des § 218 a StGB liegt das alleinige Entscheidungsrecht über Fortsetzung oder Abbruch der Schwangerschaft bei der Schwangeren selbst; dies gilt - in der Regel - auch für Minderjährige. Denn minderjährige Frauen sollen davor geschützt

⁴² Beschluss vom 29.04.1997 – AZ:X 17/97.

⁴³ Beschluss vom 16.07.1998 – AZ: 15 W 274/98.

werden, in ihrer Entscheidung für oder gegen das Kind von Dritten, auch ihren Eltern, beeinflusst zu werden⁴⁴.

Die Einwilligung einer minderjährigen Schwangeren zu einem Schwangerschaftsabbruch gilt aber nur dann strafrechtlich als wirksam, wenn sie die Auswirkungen ihrer Entscheidung verstehen kann, sie also hinsichtlich der Bedeutung und der Risiken eines Schwangerschaftsabbruches urteils- und einsichtsfähig ist. Die oder der abbrechende Ärztin/Arzt muss also in jedem Einzelfall prüfen, ob die Minderjährige tatsächlich die notwendige Reife zu dieser Entscheidung besitzt.

Zu unterscheiden ist dabei zwischen indizierten (§ 218 a Abs. 2 und 3 StGB) und nicht indizierten (§ 218 a Abs. 1 StGB) Schwangerschaftsabbrüchen. Während bei Schwangerschaftsabbrüchen *mit Indikation* die *Einwilligungsfähigkeit* ausreichend ist, muss bei den so genannten Abbrüchen nach der *Beratungsregelung* immer hinterfragt werden, ob die Minderjährige zu einer *eigenständigen Gewissensentscheidung* in der Lage ist und den Abbruch in *reflektierter Weise* begehrt.

4. Ab welchem Alter liegt eine Einwilligungs- bzw. Entscheidungsfähigkeit vor?

Eine generelle Altersgrenze, ab wann die notwendige Einwilligungs- bzw. Entscheidungsfähigkeit vorliegt, gibt es nicht. Es kann aber im Normalfall davon ausgegangen werden, dass diese bei Mädchen bis zum 14. Lebensjahr nicht vorliegt, bereits ab dem 16. Lebensjahr aber meistens vorhanden ist. Bei Mädchen vom 14. bis zum 16. Lebensjahr kommt es auf den jeweiligen Reifegrad an.

Diese Altersangaben sind lediglich Anhaltspunkte. In jedem Fall ist eine Einzelfallprüfung der vorliegenden Reife erforderlich, denn auch eine 17-Jährige kann noch sehr kindlich sein.

5. Wer entscheidet über die Frage der Einsichtsfähigkeit?

Ob ein „Verlangen“ im Sinne des § 218a StGB Abs. 1 oder eine „Einwilligung“ im Sinne des § 218a Abs. 2 bzw. Abs. 3 StGB vorliegt und die Minderjährige die notwendige Einsicht hat, entscheidet die abbrechende Ärztin bzw. der abbrechende Arzt nach sorgfältiger Prüfung.

⁴⁴ BVerfGE 88, 203,285.

6. Kann eine Minderjährige zum Abbruch der Schwangerschaft gezwungen werden?

Entscheidend für die Fortsetzung oder den Abbruch der Schwangerschaft ist *allein der Wille der minderjährigen Schwangeren*. Ein Schwangerschaftsabbruch gegen den Willen der Schwangeren ist nach § 218 Abs. 2 Nr. 1 StGB strafbar.

Ausnahme: Wenn eine medizinische Indikation vorliegt, der Minderjährigen aber die Einsichtsfähigkeit hinsichtlich ihrer eigenen Gefahrenlage fehlt. In diesem Fall können die Eltern auch ohne Einwilligung der Schwangeren die Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch treffen, um eine Gefahr für die Gesundheit oder das Leben der Minderjährigen abzuwenden.

7. Kann eine Minderjährige einen ärztlichen Behandlungsvertrag abschließen?

Minderjährige ab dem 7. Lebensjahr sind - bis zur Volljährigkeit - lediglich beschränkt geschäftsfähig⁴⁵. Das heißt, dass die Eltern zu einer ärztlichen Behandlung grundsätzlich ihre Einwilligung geben müssen.

Ausnahme: Im Sozialrecht besteht nach § 36 SGB I bereits ab dem 15. Lebensjahr ein eigener Leistungsanspruch. Das bedeutet: Selbst wenn bei fehlender Zustimmung der Eltern kein (zivilrechtlich) wirksamer Behandlungsvertrag vorliegt, werden dennoch die Kosten für einen indizierten Schwangerschaftsabbruch bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 24 b Abs. 1 SGB V von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Ebenso besteht bei nicht indizierten Abbrüchen, sofern die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind, ein eigener Rechtsanspruch der Minderjährigen auf Kostenübernahme nach § 1 des Gesetzes zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen⁴⁶.

8. Fazit

Im Kontext der Beratungen nach dem SchKG gibt es keine Altersgrenzen. Minderjährige können auch ohne Wissen ihrer Eltern die Beratung in Anspruch nehmen.

Im Kontext des Schwangerschaftsabbruches gibt es keine klaren gesetzlichen Regelungen, in welchen Fällen das Einverständnis der Eltern vorliegen muss und in welchen Fällen nicht. Es muss immer eine Interessenabwägung nach den Umständen des Einzelfalles (z.B. Alter, Einsichtsfähigkeit und/oder familiärer Hintergrund) vorgenommen werden. Dabei werden die Elternrechte bei zunehmender Selbständigkeit und Selbstbestimmungsfähigkeit der Schwangeren kontinuierlich zurückgedrängt.

⁴⁵ § 106 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB).

⁴⁶ BGBl 1995 I, 1054.

Die Einwilligung in einen Schwangerschaftsabbruch hat weitergehende Folgen als die Einwilligung in eine Heilbehandlung. Daher müssen an die Einsichtsfähigkeit der Minderjährigen besonders hohe Anforderungen gestellt werden. Zur Vermeidung von strafrechtlichen Konsequenzen sollten Ärztinnen und Ärzte die Prüfung der Einsichts- bzw. Einwilligungsfähigkeit der Minderjährigen sorgfältig vornehmen und ausführlich dokumentieren.

Fehlt der Minderjährigen die Einsichts- bzw. Einwilligungsfähigkeit, ist die Entscheidung der Eltern maßgeblich.

Kontakt

Susanne Passow

Assessorin

Rechtsabteilung der Ärztekammer Niedersachsen

Berliner Allee 20 · 30175 Hannover

Tel: 0511- 3802234

E-Mail: susanne.passow@aekn.de

Minderjährige Schwangere im Kontext des Jugendamtes – Die Rechtsinstitute Vormundschaft, Pflegschaft und Beistandschaft im Überblick

Manfred Heyermeyer⁴⁷, Stadt Emden, Fachdienst Jugendhilfe

I. Wie unterscheiden sich Vormundschaft, Pflegschaft und Beistandschaft?

1. Vormundschaft

- Der *Vormund* nimmt die Stellung der Eltern grundsätzlich im *Ganzen* ein.
- Er ist *umfassend* für alle Belange von Minderjährigen zuständig, wie es die Eltern wären, wenn die Minderjährige unter elterlicher Sorge stünde (§ 1793 I S. 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)).

2. Pflegschaft

- Der *Pfleger* ist nur im Bereich eines besonders zu definierenden *Aufgabenkreises* für die Minderjährige zuständig.
- In diesem Bereich verdrängt er die Eltern (§ 1630 I BGB) bzw. den Vormund (§ 1794 BGB).
- Als Aufgabenkreis kommt jede Befugnis in Frage, die auch den Eltern zustehen kann.

3. Beistandschaft

- *Auch der* Beistand erhält einen bestimmten *Aufgabenkreis* und ist nur in diesem Bereich für die Minderjährige bzw. den Minderjährigen zuständig. Aber:
- Er tritt hierbei *neben* den Elternteil oder Vormund, ohne dass deren Zuständigkeit eingeschränkt wäre (§ 1716 S. 1 BGB).
- Der Beistand hat nur ganz bestimmte Aufgabenkreise (Unterhalt / Vaterschaftsfeststellung).

II. Umfang und Ausübung des Sorgerechts

Vor der Geburt

Vor seiner Geburt ist der Mensch nicht rechtsfähig (vgl. § 1 BGB). Seine gesetzliche Vertretung erübrigt sich im Allgemeinen. Dennoch gibt es Situationen, in denen für ein

⁴⁷ Herr Heyermeyer hat bei der Tagung „Schwanger...und nun?“ des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit am 29.11.2006 in Hannover in einem Workshop als Referent mitgewirkt.

noch nicht geborenes Kind wirksam gehandelt werden muss. Soll z. B. vor seiner Geburt für den Nachlass ein Rechtsgeschäft vorgenommen werden, das nur mit Zustimmung aller Erben wirksam ist, ist ein solches Geschäft nur von Dauer, wenn auch der ungeborene Erbe zustimmt. In der Regel vertritt die werdende Mutter ihr ungeborenes Kind, bei Minderjährigen ist das Jugendamt zuständig, s. unter Ziffer III.

Elterliche Sorge

Die „elterliche Sorge“ beinhaltet die Pflicht und das Recht, für ein minderjähriges Kind zu sorgen. Dieses Fürsorge- und Schutzverhältnis lässt sich rechtlich in zwei Bereiche aufteilen: 1.) Personensorge und 2.) Vermögenssorge.

1) Personensorge

- Die Personensorge umfasst alle Angelegenheiten, die die Person des Kindes betreffen.
- Zu den wichtigsten Bereichen zählen Erziehung und Beaufsichtigung, Pflege, Aufenthaltsbestimmung, Bestimmung des Umgangs mit anderen Personen und die gesetzliche Vertretung des Kindes.

a) Erziehung und Aufsichtspflicht

- Erziehung ist die Sorge für die geistige, körperliche, seelische und sittliche Reifung.
- In der Praxis fällt sie in der Regel mit der Pflege zusammen, wobei körperliche Strafen, seelische Verletzungen und andere entwürdigende Erziehungsmaßnahmen zu unterlassen bzw. zu unterbinden sind (§§ 1800, 1631 II BGB). Bei Entscheidungen, die die Ausbildung und Berufswahl betreffen, sind Neigung und Eignung des Kindes zu berücksichtigen (§§ 1800, 1631a BGB).

b) Pflege

- Unter Pflege versteht man die Versorgung des Kindes mit dem unmittelbar Lebensnotwendigen: z. B. Nahrung, Kleidung, Unterkunft usw.

c) Aufenthaltsbestimmungsrecht

- Das Aufenthaltsbestimmungsrecht ist das Recht der/des Sorgeberechtigten, den Wohnort und die Wohnung des Kindes (auch bei Dritten) zu bestimmen.

2) Vermögenssorge

- Die Vermögenssorge umfasst alle tatsächlichen und rechtlichen Handlungen, die der Erhaltung, Vermehrung und Verwertung des Kindesvermögens dienen (z. B. Rentenansprüche, Grundbesitz, Wertpapiere, Geschäftsanteile, größere Geldbeträge).

III. Vormundschaftsgründe bei Minderjährigkeit der Mutter

Zum Schutz *nichtehelicher* Kinder, die bei Geburt *keinen sorgeberechtigten Elternteil* haben, wird auf ein gerichtliches Verfahren bei der Bestellung eines Vormundes verzichtet und das Jugendamt wird kraft Gesetzes (§ 1791c BGB) Vormund (gesetzliche Vormundschaft).

Ein Elternteil, der selbst noch minderjährig ist, kann sein Kind *gesetzlich nicht vertreten* (§ 1673 II 2 BGB). Wenn der minderjährige Elternteil nicht schon verheiratet ist oder eine wirksame Sorgeerklärung abgegeben hat, braucht das Kind gemäß § 1773 I Alt. 2 BGB einen Vormund. § 1673 II 2 BGB bestimmt allerdings auch, dass der minderjährige Elternteil die tatsächliche Personensorge für sein Kind ausüben kann.

Da der Vormund umfassend sorgeberechtigt ist (§ 1793 I 1 BGB), sind im Bereich der tatsächlichen Personensorge Vormund und Elternteil nebeneinander zuständig. Nach § 1673 II 3 BGB geht bei Uneinigkeit die Meinung des Elternteils vor. In der Regel betrifft § 1673 II BGB minderjährige Mütter unehelicher Kinder. Nach § 1791c I 1 Hs 1 BGB wird das zuständige Jugendamt kraft Gesetzes Vormund, wenn ein unehelich geborenes Kind schon zum Zeitpunkt seiner *Geburt* einen Vormund benötigt und nicht schon vor der Geburt ein Vormund bestellt worden ist.

Der häufigste Anwendungsfall ist die Geburt eines Kindes von einer *unverheirateten, minderjährigen Mutter*. Sie ist alleinsorgeberechtigt (§ 1626a II BGB). Weil die gesetzliche Vertretung des Kindes durch die *minderjährige Mutter* ruht (§ 1673 II BGB), ist von Geburt an ein Vormund erforderlich (§ 1773 I Alt. 2 BGB).

Keine Anwendung findet § 1791c I 1 Hs. 1 BGB bei einem *ehelich geborenen* Kind. Ihm muss ein Vormund gem. § 1773 BGB *bestellt* werden, wenn es schon bei seiner Geburt einen benötigen sollte (weil z. B. seine *beiden* Eltern vor der Geburt verstorben oder geschäftsunfähig sind oder die Mutter verstorben und der Vater minderjährig ist usw.). *Örtlich zuständig* ist nach § 87c I SGB VIII das Jugendamt, in dessen Bezirk die Mutter des Kindes ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat bzw., solange sie keinen hat, in dessen Bezirk die Mutter das Kind geboren hat.

Die Vormundschaft endet nach § 1882 BGB, wenn die Voraussetzungen für ihre Anordnung wegfallen.

IV. Die Führung der gesetzlichen Amtsvormundschaft

Durch die Anzeigepflicht des Standesamtes ist gewährleistet, dass das Jugendamt von der Geburt des Kindes erfährt. Das Vormundschaftsgericht erteilt eine Bescheinigung über den Eintritt der *Vormundschaft*. Das Jugendamt überträgt die mit der Vormundschaft zusammenhängenden Aufgaben immer einem einzelnen seiner hauptamtlichen Mitarbeiter (§ 55 II 1 BGB), der damit gesetzlicher Vertreter des Kindes wird. Für das Verhältnis des minderjährigen Elternteils zum Vormund bestimmt § 1673 II 3 BGB, dass bei einer Meinungsverschiedenheit die Meinung des minderjährigen Elternteils Vorrang hat.

Die Minderjährige hat ein sachlich beschränktes Sorgerecht, nämlich die tatsächliche Personensorge, aber ohne gesetzliche Vertretung.

Die Aufgaben der gesetzlichen Amtsvormundschaft sind:

a) die Unterstützung/Beratung der jungen Mutter bei:

- Anträgen auf finanzielle Hilfen
- Vaterschaftsankennung
- Unterhalt, Krankenkasse u. Ä.
- Hilfen des Jugendamtes
- Kindergarten/Schule/Ausbildung
- innerfamiliären Problemen

b) die gesetzliche Vertretung des Kindes (u. a.):

- Entscheidung über Aufenthaltsort
- Vermögenssorge (z. B. Anlage von Sparbüchern/Mündelkonten oder Erbschaften)

c) die Berichterstattung ans Vormundschaftsgericht:

- Vermögensverzeichnis bei Beginn der Vormundschaft
- jährlicher Bericht über die Führung der Vormundschaft

d) Im Falle von Kindeswohlgefährdung (z. B.):

- Zustimmung bei anderweitiger Unterbringung des Kindes
- Einwilligung zu ärztlichen Untersuchungen
- Anträge auf Hilfen zur Erziehung (für das Kind) u. Ä.
- Teilnahme an Hilfeplangesprächen
- Teilnahme an Gerichtsverhandlungen

V. Fakten

Anzahl der Kinder unter gesetzlicher Amtsvormundschaft⁴⁸

In Niedersachsen gibt es rd. 1.000 Kinder pro Jahr, die unter gesetzlicher Amtsvormundschaft stehen. Aus der nachfolgenden Tabelle ergibt sich die Anzahl der Vormundschaften für den Bereich des ehemaligen Regierungsbezirkes Weser-Ems sowie für die Stadt Emden:

	Jahr 2002	Jahr 2003	Jahr 2004	Jahr 2004
Niedersachsen	1.000	1.154	1.039	1.039
Weser-Ems	k.A.	404	370	370
Emden	4	6	16	16

Die Anzahl der Lebendgeborenen je 1.000 Frauen/Mädchen der jeweiligen Altersgruppe (Bundesrepublik Deutschland gesamt) sind aus der nachfolgenden Tabelle³ zu entnehmen:

Alter in Jahren	Jahr 2000	Jahr 2001	Jahr 2002	Jahr 2003	Jahr 2004
unter 15	annähernd 0	annähernd 0	annähernd 0	annähernd 0	annähernd 0
15	0,9	1,0	1,0	0,9	0,8
16	2,8	3,1	3,2	3,0	2,8
17	7,0	7,5	7,7	7,1	6,4
18	13,9	14,1	13,6	13,1	12,3
19	24,9	24,6	23,1	22,1	20,9
20	35,2	34,3	32,2	30,6	39,2

⁴⁸ Quelle: Statistisches Landesamt Niedersachsen.

Kontakt

Stadt Emden – Fachdienst Jugendhilfe

Manfred Heyermeyer

Am Delft 34 · 26721 Emden

Tel. 04921-871379

E-Mail: heyermeyer@emden.de

Kapitel 3

Migrantinnen in der Schwangerschafts(konflikt)beratung

Einleitung

*Marlis Winkler*⁴⁹, Diakonisches Werk der Ev.-luth. Landeskirche Hannovers e. V.

Migrantinnen aus allen Erdteilen leben in Deutschland und bringen eine Vielfalt kultureller Hintergründe und persönlicher Schicksale mit. Durch Zuwanderung ist Deutschland in den letzten Jahrzehnten zu einer ethnisch, kulturell und religiös stark differenzierten Gesellschaft geworden.

In Niedersachsen liegt der Anteil ausländischer Mitbürger/innen bei 6,7 %. Somit hat im Durchschnitt jede 15. Frau, die in die Schwangeren- oder Schwangerschaftskonfliktberatung kommt, eine ausländische Staatsangehörigkeit. Dazu kommen zahlreiche Aussiedler/innen und Migrant/innen unterschiedlicher Herkunft, die aufgrund langjähriger Aufenthalte in Deutschland inzwischen die deutsche Staatsangehörigkeit angenommen haben.

Inwieweit unterscheidet sich eine Schwangeren- oder eine Schwangerschaftskonfliktberatung mit einer Migrantin von der Beratung mit einer deutschen Frau? Für alle in Deutschland lebenden Frauen gilt das Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) und das Strafgesetzbuch (StGB) gleichermaßen. Im Falle einer Schwangerschaftskonfliktberatung hat die Beratungskraft den gesetzliche Auftrag zur Beratung, Information und Unterstützung zum „Schutz des Lebens“ (vgl. § 1-3 SchKG). Viele Rat suchende Frauen, insbesondere Frauen aus anderen Kulturkreisen, kennen die in Deutschland maßgeblichen Gesetze nicht.

Vor welchen besonderen Herausforderungen steht also eine Beratungskraft bei der Beratung mit einer Migrantin?

⁴⁹ Frau Winkler ist Referentin Fachberatung Kirchenkreissozialarbeit des Diakonischen Werkes der Ev.-luth. Landeskirche Hannovers e. V. und hat bei der Tagung „Schwanger... und nun?“ des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit am 29.11.2006 in Hannover einen Workshop moderiert.

Keinen Unterschied gibt es bei der Beratung zu den komplexen Themenfeldern der „Regelberatung“, wie:

- finanzielle Notlagen
- psychische Konfliktlagen
- medizinische Fragen
- rechtliche/gesetzliche Unklarheiten
- Fragen zum Ausbildungs- oder Arbeitsplatz, Mutterschutzgesetz, Mietrecht, etc.

Bei der Beratung von Migrantinnen sind jedoch zusätzliche Hürden, wie die sprachliche Verständigung oder andere Kulturkreise, zu bewältigen.

Ein Beispielfall:

Frau Y. ruft in der Beratungsstelle an. Die Beraterin versteht zwar ihren Namen, nicht aber ihr Anliegen. Sie fragt nach, bietet unterschiedliche Themen an, meint zu verstehen, dass eine Schwangerschaft bei Frau Y. besteht und gibt ihr einen Termin. Die Beraterin fragt sich: „Hat Frau Y. den Terminvorschlag verstanden? Wird sie kommen? Wie wird sich das Gespräch gestalten? Welchem kulturellen und religiösen Hintergrund wird sich die Beraterin gegenüber sehen?“

Frau Y. kommt zum verabredeten Termin in die Beratungsstelle. Und sie kommt nicht allein. Sie wird begleitet von ihrem Ehemann und zweien ihrer Söhne. Bei der Begrüßung wird deutlich, dass die beiden 8- und 10-Jahre alten Söhne gut Deutsch sprechen. Frau Y. und ihr Mann sind der deutschen Sprache nicht mächtig.

Was kann die Beraterin tun? Erlaubt es die Kultur von Familie Y., dass die Beraterin allein mit Frau Y. spricht und die drei männlichen Begleiter im Wartezimmer Platz nehmen? Welche Werte und Normen, welche Tabus gelten in dieser Familie? Welche religiösen Hintergründe spielen eine Rolle?

Um als Beratungskraft sensibel und offen auf die Migrantin und ggf. auf ihre Familie zuzugehen, ist es notwendig, sich über die eigenen Werte und Normen bewusst zu sein und den eigenen kulturellen und religiösen Hintergrund und die eigene Haltung gegenüber Menschen mit Migrationshintergrund sorgfältig reflektiert zu haben:

- Welche Werte gelten für mich?
- Was denke ich über Menschen anderer Kultur, anderer Sprache, anderer Hautfarbe, anderer Religion?
- Wie schätze ich die Lebenssituation und die Perspektiven von Migrantinnen hier in Deutschland ein?

Die Integration von Migranten/innen stellt Anforderungen an die Zugewanderten sowie an die deutsche Mehrheitsbevölkerung. Integration ist ein dynamischer, lange andauernder und sehr differenzierter Prozess der wechselseitigen Annäherung. Alle Bereiche des gesellschaftlichen Lebens stehen vor der Herausforderung, sich für die Integration der Migranten/innen zu öffnen.

In einem Zuwanderungsland wie Deutschland ist die interkulturelle Öffnung kein spezielles Zusatzangebot einzelner Beratungsstellen, sondern betrifft als langfristig angelegter Entwicklungsprozess alle Beratungseinrichtungen und sozialen Dienste – und damit auch die Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen.

Kontakt

Diakonisches Werk der Ev.- luth. Landeskirche Hannovers e. V.

Frau Marlis Winkler

Referentin Fachberatung Kirchenkreissozialarbeit

Ebhardtstraße 3 A . 30159 Hannover

Tel.: 0511-3604-239

E-Mail: marlis.winkler@diakonie-hannovers.de

Gedanken zu Fragestellungen von Beraterinnen und deren Herausforderung

Ziel: Sensibilisierung der Wahrnehmung für Gemeinsamkeiten und Besonderheiten im Kontext der Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatung mit Migrantinnen

*Bärbel Ribbert*⁵⁰, Familienplanungszentrum Hamburg

Um wen geht es? Eine Annäherung an die Gruppe der Migrantinnen

Wenn über Migrantinnen in der Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatung geredet wird, muss sich darüber verständigt werden, um wen es geht, denn Migrantinnen sind eine sehr heterogene Gruppe. Geht es um die Tochter des griechischen Restaurantbesitzers um die Ecke? Geht es um die 40-jährige türkische Hausfrau, die im Zuge des Familiennachzugs neu in Deutschland lebt und der deutschen Sprache nicht mächtig ist, oder um die schwangere 26-Jährige aus Ghana ohne gesicherten Aufenthaltsstatus? Diese Migrantinnen unterscheiden sich deutlich in Hinblick auf ihre jeweiligen Lebensumstände. Dabei ist die kulturelle Herkunft in der Regel nur eine Information unter vielen, die im Kontext einer Schwangeren- oder Schwangerschaftskonfliktberatung relevant sein kann.

Als ein Orientierungspunkt für die Annäherung an das Thema Migration wird oft das Merkmal der Staatsangehörigkeit herangezogen. Bundesweit leben laut Ausländerstatistik des Statistischen Bundesamtes (Stichtag 31.12.2005) rund 7,3 Millionen Menschen in Deutschland, die ausschließlich eine ausländische Staatsangehörigkeit besitzen. Dies entspricht einem prozentualen Anteil von 8,8 %. In Niedersachsen sind hiervon rd. 535.000 Menschen gemeldet, was einem Bevölkerungsanteil von rd. 6,7 % entspricht.

Für die Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatung ist die Staatsangehörigkeit der Ratsuchenden sowie deren Aufenthaltsstatus sozialrechtlich von besonderer Bedeutung.

⁵⁰ Frau Ribbert ist Diplompädagogin und Beraterin im Familienplanungszentrum Hamburg. Sie ist ferner Ausbilderin beim Institut für Sexualpädagogik in Dortmund. Sie hat bei der Tagung „Schwanger...und nun?“ des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit am 29.11.2006 in Hannover in einem Workshop als Referentin mitgewirkt.

Woher kommen die Ausländerinnen und Ausländer?

Die größten Bevölkerungsgruppen ohne deutsche Staatsangehörigkeit stammen aus der Türkei (26 %), Italien (8 %), Polen und Griechenland (jeweils 5 %) sowie Serbien und Montenegro (jeweils 4 %).⁵¹

Im persönlichen Kontakt einer Beratung sagt die Staatsangehörigkeit allein wenig aus. Bezeichnender ist eine Kategorie, die die Zeitschrift „Die Zeit“⁵² im Mai veröffentlichte: die Kategorie des „*gefühlten Ausländers*“. Italienerinnen besitzen zum Beispiel keinen deutschen Pass. Trotzdem sind sie für die meisten Deutschen weniger „gefühlte Ausländerinnen“ als z. B. Russlanddeutsche, weil die EU zunehmend als erweiterte Familie verstanden wird. „Gefühlte“ Ausländerinnen besitzen trotz deutscher Staatsangehörigkeit die Aura des Fremden, zum Beispiel dadurch, dass sie sich durch ihre Sprache, ihre Hautfarbe, ihre Art, sich zu kleiden, oder ihre Verhaltensweisen von den in Deutschland vorherrschenden Normen unterscheiden. Zu dieser Gruppe gehören Eingebürgerte genauso wie viele Binationale, Migrantinnen der zweiten oder dritten Generation sowie deutsche Aussiedler. Diese (etwas diffuse) Kategorie der „gefühlten Ausländerin“ spielt eine Rolle, wenn es um die Wahrnehmung und Deutung von Frauen in Konfliktberatungen geht – etwa um die Einschätzung ihrer Normen und Werte.

Kennzeichen von Migration

Das Wissen um die Herkunft von Migrantinnen kann für Beraterinnen und Berater bei dem Versuch, sich in ihre Lebensverhältnisse einzufühlen, hilfreich sein. Es birgt aber auch das Risiko, der Ratsuchenden bzw. ihrer Begleitung Bilder überzustülpen und sie nicht als Individuen mit eigenen Wertemaßstäben und Lebensweisen zu erfassen.

Manchmal hilft das Wissen um die Lebensumstände in den Herkunftsländern nicht weiter. Ein Leben von Menschen in der Migration kann bedeuten, verschiedene kulturelle Sichtweisen der Herkunftsgesellschaft und des Aufnahmelandes zu verbinden. Ein anderes verbreitetes Phänomen ist, dass Menschen in der Migration die Werte der Herkunftskultur strenger oder traditioneller hüten und leben, als Menschen dies in der alten Heimat tun. Im Folgenden soll versucht werden, Aspekte zu benennen, die Beratungen mit Migrantinnen von denen mit Deutschen unterscheiden können. Dabei sollen keine Stereotypen produziert bzw. vorhandene verstärkt werden. Es soll vielmehr für *mögliche*

⁵¹ Statistisches Bundesamt Stand 2005.

⁵² Die Zeit, Nr. 19, S. 3.

Lebenswelten sensibilisiert werden, die sich von in Deutschland vorherrschenden Sichtweisen unterscheiden. Dabei zeigen die angeführten Gesichtspunkte nur einen sehr kleinen Ausschnitt des gesamten Bildes von Beratungen mit Migrantinnen.

In welcher Hinsicht unterscheiden sich Beratungen mit Migrantinnen von denen mit Deutschen?

Die Suche nach Antworten auf diese Frage soll sich auf drei Aspekte beschränken: Normen und Werte, Rechte und Ansprüche sowie Kommunikation und Sprache.

1. Normen und Werte

Unter der Rubrik „Normen und Werte“ wird auf vier Punkte eingegangen: Reden über Sexualität, Jungfräulichkeitsgebot, Religionen und Schwangerschaftsabbruch, Bedeutung von Kindern.

Die Auswertung aktueller Studien zum Sexualverhalten junger Menschen bis zum 25. Lebensjahr, welche die renommierte Fachzeitschrift „The Lancet“⁵³ veröffentlichte, kommt zu dem Ergebnis, dass das sexuelle Verhalten junger Menschen weltweit auffällig gleich ist. Das bezieht sich beispielsweise auf die *Kommunikation über Sexualität* in Partnerschaften oder sexuellen Beziehungen.

*„Meist vermeiden es junge Leute, überhaupt von Sex zu sprechen. Sie sind gefangen in den Paradoxien ihrer Erwartungen und Tabus. Der soziale Druck erschwert die Kommunikation: Männer haben Angst vor Abweisung, Frauen wollen ihren Ruf nicht verlieren“.*⁵⁴

Die Tabuisierung von Sexualität ist ein weltweites Phänomen, wenn sie auch in verschiedenen Kulturen unterschiedlich stark ausgeprägt ist: Das Reden über Sexualität ist in manchen Kulturen stärker tabuisiert als in Deutschland. Dies kann den Beratungsprozess erschweren und erfordert in jedem Fall eine sensible Wortwahl sowie einen respektvollen Umgang mit Intimitätsgrenzen.

Das *Jungfräulichkeitsgebot und der damit verbundene Begriff der Ehre* spielt in verschiedenen Ländern und Kulturen eine große Rolle. Die vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) veröffentlichte Studie „Viele Welten

⁵³ www.thelancet.de/artikel/856107&template=d_pm_druck.

⁵⁴ 5 Studie Lancet, Zitiert in Süddeutsche Zeitung Nr. 254, 4.11.2006

leben“⁵⁵ räumt mit einer stereotypen Vorstellung auf. Der Virginitätsnorm⁵⁶ folgen viele, aber längst nicht alle türkischen Mädchen: 59 % der befragten türkischen Mädchen halten an dieser Norm fest, allerdings lehnen auch 22 % der türkischen Mädchen diese Norm ab. Bemerkenswert ist, dass etwa ein Viertel der Mädchen mit griechischem, italienischem und jugoslawischem Hintergrund ebenfalls die Virginitätsnorm vor der Ehe akzeptieren. Für diese Mädchen bedeutet eine Schwangerschaftskonfliktberatung im Falle einer ungeplanten Schwangerschaft häufig einen doppelten Tabubruch und eine psychische Belastung mit einer anderen Tragweite.

Die Bedeutung der Religion wird an diesem Punkt oft einseitig gewertet. Die einfache Gleichung in vielen deutschen Köpfen lautet: Muslimin bzw. Katholikin = Verzicht auf vorehelichen Geschlechtsverkehr = sexuell unterdrückt. Eine muslimische oder christliche religiöse Überzeugung bedeutet für viele Gläubige aber nicht zwangsläufig, auf Sexualität vor der Ehe zu verzichten. Und umgekehrt muss der freiwillige Verzicht auf vorehelichen Verkehr kein Zeichen von Unterdrückung sein. Die Auslegungen der Religionen sind erfahrungsgemäß individuell sehr verschieden.

Religionen und Schwangerschaftsabbruch

Eine religiöse Überzeugung zu besitzen, bedeutet nicht automatisch, eine klare Haltung zu Fragen der Familienplanung oder zum Schwangerschaftsabbruch zu haben. Die Bewertung ist erfahrungsgemäß individuell, und es werden nicht selten unterschiedliche Glaubenssätze zur Legitimation der eigenen Entscheidung herangezogen.

Hierzu Beispiele aus dem muslimischen Kulturkreis⁵⁷: Obgleich in der Türkei der Islam als Religion vorherrscht, werden – für viele Deutsche überraschend – deutlich mehr Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt als in Deutschland. Auch wenn Staat und Religion in der Türkei voneinander getrennt sind, prägt der Islam doch das Leben der dort lebenden Menschen. Der Schwangerschaftsabbruch wird weder im Koran noch durch den Propheten Mohammed ausdrücklich erwähnt. Entsprechend differieren auch religiöse und gesetzliche Regelungen sowie deren Praxis. Einige muslimische Juristen betrachten den Schwangerschaftsabbruch – wie die katholische Kirche – als sündhafte Zerstörung von Leben, während andere ihn in den ersten 120 Schwangerschaftstagen für zulässig halten, da der Fötus nach diesem Glauben in dieser Zeit noch keine Seele

⁵⁵ Hg. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Viele Welten leben. 2004.

⁵⁶ = Jungfräulichkeitsgebot.

⁵⁷ Hg. Familienplanungszentrum: Von Liebe, Lust und Last, Reader 1997.

besitzt. Laut Meral Renz (Schwangerschaftskonfliktberaterin bei der AWO im Lore Agnes Haus in Essen) gibt es in der Türkei religiöse Institutionen, die Empfehlungen geben, bis wann ein Schwangerschaftsabbruch unbedenklich ist. Und die sagen eindeutig: bis zur zwölften Woche. Diese Frist ist auch gesetzlich festgelegt. Wenn die Fortführung der Schwangerschaft das Leben der Frau bedroht, erlauben alle zitierten Glaubensrichtungen einstimmig den Abbruch und begründen ihre Meinung mit dem Koranzitat: „Eine Mutter soll nicht wegen ihres Kindes schikaniert werden“.⁵⁸

Auch die *Bedeutung, Kinder zu haben*, kann kulturell unterschiedlich sein. Ist es in europäischen Ländern inzwischen weit verbreitet, aus eigenem Wunsch keine Kinder zu bekommen, so gilt es in vielen Ländern Subsahara-Afrikas als Makel, kinderlos zu bleiben. In Teilen Ghanas werden kinderlose Frauen als Versagerinnen gesehen. Ein Sprichwort im Kongo sagt: „Eine Frau ohne Kinder ist wie ein Baum ohne Äste.“ Der Wert einer Frau und ihre Identität als Frau werden ohne Kinder drastischer in Frage gestellt als in Deutschland. Diese kulturellen Besonderheiten können von Bedeutung sein, wenn Migrantinnen im Schwangerschaftskonflikt beraten werden. Die Angst davor, durch einen Schwangerschaftsabbruch unfruchtbar zu werden, erhält so unter Umständen noch eine andere Bedeutung als für europäische Frauen. Ferner gelten in anderen Kulturen andere Normen in Bezug auf den Zeitpunkt des Gebärens. Im Ländervergleich gebären deutsche Frauen deutlich später, als es in vielen anderen Ländern üblich ist. Die diesbezügliche Überprüfung der eigenen Haltung der Beraterin spielt in der Konfliktberatung mit minderjährigen Schwangeren eine große Rolle.

2. Rechte und Ansprüche

Die rechtlichen Regelungen rund um Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch differieren. Was kann hier für Beraterinnen und Berater wichtig sein?

Rechtliche Aspekte im Kontext des Schwangerschaftsabbruchs

Für die Beratung relevant ist zunächst die Tatsache, dass unabhängig von der gesetzlichen Regelung der unterschiedlichen Länder Frauen weltweit Schwangerschaftsabbrüche durchführen (lassen). Weltweit werden 80 Millionen Frauen jährlich ungewollt schwanger. 45 Millionen von Ihnen entscheiden sich zum Schwangerschaftsabbruch. Dabei sterben jedes Jahr 68.000 Frauen an unsachgemäßen oder unter häufig unhygienischen Bedingungen durchgeführten Abtreibungen, häufig in Ländern, in denen der Abbruch

⁵⁸ Renz, Meral, in: Pflegezeitschrift 1/2004: Interkulturelle Aspekte des Schwangerschaftsabbruchs

verboten ist.⁵⁹ Wichtig zu wissen: Jährlich sterben mehr als eine halbe Million Frauen während der Schwangerschaft oder der Geburt.⁶⁰ In 72 Ländern – das entspricht 26 % der Weltbevölkerung – herrscht ein Totalverbot des Schwangerschaftsabbruchs mit der einzigen Ausnahme, wenn das Leben der Schwangeren gefährdet ist. Hier finden wir Länder wie beispielsweise Irland, Monaco, Brasilien, Afghanistan, Iran, Irak, Togo und die Elfenbeinküste.

52 Länder – das entspricht 41 % der Weltbevölkerung – praktizieren eine Fristenregelung die besagt, dass nach Ablauf einer Frist ein Abbruch nur aus medizinischen Gründen möglich ist. Die Fristen schwanken zwischen der 12. Woche (Türkei, Deutschland) und der 24. Schwangerschaftswoche (USA). Eine gesetzlich vorgeschriebene verpflichtende Beratungsregelung für zum Schwangerschaftsabbruch entschiedene Frauen wie in Deutschland gibt es in anderen Ländern nicht.

Andere Länder wiederum praktizieren Regelungen mit sozialen Indikationen bzw. enger oder weiter ausgelegten medizinischen Indikationen.

Was bedeutet das für die Beratung?

Manche Migrantinnen, die Konfliktberatungsstellen aufsuchen, kennen die Regelungen in ihren Herkunftsländern und gehen manchmal davon aus, dass die Regelung in Deutschland eine ähnliche ist. Diejenigen, die aus Ländern kommen, in denen der Abbruch verboten ist, vermuten, dass der Abbruch auch in Deutschland – wenn überhaupt – illegal praktiziert wird. Andere kennen sich gar nicht aus und sind dadurch sehr verunsichert. Aus diesem Grund kann es für die Kommunikation in der Beratung hilfreich sein, die ratsuchende Frau zu fragen, ob sie weiß, warum sie in die Beratung kommt, und ob sie mit dem in Deutschland geltenden Recht vertraut ist. Vielen Ratsuchenden kann durch eine kurze Information zur rechtlichen Lage eine Verunsicherung genommen werden, was den Kontakt zwischen Beraterin und Ratsuchender erleichtert.

Nicht in allen Ländern werden Gesetze so treu befolgt wie in Deutschland. Dieser kulturelle Unterschied kann ein Grund dafür sein, dass Migrantinnen z. B. die Fristenregelung in Deutschland in Frage stellen und nicht verstehen, dass nach „ein paar Tagen“ nach Ablauf der Frist ein Schwangerschaftsabbruch nur mit medizinischer Ausnahmegenehmigung möglich ist.

⁵⁹ Deutsche Stiftung Weltbevölkerung: newsletter 2006.

⁶⁰ www.the.lancet.de/artikel/852799&template=d vom 29.09.2006.

Länderspezifisch unterschiedlich ist es auch, ob für einen Schwangerschaftsabbruch bei Minderjährigen die Zustimmung der Eltern erforderlich ist. In einigen Ländern wie der Türkei, Marokko oder Indien wird erwartet, dass der Ehemann seine Zustimmung zum Schwangerschaftsabbruch gibt. Das ist auch ein Grund, warum viele Frauen aus diesen Ländern den Ehemann in Deutschland zur Beratung mitbringen.

Rechtliche Aspekte im Kontext einer Schwangerschaft

Vielschichtig und kompliziert sind die für schwangere Migrantinnen relevanten sozialrechtlichen Regelungen in Deutschland rund um die Schwangerschaft. Die einfache Frage, welche finanziellen Ansprüche ausländischen Frauen und Paaren im Falle des Austragens einer Schwangerschaft zustehen, treibt vielen Beraterinnen die Schweißperlen auf die Stirn.

Durch zahlreiche zu berücksichtigende Gesetze und Neuregelungen (wie dem seit 2005 geltenden Zuwanderungsgesetz, EU-interne Freizügigkeitsabkommen, aktuelle Bleiberechtsregelungen für Geduldete und auch der Neuregelung des Elterngeldes ab dem Jahr 2007) ist die Herausforderung in einer Konfliktberatung besonders groß, angemessen und richtig über sozialrechtliche bzw. finanzielle Ansprüche zu informieren.

Hier einige Beispiele:

In Deutschland lebende *Migrantinnen aus EU-Staaten* können unter bestimmten Voraussetzungen Leistungen wie Kindergeld und Elterngeld erhalten. Für viele *Migrantinnen aus Nicht-EU-Staaten*, die sich zweckgebunden in Deutschland aufhalten, z. B. aufgrund eines Studiums, bestehen aufgrund einer Schwangerschaft keine entsprechenden Ansprüche. Schwangeren mit ungesichertem Aufenthaltsstatus steht in der Regel auch keine staatliche finanzielle Unterstützung aufgrund einer Schwangerschaft zu, es sei denn, sie werden dadurch Mutter eines deutschen Kindes, da sein Vater Deutscher ist. Insgesamt empfiehlt sich eine enge Kooperation mit einschlägigen Beratungsstellen oder Fachanwälten im Ausländerrecht.⁶¹

Das Schwangerschaftskonfliktgesetz soll dazu dienen, das ungeborene Leben zu schützen und Schwangerschaftsabbrüche zu verhindern. Der gesetzliche Auftrag, den Beraterinnen und Berater von Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen ausführen, stößt in der

⁶¹ Sehr empfehlenswert ist ein Reader, den Georg Classen vom Flüchtlingsrat Berlin im Rahmen einer Fortbildungsveranstaltung der Diakonie in Hamburg im November 2006 zusammengestellt hat. Dieser ist über das Internet zugänglich und herunterzuladen unter www.fluechtlingsrat-berlin.de.

Beratung derjenigen Migrantinnen an enge Grenzen, die nicht den „richtigen“ Aufenthaltstitel besitzen. Zu klären ist, inwieweit Migrantinnen mit ungesichertem oder eingeschränktem Aufenthaltsstatus, die in Deutschland leben und schwanger werden, insofern diskriminiert sind, als sie keinerlei Ansprüche auf finanzielle Hilfen haben, die Deutschen und Frauen mit gesichertem Aufenthalt zustehen. Hier könnten durch die EU initiierte Richtlinien und Gesetze zur Antidiskriminierung und Gleichbehandlung⁶² eine mögliche rechtliche Grundlage sein, um schwangeren Migrantinnen einen Zugang zu finanzieller Unterstützung zu gewähren. Im Sinne des Schwangerschaftskonfliktgesetzes hätten dann diejenigen Migrantinnen, die zurzeit aufgrund von finanzieller Not eine Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch treffen, eine Möglichkeit die Schwangerschaft auszutragen. Beraterinnen könnten somit Ihrem gesetzlichen Auftrag genügen, auch dieser Bevölkerungsgruppe eine Perspektive mit Kind zu eröffnen und die von diesen Frauen nicht gewünschten Schwangerschaftsabbrüche zu verhindern.

3. Kommunikation / Sprache

Eine Besonderheit in der Beratung von Migrantinnen ist häufig die sprachliche Verständigung. Migrantinnen, die nur über geringe oder keine Deutschkenntnisse verfügen, sind auf Übersetzung angewiesen. Von Seiten der Beratungsstellen muss daher versucht werden, *muttersprachliche Gespräche* zu ermöglichen, indem z. B. Migrantinnen als Beraterinnen eingestellt, deutsche Beraterinnen entsprechend qualifiziert oder Dolmetscherinnendienste organisiert werden. Dabei geht die erforderliche Kompetenz über den bloßen Übersetzungsdienst hinaus. Als hilfreich haben sich *kulturelle Mediatorinnen* erwiesen, die sich z. B. mit kulturellen Umgangsformen zu intimen Themen und Gesundheitsfragen auskennen oder von den unterschiedlichen Bedingungen der Gesundheitsversorgung in verschiedenen Kulturen wissen und in der Lage sind, damit professionell umzugehen. Gerade bei der ethisch umstrittenen Frage des Schwangerschaftsabbruches kann es leicht passieren, dass die Dolmetscherin ihre eigene Moralvorstellung mit in die Übersetzung einfließen lässt und damit die Ergebnisoffenheit des Beratungsprozesses gefährdet. Dieses Risiko besteht gleichermaßen, wenn Ratsuchende Vertrauenspersonen als Übersetzerinnen oder Übersetzer mitbringen.

Migrantinnen, die etwas deutsch sprechen und verstehen können, benötigen keine Übersetzungsdienste. Die Verständigung wird hier durch den Einsatz „*einfacher Sprache*“ und anschaulicher Arbeitshilfen erleichtert.

⁶² z.B. auch das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz aus 2006.

Viele Migrantinnen aus Nicht-Europäischen Ländern haben keine Körper- und Sexualaufklärung erfahren. Für eine Verständigung sind daher häufig anschauliche Erklärungen an Modellen hilfreich. Hierzu entwickelt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) eine Präventionsmappe⁶³ für die Beratungs- und gynäkologische Praxis (erscheint voraussichtlich Ende 2007). Eine empfehlenswerte *Arbeitshilfe* zu HIV und Schwangerschaft wurde von der AIDS-Hilfe⁶⁴ entwickelt.

Abschlussplädoyer für eine kultursensible Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatung

Antidiskriminierung als Programm – respektvolle Begegnung auf Augenhöhe

Die in unserer Gesellschaft verbreitete Diskriminierung von Migrantinnen macht auch vor Beraterinnen und Beratern nicht halt. Im Fortbildungsbereich ertappen sich Beraterinnen und Berater bei der Praxisreflexion von Beratungssituationen oft dabei, eigenen Unsicherheiten in der Beratungssituation dadurch zu begegnen, dass sie mit Migrantinnen lauter sprechen als mit Deutschen, in unvollständigen Sätzen reden oder überheblich-selbstverständlich annehmen, eine Migrantin sei per se unwissend und sexuell unterdrückt.

Beraterinnen und Berater sind daher aufgefordert, ihre eigene Haltung gegenüber Migrantinnen kontinuierlich zu reflektieren und das eigene Verhalten kritisch wahrzunehmen. Ziel muss sein, Migrantinnen mit Respekt auf Augenhöhe zu begegnen. Wichtiger als Detailwissen über die Herkunftsländer und kulturellen Besonderheiten ist eine möglichst große Offenheit in der Begegnung mit ratsuchenden Frauen (und Männern) mit ihren individuellen Anliegen.

Kontakt

Familienplanungszentrum Hamburg e. V.
Frau Bärbel Ribbert
Bei der Johanniskirche 20 · 22767 Hamburg
Tel.: 040 – 4392822
E-Mail: ribbert@familienplanungszentrum.de

⁶³ Die Präventionsmappe soll Text- und Bildtafeln mit zentralen Wissensgrundlagen zu Familienplanung, Körperaufklärung und Verhütung enthalten.

⁶⁴ Die Arbeitshilfe „Positiv Schwanger“ kann bei der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. herunter geladen werden (www.hiv-drogen.de/media/de/Positiv_Schwanger.pdf).

Literatur-Hinweise zum Weiterlesen

Boos-Nünning, U. / Karakasoglu: Viele Welten leben, Zur Lebenssituation von Mädchen und jungen Frauen mit Migrationshintergrund, Waxmann Verlag, Münster 2005

Bosmanns/ Janssens/ Temmermann: Asylbewerberinnen und Flüchtlingsfrauen in der Europäischen Union: Rechte auf sexuelle und reproduktive Gesundheit noch immer unzureichend verwirklicht; in: Bundeszentrale zur Gesundheitlichen Aufklärung: Forum Sexualaufklärung und Familienplanung 2 – 2006 (international)

Renz, Meral: Keine Frau entscheidet leichtfertig, Interkulturelle Aspekte des Schwangerschaftsabbruchs, in: Pflegezeitschrift 1/2004

Ribbert/ Hoops/ Rethemeier: Reader: Von Liebe, Lust und Last, Frauen aus aller Welt schreiben über Sexualität (Hg. Familienplanungszentrum Hamburg 1998: Als download unter www.familienplanungszentrum.de

Terzilglu, Neslisah: Migration – ein weiterer Risikofaktor in der Schwangerschaft und Wittig, U./Merbach, M. Brähler, E.: Offen für alle? Die psychosoziale Gesundheit und Versorgung von Zuwanderern und Strategien zur Verbesserung in: Bundeszentrale zur Gesundheitlichen Aufklärung: Forum Sexualaufklärung und Familienplanung 3 – 2006 (Migration)

Abtreibung weltweit – Übersicht, Stand 2005: Center of Reproductive Rights, New York (Gesetzgebung) = und Population Reference Bureau (Bevölkerung): <http://svss-uspda.ch/de/facts/world-list.htm>

Kapitel 4

Soziale Sicherung – Zentrale Fragen der Beratung

Einleitung

Dr. Gesa Schirmmacher⁶⁴, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit

Kann ich mir – können wir uns ein Kind leisten? Brauchen wir dann nicht eine größere Wohnung und können wir die bezahlen? Was ist, wenn ich gar nicht mit dem Vater zusammenlebe – wird er Unterhalt für das Kind zahlen? Was mache ich, wenn nicht? Und wie ist das mit den ganzen Dingen, die ich dann brauche – Babybett, Kinderwagen, Babykleidung Und werde ich trotz Kind arbeiten, meine Ausbildung fortsetzen, meine Arbeitsplatz behalten können?

Schwangeren gehen hierzu viele Fragen durch den Kopf. Und die Beraterinnen in den Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen sind immer wieder hiermit konfrontiert. Die wirtschaftliche Situation nach der Geburt eines Kindes ist in vielen Beratungsgesprächen rund um das Thema Schwangerschaft bzw. Schwangerschaftskonflikt zentral und die Erfahrungen der niedersächsischen Beraterinnen zeigen, dass diese Themen gerade in den letzten Jahren erheblich an Bedeutung gewonnen haben.

Das Schwangerschaftskonfliktgesetz formuliert die Erwartung, dass diese Fragen der sozialen Sicherung von den Beratungsstellen abzudecken sind. Die vielen neuen Gesetzgebungen in diesem Bereich machen dies aber nicht einfach. Schon die Einführung des SGB II und des neuen Arbeitslosengeld II sowie die ersten Reformen (Stichwort z.B.: Regelungen für Unter-25jährige), aber auch die Praxis der jeweiligen Jobcenter, Arbeitsgemeinschaften und Kommunen, stellen hohe Anforderungen an das Wissen der Beraterinnen. Dies gilt auch für die mittlerweile in Kraft getretenen Regelungen zum neuen Elterngeld.

Die beiden folgenden Beiträge stellen die hiermit verbundenen Rechtsfragen in den Vordergrund und geben Antwort auf die wichtigsten Fragen, die im Rahmen der Beratung

⁶⁴ Frau Dr. Schirmmacher ist Referentin im Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit und hat im Rahmen der Tagung „Schwanger...und nun?“ des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit am 29.11.2006 in Hannover einen Workshop moderiert.

entstehen können. Sie sind selbstverständlich nicht vollständig, sondern geben Anhaltspunkte für die Auslegung der gesetzlichen Regelungen – immer aus der Perspektive einer schwangeren Frau. Sie sind als Lektüre insgesamt, aber auch zum Nachschlagen konkreter Fragen geeignet.

Am Ende der beiden Aufsätze von Frau Prof. Dr. Frings finden sich jeweils Hinweise zu Literatur und Internet-Quellen zum Weiterlesen für die Fragen, die hier nicht beantwortet werden können.

Kontakt

Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit
Frau Dr. Gesa Schirmmacher
Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2 · 30159 Hannover
Tel.: 0511-120 30 05
E-Mail: Gesa.Schirmmacher@ms.niedersachsen.de

Leistungen für Schwangere nach SGB II

Prof. Dr. Dorothee Frings⁶⁶, Hochschule Niederrhein

Marie ist 22 Jahre alt, lebt zusammen mit ihren Eltern und einem 15jährigen Bruder und ist auf der Suche nach einem Ausbildungsplatz. Der Vater hat ein Nettoeinkommen von 1.600,- Euro, die Mutter ist Hausfrau. Miete und Heizkosten belaufen sich auf 500,- Euro. Marie ist im dritten Monat schwanger.

1. Kann Marie als Schwangere Leistungen nach SGB II erhalten?

Marie bildet nach § 7 Abs. 3 Nr. 2 SGB II eine Bedarfsgemeinschaft mit ihren Eltern. Für ihren Bedarf ist das Einkommen der Eltern nach § 9 Abs. 3 SGB II nicht zu berücksichtigen. Tatsächliche Zuwendungen sind aber immer zu berücksichtigen. Marie hat also keinen Anspruch gegen die ARGE, wenn sie von ihren Eltern tatsächlich vollständig unterhalten wird.

Wird sie von ihren Eltern unterstützt, aber nur durch kostenlose Bereitstellung der Unterkunft und Verpflegung, so hat Marie einen Anspruch auf einen Teil der Regelleistung, mindestens ein Drittel, also 115,- Euro.

Grundsätzlich ist es auch möglich, dass die Eltern jeglichen Unterhalt ablehnen und von Marie eine Beteiligung an Kost und Logis verlangen. Dann hat Marie einen vollen Leistungsanspruch. Es muss aber glaubhaft gemacht werden, dass Marie tatsächlich einen Teil der Miete an die Eltern zahlt.

2. Marie möchte mit dem Vater des Kindes zusammenziehen und das Kind gemeinsam betreuen. Wird das finanziert?

Der Wunsch nach einem Zusammenleben mit dem Partner wird vom Gesetzgeber nicht generell als Auszugsgrund anerkannt. Allerdings ist das Aufwachsen eines Kindes mit beiden Elternteilen von großer Bedeutung für das Wohl des Kindes und stellt eine Lebensform dar, die Art. 6 GG unter den besonderen Schutz des Staates stellt (Schutz der Familie). Es handelt sich deshalb um einen wichtigen Grund für einen Auszug aus dem Elternhaus nach § 22 Abs. 2a Nr. 3 SGB II.

⁶⁶ Frau Dr. Frings hat im Rahmen der Tagung „Schwanger...und nun?“ des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit am 29.11.2006 in Hannover als Referentin in einem Workshop mitgewirkt.

Weitere Argumente sind:

- die Wohnung der Eltern ist zu eng,
- es gibt Konflikte wegen der Schwangerschaft,
- es besteht die Befürchtung, durch die Eltern bei der Kindeserziehung entmündigt zu werden.

In jedem Fall muss aber **vor** dem Auszug die *Zustimmung der ARGE* eingeholt werden. Bei Ablehnung besteht die Möglichkeit, die Zustimmung im Wege des Eilverfahrens bei Gericht zu erwirken.

3. Marie möchte zu einer Freundin ziehen, die ihr ein Zimmer angeboten hat, die dafür aber 150,- Euro Beteiligung an den Mietkosten und den Anteil an den Kosten für Heizung, Strom, Telefon etc. haben möchte. Wird das finanziert?

In dieser Situation sind gewichtige Gründe für den Auszug vorzubringen, z.B. die Eltern wollen eine Abtreibung, die Eltern wollen den Vater nicht in die Wohnung lassen, die Eltern wollen ihr die Verantwortung für das Kind entziehen etc. Auch hier muss natürlich vorher die Zustimmung der ARGE/Optionskommune eingeholt werden.

Bei einem Zusammenwohnen mit der Freundin besteht die Gefahr, dass gesetzlich vermutet wird, es handele sich um eine *partnerschaftsähnliche Lebensgemeinschaft*, sobald das Kind geboren ist (§ 7 Abs. 3a SGB II). Diese Vermutung darf nicht angestellt werden, wenn

- die Freundinnen nicht in einer Haushaltsgemeinschaft leben, sondern jede ihren Haushalt eigenständig führt und nur die Gemeinschaftseinrichtungen (Küche, Bad) gemeinsam genutzt werden. Es handelt sich dann nicht um ein Zusammenleben.
- die Freundinnen das Kind nicht gemeinsam erziehen und betreuen; gelegentliche Babysitter-Dienste sind noch keine gemeinsame Erziehung.

Die Vermutung kann insbesondere dadurch widerlegt werden, dass nachgewiesen wird, dass anderweitige partnerschaftliche Beziehungen der beiden Frauen bestehen, dass keine gemeinsame Finanzplanung besteht, dass die Freizeit nicht überwiegend gemeinsam verbracht wird, etc.

4. Die Eltern verlangen, dass Marie auszieht. Sie fühlt sich aber allein mit dem Kind überfordert. Welche Hilfen sind möglich?

Hier ist an eine gemeinsame Wohnform für Mutter und Kind nach § 19 SGB VIII zu denken.

Es gibt verschiedene Betreuungsformen: Stationär, teilstationär und ambulant. Bei stationären Einrichtungen besteht keine Zuständigkeit mehr des Leistungsträgers nach

SGB II, es werden so auch keine Leistungen zur Eingliederung in Ausbildung und Beruf erbracht. Bei anderen Wohnformen, in denen die Unterkunft zur Verfügung gestellt wird und die sozialpädagogischen Hilfen ambulant erbracht werden, bleibt der Leistungsträger nach SGB II für den Lebensunterhalt und für die Eingliederung in den Arbeitsmarkt zuständig, nur die sozialpädagogischen Hilfen fallen unter das SGB VIII.

Für minderjährige Frauen und junge Volljährige (in der Praxis sehr schwierig) kommen auch Hilfen zur Erziehung nach §§ 27 ff. in Betracht.

Soweit junge Frauen mit Migrationshintergrund wegen der Schwangerschaft von ihren Familien oder einzelnen Familienmitgliedern bedroht werden, bestehen hohe Anforderungen an eine sichere Unterbringung. In der Regel muss eine andere Stadt oder auch ein anderes Bundesland gewählt werden. Bevorzugt werden sollten hierbei Einrichtungen, die mit der spezifischen Problematik vertraut sind.

Soweit keine konkreten Defizite in der Persönlichkeitsentwicklung vorliegen, kommen auch andere betreute Wohnformen, insbesondere nach § 67 SGB XII in Betracht.

Auch hier bleibt es bei der Zuständigkeit der ARGE für den Lebensunterhalt, solange es sich nicht um eine stationäre Unterbringung in einer Einrichtung handelt.

5. Welche besonderen Leistungen kann Marie wegen der Geburt des Kindes erhalten und wann?

Soweit Marie Arbeitslosengeld II erhält, hat sie ab der 12. Schwangerschaftswoche einen Anspruch auf den Mehrbedarfszuschlag nach § 21 Abs. 2 SGB II. Dieser Anspruch steht ihr auch dann zu, wenn sie von den Eltern unterhalten wird. Der Zuschlag würde ihr auch zustehen, wenn sie als Studentin oder Auszubildende keine sonstigen Leistungen erhalten würde.

Die Erstausrüstung bei Schwangerschaft steht ihr spätestens zum Beginn der 12. Schwangerschaftswoche zu, die Ausstattung für das Kind eine angemessene Zeit vor der Geburt. Sie kann diese Leistungen auch erhalten, wenn sie kein ALG II bezieht.

Marie muss die Schwangerschaft nicht durch Vorlage des Mutterpasses nachweisen. Hierin sind zu viele höchstpersönliche Daten enthalten. Eine einfache Bescheinigung des Arztes oder der Hebamme reichen auch.

Kontakt

Prof. Dr. Dorothee Frings

Hochschule Niederrhein, Fachbereich Sozialwesen

Verfassungs- und Allgemeines Verwaltungsrecht, Sozialrecht

Richard-Wagner-Str. 101 · 41065 Mönchengladbach

Tel.: 02161/1865626

E-Mail: Dorothee.Frings@hs-niederrhein.de

Literatur-Hinweise zum Weiterlesen

Arbeitslosenprojekt TuWas (Hrsg.): Leitfaden zum Arbeitslosengeld II,
Fachhochschulverlag, Frankfurt 2006

Diözese Münster (Hrsg.): Ansprüche im Sozialrecht für Mütter und Kinder,
Baden-Baden 2006

Das neue Elterngeld in der Praxis

Prof. Dr. Dorothee Frings, Hochschule Niederrhein

Lucia, argentinische Staatsangehörige, lebt unverheiratet mit Markus, deutscher Staatsangehöriger, zusammen. Sie erwarten ein gemeinsames Kind, welches Anfang Februar 2007 geboren werden soll. Lucia arbeitet als Altenpflegerin und hat ein monatliches Nettoeinkommen von 1.400,- Euro. Markus erhält als Techniker 1.600,- Euro.

1. Frage: Hat Lucia als Ausländerin überhaupt einen Anspruch auf Elterngeld?

Ausländerinnen (und Ausländer) haben nach dem Gesetzeswortlaut nur dann einen Anspruch, wenn sie

1. eine Niederlassungserlaubnis besitzen,
2. eine Aufenthaltserlaubnis besitzen, die zur Ausübung einer Erwerbstätigkeit berechtigt oder berechtigt hat,
es sei denn, die Aufenthaltserlaubnis wurde
 - a) zum Zweck des Studiums oder der Ausbildung erteilt,
 - b) zum Zweck der Erwerbstätigkeit für einen bestimmten Höchstzeitraum erteilt,
 - c) aus humanitären Gründen nach § 23 Abs. 1 des Aufenthaltsgesetzes wegen eines Krieges in ihrem Heimatland oder nach den §§ 23a, 24, 25 Abs. 3 bis 5 des Aufenthaltsgesetzes erteilt.
3. In diesem letzten Fall wird Elterngeld gezahlt, wenn die/der Ausländer/in
 - a) sich seit mindestens drei Jahren rechtmäßig, gestattet oder geduldet im Bundesgebiet aufhält und
 - b) im Bundesgebiet berechtigt erwerbstätig ist, laufende Geldleistungen nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch bezieht oder Elternzeit in Anspruch nimmt.

Lucia erhält eine Aufenthaltserlaubnis zum Zwecke des Familiennachzugs zu einem Deutschen nach § 28 AufenthG, sobald Markus die Vaterschaft anerkannt hat und das Kind geboren ist. Durch die Vaterschaftsanerkennung erhält das Kind die deutsche Staatsangehörigkeit. Diese Aufenthaltserlaubnis ist mit dem Recht zur Erwerbstätigkeit verbunden. Sie fällt auch nicht unter die Ausnahmen. Damit hat Lucia einen Anspruch auf Elterngeld, sobald die deutsche Staatsangehörigkeit des Kindes festgestellt ist. Der Anspruch beginnt mit der Geburt, auch wenn die Vaterschaftsanerkennung später erfolgt. Sie kann den Anspruch drei Monate (§ 7 Abs. 1) rückwirkend geltend machen.

2. Frage: Kann sie selbst die vollen 14 Monate erhalten, oder müsste Markus mindestens zwei Monate nehmen?

Ein Elternteil kann Elterngeld nur für 12 Monate beziehen. Ausnahmen:

1. Der andere Elternteil ist zur Betreuung nicht in der Lage oder er würde das Kindeswohl gefährden,
2. ein Elternteil hat das alleinige Sorgerecht oder das Aufenthaltsbestimmungsrecht und lebt nicht mit dem anderen Elternteil zusammen.

Lucia kann also nur 12 Monate Elterngeld erhalten, unabhängig davon, ob sie eine Sorgeerklärung abgibt oder nicht. Markus kann gleichzeitig oder abwechselnd mit Lucia Elterngeld erhalten, zusammen können sie 14 Monate Leistungen beziehen.

3. Frage: Wie berechnet sich das Elterngeld für Lucia?

Lucia erhält 67% ihres bisherigen Nettoeinkommens. Es wird das Einkommen der letzten 12 Monate zu Grunde gelegt. Zeiten, in denen für ein älteres Kind Elterngeld bezogen wurde, werden nicht berücksichtigt. Vom Bruttoeinkommen werden

- die Einkommenssteuer, Solidaritätsbeitrag und Kirchensteuer sowie
- die Sozialversicherungsabgaben sowie
- ein monatlicher Betrag von 72,- Euro als Werbungskostenpauschale abgesetzt.

Bei selbständigen Tätigkeiten wird der steuerlich ermittelte Gewinn zu Grunde gelegt, hilfsweise die Einnahmen mit einem Abschlag von 20%.

Berechnung: 67% von 1.328,- Euro = ~ 890,- Euro

Dieses Einkommen ist steuerfrei. Es würde aber bei einer gemeinsamen Veranlagung mit einem Ehegatten insofern berücksichtigt als sich die Steuerpflicht aus einem Einkommen oberhalb von 890,- Euro berechnet (Progressionsvorbehalt). Der Höchstbetrag für das Elterngeld beträgt 1.800,- Euro. Mutterschaftsgeld wird angerechnet, also entfallen in der Regel die ersten 2 Monate.

Wie sähe die Situation aus, wenn Lucia lediglich 800,- Euro bereinigtes Nettoeinkommen hätte?

Bei Niedrigeinkommen unter 1.000,- Euro werden für jede 2,- Euro, die unterhalb von 1.000,- Euro liegen, zu den 67% 0,1 % hinzugerechnet bis die vollen 100% erreicht sind (§ 2 Abs. 2).

Lucias Einkommen liegt um 200,- Euro unter der Schwelle, damit werden $100 \times 0,1 \%$ zu den 67% hinzugerechnet, also 10%.

Sie erhält also 77% ihres Nettoeinkommens = 616,- Euro.

Wie sähe die Situation aus, wenn Lucia Zwillinge erwarten würde (bei 1.328,- Euro bereinigtem Nettoeinkommen)?

Bei Mehrlingsgeburten erhöht sich das Elterngeld um 300,- Euro für das zweite und jedes weitere Kind (§ 2 Abs. 6). Lucia würde also zu dem Elterngeld von 890,- Euro einen Zuschlag von 300,- Euro bekommen = 1.190,- Euro.

Bei einem Einkommen von 800,- Euro und einem Grundanspruch auf 616,- Euro erhält sie 916,- Euro.

Bei Mehrlingsgeburten kann das Elterngeld also das ursprüngliche Einkommen übersteigen.

Wie wäre die Situation, wenn Lucia bereits ein Kind hätte, welches am 1.8.2004 geboren wurde?

Entscheidend ist, dass dieses Kind das 3. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Wird das zweite Kind im Februar geboren, so erhält Lucia für die Monate bis zur Vollendung des 3. Lebensjahres des ersten Kindes einen *Aufschlag von 10%, mindestens aber 75,- Euro.* Bei einem Einkommen von 1.328,- Euro erhält sie zu den 890,- Euro einen Zuschlag von 89,- Euro = 979,- Euro.

Bei einem Einkommen von 800,- Euro erhält sie zu den 616,- Euro den Mindestbetrag von 75,- Euro = 691,- Euro.

Der Zuschlag wird aber nur bis einschließlich Juli 2007 gezahlt. Er entfällt mit dem 3. Geburtstag des ersten Kindes.

Hätte Lucia noch zwei weitere Kinder, so würde der Zuschlag bezahlt bis das erste Kind das 6. Lebensjahr vollendet hat und das zweite Kind das 3. Lebensjahr.

Wie sieht die Situation aus, wenn Lucia weiter arbeiten möchte, aber nur halbtags? Ihr bereinigtes Nettoeinkommen würde dann 750,- Euro betragen.

Lucia kann Elterngeld auch bei einer Erwerbstätigkeit bis zu 30 Stunden wöchentlich erhalten. Das Elterngeld errechnet sich in diesem Fall aus dem Einkommensverlust gegenüber der Vollbeschäftigung.

Lucia erzielt ein Einkommen, welches um 578,- Euro unter ihrem bisherigen Einkommen liegt. Aus dieser Differenz erhält sie 67% = ~ 387,- Euro.

Hier wird der Betrag nicht aufgestockt, obwohl der Differenzbetrag unter 1.000,- Euro liegt. Es wird höchstens von einem Einkommen von 2.700,- Euro für die Vollbeschäftigung ausgegangen.

Wie sieht die Situation aus, wenn Marcus und Lucia ALG II beziehen?

Lucia erhält in diesem Fall 300,- Euro Sockelbetrag, der nicht angerechnet wird.

Wie sieht die Situation aus, wenn bisher nur Lucia gearbeitet hat und Markus von ihrem Einkommen gelebt hat?

Das Elterngeld reicht nicht für den Bedarf von drei Personen. Sie haben einen Anspruch auf ergänzende Leistungen nach SGB II:

Bedarf: 2 x 311,- Euro + 1 x 53,- Euro (207,- Euro abzüglich 154,- Euro Kindergeld) + Unterkunft und Heizung (angenommen 450,- Euro) = 1.125,- Euro.

Von 890,- Euro Elterngeld werden 590,- Euro angerechnet, so ergibt sich ein Anspruch von 535,- Euro nach SGB II.

Kontakt

Prof. Dr. Dorothee Frings

Hochschule Niederrhein, Fachbereich Sozialwesen

Verfassungs- und Allgemeines Verwaltungsrecht, Sozialrecht

Richard-Wagner-Str. 101 · 41065 Mönchengladbach

Tel.: 02161/1865626

E-Mail: Dorothee.Frings@hs-niederrhein.de

Literatur-Hinweise zum Weiterlesen

Diözese Münster (Hrsg.): Ansprüche im Sozialrecht für Mütter und Kinder,
Baden Baden 2006

Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend: Elterngeld und
Elternzeit, Berlin 2006 (kostenlos)

Kapitel 5

„Sag mir, wo die Männer sind“ – Männer in der Schwangerschafts(konflikt)beratung

Marion Jacobs⁶⁷, pro familia Emden

Das Thema „Männer in der Schwangerschafts(konflikt)beratung“ ist vielschichtiger, als gemeinhin gedacht wird. Männer im Kontext der Beratung, das können sein:

- Männer als Partner, die ihre Partnerinnen zur Beratung begleiten,
- Männer als Partner, deren Partnerinnen die Beratungsstelle alleine aufsuchen,
- Männer als Ratsuchende, die mit eigenen die Vaterschaft betreffenden Fragen die Beratung wahrnehmen, oder
- Männer als Beratungskraft, die mit den oftmals frauenspezifischen Fragen in der Schwangerschafts(konflikt)beratung konfrontiert werden.

Dies zeigt: Ansatzpunkte für Männer, eine Schwangerschafts(konflikt)beratungsstelle aufzusuchen, gibt es einige. Dennoch wurde in der Praxis festgestellt, dass die meisten der ratsuchenden Frauen allein eine Beratungsstelle aufsuchten. Warum aber ist das so? Hinter jeder schwangeren Frau steht doch auch ein Mann! Wollen die Frauen im Falle eines Schwangerschaftskonfliktes diesen schwierigen Entscheidungsprozess alleine durchstehen? Sind die Männer ganz froh darüber, dass sie eine solche Entscheidung nicht treffen müssen? Haben Männer keinen die Schwangerschaft betreffenden Informationsbedarf?

In den nachfolgenden Beiträgen wird – aus Sicht von männlichen Beratungskräften der pro familia – die Rolle des Mannes in der Schwangerschaftskonfliktberatung beschrieben. Insbesondere wird dabei der Frage nachgegangen, inwieweit Männer ihre Partnerinnen bei der Entscheidungsfindung im Schwangerschaftskonflikt beeinflussen oder unterstützen.

Im Hinblick auf den Einsatz von männlichen Beratungskräften wird deutlich, dass ratsuchende Frauen - selbst bei Schwangerschaftskonflikten - durchaus auch

⁶⁷ Marion Jacobs ist langjährige Beraterin in der Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle von pro familia Emden und hat bei der Tagung „Schwanger...und nun?“ des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit am 29.11.2006 in Hannover einen Workshop moderiert.

andersgeschlechtliche Beratungskräfte akzeptieren, während werdende Väter bei weiblichen Beratungskräften eher davon ausgehen, nicht in „eigener Sache“ gehört zu werden und das Beratungsangebot schon aus diesem Grunde oftmals gar nicht erst wahrnehmen.

Vielleicht kann es nur mit männlichen Beratern gelingen, mehr Männer für die Beratungsangebote rund um Schwangerschaft, Verhütung und Familienplanung zu gewinnen? Der Bericht der „Väterberatung in den *esperanza* - Beratungsstellen des Erzbistums Köln“ stellt ein erfolgreiches Projekt vor, das gezielt werdende Väter anspricht und von Männern für Männer angeboten wird.

Nach alledem kann festgestellt werden: Auch werdende Väter haben einen gewissen Beratungsbedarf. Sie brauchen lediglich ein geschlechtsspezifisches Angebot – laden wir sie ein!

Kontakt:

pro familia Emden

Marion Jacobs

Zwischen beiden Bleichen 1-3 · 26721 Emden

Tel.: 04921/29922

E-Mail: emden@profamilia.de

Internet: www.profamilia-emden.de

Väterberatung in den *esperanza*⁶⁸-Beratungsstellen im Erzbistum Köln – Ein Projektbericht –

„Familien brauchen Väter“ – Stärkung väterlicher Kompetenz im Kontext von Schwangerschaft und Elternschaft

Karl-Heinz Klücken⁶⁹, Väterberater beim SKFM Vereinsverband im Kreis Mettmann e. V.

1. „Sag mir, wo die Väter sind?“

Das Phänomen der „abwesenden“ Väter

In der Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatung sind werdende Väter eher selten anzutreffen. 25 % bis 30 % der Männer begleiten die schwangere Partnerin, ohne bewusst oder eher selten ihre eigenen Fragen und Konflikte zu artikulieren. Wenn sie der Schwangerschaft nicht ganz ablehnend gegenüberstehen, verhalten sie sich in der Beratung meist indifferent. Gründe hierfür liegen zum Teil in dem frauenspezifischen Verständnis von Schwangerschaft und Geburt. Schwangerschaftskonflikte werden oft individualisiert und mit Blick auf die Frau wahrgenommen. Männer werden meist vorrangig in ihrer Verantwortung angesprochen und weniger hinsichtlich ihrer eigenen Fragen, Nöte und Konflikte.

Schwangerschaft verändert

Schwangerschaft verändert das gesamte Beziehungssystem. Es erfordert Umstellungen und Neuorientierungen in den Beziehungen, in beruflicher Hinsicht bis hin zu ökonomischen Gegebenheiten.

Obwohl die Veränderung und Neuorientierung insbesondere für die Frau selbst gilt, betrifft sie in unterschiedlichem Maße alle Mitglieder eines Familiensystems, besonders den Partner, zumal das Rollenverständnis von Frau und Mann im Hinblick auf generatives Verhalten einem tief greifenden Wandel unterliegt.

Schwangerschaftsberatung aus systemischer Sicht – wie sie in den *esperanza*-Beratungsstellen durchgeführt wird – ermöglicht, den werdenden *Vater als Subjekt der Beratung*

⁶⁸ *esperanza* ist die Schwangerenberatung der kath. Träger in der Erzdiözese Köln und versteht sich als Beratungs- und Hilfenetz vor, während und nach einer Schwangerschaft.

⁶⁹ Herr Klücken hat bei der Tagung „Schwanger...und nun?“ des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit am 29.11.2006 in Hannover in einem Workshop als Referent mitgewirkt.

bewusster wahrzunehmen, ihn zu sehen mit seinen eigenen Nöten, Konflikten und Bedürfnissen in Bezug auf die Schwangerschaft und zu verstehen, dass hinter den Nöten und Konflikten in der Regel ein Potential von Ressourcen zu vermuten ist, das *unmittelbar* zur Sprache kommen soll.

Das Bemühen der Beraterinnen, den werdenden Vater immer mit in den Beratungsprozess einzubeziehen, auch wenn er physisch nicht anwesend war, konnte den Frauen helfen, ihre Perspektiven und Sichtweisen zu erweitern; dennoch blieb die Bewältigung von anstehenden Problemen oft „Sache“ der schwangeren Frau allein. Es gelang auch nicht, über diesen Weg mehr Männer für das Beratungsangebot zu gewinnen.

Väterberatung ist Männersache

Solange Schwangerschaftsberatung eine Domäne von Beraterinnen ist, werden Männer nicht davon ausgehen, in „eigener Sache“ gehört zu werden.

Diese Erkenntnis trifft zusammen mit dem Phänomen, dass immer mehr Väter ihre Vaterschaft aktiv leben wollen. Aber sie wissen oft nicht, wie es gehen soll, weil ihnen einerseits Vorbilder fehlen und sie ihre Rollen selber finden müssen, andererseits aber auch die Erwerbstätigkeit des Mannes oberste Priorität in unserer Gesellschaft hat. Ein Beispiel hierfür ist die Elternzeit; sie wird bis heute lediglich von ca. 4,5 % der Väter wahrgenommen. Die soziale Ungleichheit, die sich in der Wahrnehmung der Elternverantwortung vorwiegend bei Frauen und in der Priorisierung der Erwerbstätigkeit bei Männern zeigt, spiegelt sich also in der Beratung wider.

2. „Ich bin doch auch wichtig!“

Der werdende Vater als Subjekt in der Schwangerschaftsberatung

Auf diesem Hintergrund wurde vor 6 Jahren unter Beteiligung von Experten in der Beratung von Männern und Vätern in der Erzdiözese Köln eine Konzeption für ein Modellprojekt entwickelt, das gezielt werdende Väter anspricht, und zwar durch männliche *Berater*. Das Konzept der *esperanza-Väterberatung*.

Da damals Landesmittel nicht zur Verfügung gestellt wurden, finanzierte die Diözese vor fünf Jahren bei vier kirchlichen Trägern vier männliche Berater mit einem Beschäftigungsumfang von jeweils 50 % an vier Standorten. Die Berater warben dafür, dass Männer ein Beratungsangebot annehmen, das darauf zielt, ihnen einen Raum zu schaffen, in dem sie ihre Erlebnisweise von Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft und die

damit verbundenen möglichen Fragen, Ambivalenzen und Konflikte thematisieren können. Berater ermöglichen den werdenden Vätern, ihre eigenen Entwicklungsaufgaben im Kontext der bestehenden Schwangerschaft zu erkennen und ihre Vorstellungen von Vaterschaft sowie Kompetenzen von Väterlichkeit entwickeln zu können.

Ziel ist es, werdende Väter zu begleiten und zu ermutigen, ihre persönlichen Chancen zu nutzen, um zu einer größeren Teilhabe am Leben mit ihren Kindern zu gelangen. Dadurch können sie erleben, dass sie im Kontext mit ihrem Kind / ihren Kindern neue Facetten ihrer Männlichkeit entdecken.

Der „Untertitel“ der Väterberatung will sagen:

„Familien brauchen Väter“

- Familien werden durch die Stärkung väterlicher Kompetenz als Ganzes unterstützt.
- Ein Gleichgewicht zwischen Frauen und Männern als Eltern und Erwerbstätige wird angestrebt.
- Die Übernahme und Ausgestaltung von gemeinsamer Elternverantwortung wird gestärkt.
- Der Umgang mit den veränderten Rollen und Aufgaben wird den Partnern durch die Stärkung der Kommunikations- und Kooperationskompetenz erleichtert.

Da gerade die Phase des Übergangs zur Elternschaft von vielen Paaren krisenhaft erlebt wird, besteht das Beratungsangebot bereits während der Schwangerschaft. So kann der werdende Vater erfahren, dass er *von Anfang an* wichtig ist.

Neben der Bewältigung von bestehenden Ambivalenzen gegenüber der Schwangerschaft, der Bearbeitung von Beziehungskrisen und Konflikten hat die Schwangerschaftsberatung einen hohen präventiven Charakter, wenn sie in dieser Phase die werdenden Eltern in ihrer Elternverantwortung und -kompetenz stärken kann. Paare, die Gedanken über ihre Motive und ihr Lebenskonzept austauschen, erleben Schwangerschaft und Geburt intensiver als etwas Gemeinsames und können leichter den Übergang zur Elternschaft bewältigen. Für den werdenden Vater ist es also genauso wichtig, sich mit seinen Fragen zur künftigen Gestaltung seiner Vater-Kind-Beziehung auseinandersetzen zu können, insbesondere dann, wenn es während der Schwangerschaft zu einer Trennung von der Partnerin gekommen ist.

3. Der Rahmen der esperanza-Väterberatung in der Erzdiözese Köln

Nachdem die Modellphase (2001-2004) abgeschlossen war, in der die Väterberatung vom Diözesan-Caritasverband und vom Erzbistum Köln voll finanziert wurde, bewarben sich weitere esperanza-Beratungsstellen um die personelle Ausstattung mit einem Väterberater. Die vier halben Stellen aus der Projektphase (Köln, Bonn, Düsseldorf und Rhein-Kreis Neuss) konnten in die Landesförderung der Schwangerenberatung in NRW einbezogen werden. Vier weitere Väterberater mit einem 25%igen Beschäftigungsumfang kamen hinzu, sodass inzwischen in den Städten und Regionen Köln, Bonn, Düsseldorf, Wuppertal, Solingen und Euskirchen, im Kreis Mettmann, im Rheinkreis Neuss, im Bergischen Kreis und im Rhein-Sieg-Kreis Väterberater arbeiten.

Bis Ende 2005 wurde die Arbeit der Väterberatung und die Integration in die bestehende Arbeit der Schwangerenberatung durch Supervision der Berater und Teamsupervision der Beratungsstellenteams begleitet. Zudem arbeitete ein mit Expertinnen/Experten aus den Bereichen Männerarbeit, der Ehe- und Familienberatung und natürlich der Schwangerenberatung zusammengesetzter Begleitarbeitskreis an der inhaltlichen Fortentwicklung der Väterberatung. Die Träger waren dabei durch einen Vertreter in diesem Arbeitskreis mit eingebunden.

Ziele

Durch das Angebot wird ermöglicht,

- dass Männer / werdende Väter Beratung nutzen, weil sie von „Mann zu Mann“ sprechen können.

Die Beratung hilft,

- dass Männer ihre Identität als Mann, Vater und Partner reflektieren und sich ihrer bewusst werden.
- dass Männer ihre eigenen Fragen, Nöte und Konflikte bezogen auf Schwangerschaft und Vaterschaft wahrnehmen und bereit sind, diese zu bearbeiten.
- dass Männer Vaterschaft als lustvoll und als Steigerung eigener Lebensqualität erleben.
- dass Männer mehr Wissen über Sexualität, Fruchtbarkeit, Familienplanung, Empfängnisverhütung, Partnerschaft, Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft erwerben und ihre Erfahrungen reflektieren.
- dass Männer und Frauen gemeinsam ihre Kommunikationskompetenz beim Übergang zur Elternschaft verstärkt einsetzen.

4. Väter auf der Suche – Väter im Gespräch

Angebote für werdende und junge Väter

Dabei war es wichtig, die Angebotspalette möglichst breit anzusetzen, damit werdende Väter genug Spielraum haben, sich das auszuwählen, was ihnen am Ehesten entspricht.

Von Mann zu Mann

- Einzelberatung
- Beratung für werdende Väter im Schwangerschaftskonflikt als Krisenintervention
- Beratung für werdende Väter in Trennungssituationen
- Beratung zu allen Fragen rund um Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft
- Beratung zur Stärkung väterlicher Identität als Stärkung gemeinsamer Elternkompetenz.

Etwa die Hälfte der werdenden und jungen Väter, die das Angebot der Einzelberatung nutzen, sucht Unterstützung bei der Annahme der Vaterschaft sowie die Klärung der rechtlichen Fragen wie Vaterschaftsfeststellung oder Sorgerecht bei Nichtehelichkeit. Umgangsrecht und Unterhalt für Mutter und Kind spielten dann eine große Rolle, wenn eine Trennung von der Partnerin während der Schwangerschaft erfolgt war. Finanzielle Probleme, Wohnungsprobleme und die eigene berufliche Situation (auch Arbeitslosigkeit) waren Themen, die nicht nur der Beratung, sondern auch der Unterstützung bei der Hilfevermittlung bedurften. Die Einzelberatung wird von ca. 50 % der werdenden und jungen Väter genutzt, um Beziehungsstörungen zu bearbeiten; nach einer Trennung von der Partnerin geht es um die künftige Gestaltung der Vater-Kind-Beziehung.

Eltern werden – Paare bleiben

„Das hatten wir uns anders vorgestellt“

Paarberatung und Co-Beratung

- zur Bewältigung eines Schwangerschaftskonfliktes
- zur Bearbeitung von Beziehungsstörungen in der Schwangerschaft
- zur Stärkung der Kommunikation
- zur Unterstützung beim Übergang zur Elternschaft
- zur Förderung der gemeinsamen Elternverantwortung und Elternkompetenz.

Bei Beziehungsstörungen, die z. T. durch die Schwangerschaft entstehen und oft latent schon vor der Schwangerschaft vorhanden sind, bieten die esperanza-Beratungsstellen zunehmend das Instrument der Co-Beratung an. In diesem Setting, für das im laufenden

Jahr Fortbildungen angeboten wurden, lassen sich insbesondere konfliktbelastete Fragen in der Beziehung effektiv bearbeiten.

Die Co-Beratung erleichtert das Herstellen eines Gleichgewichtes in der Ansprache von Mann und Frau. Die Allparteilichkeit für alle Beteiligten lässt sich leichter realisieren, und das Thema „Gemeinsame Elternschaft“ zum Wohl des Kindes kann einen größeren Raum gewinnen.

„Ich hätte nie gedacht, dass ich so viele Fragen habe, die ich loswerden will“

Vätertelefon⁶⁸ und online-Beratung unter: www.esperanza-online.de

- bieten einen geschützten Raum und Anonymität
- ermöglichen Nähe auf Distanz
- schaffen einen ersten Zugang zur Beratung.

Von anderen lernen und den eigenen Weg finden

Gruppenangebote

- Als niedrigschwelliges Angebot erleichtern sie es den Männern, sich zu öffnen, eigene Fragen und Themen anzusprechen und voneinander zu lernen.
- Das Gespräch und der Austausch mit anderen werdenden und jungen Vätern wecken gegenseitiges Interesse und Solidarität; sie helfen, den eigenen Weg zu finden und die Väteridentität zu stärken.

Entsprechend der örtlichen Situation haben die Berater unterschiedliche Möglichkeiten gesucht, werdende und junge Väter in Form von Gruppenangeboten anzusprechen:

„Vater werden – Vater sein“

Offene Angebote z. T. in Kooperation

- Offener Vätertreff „Vater wie geht’s?“
- Vater sein und Arbeitslosigkeit
- „Feuerabend“ – offener Treff für Männer / Väter am Lagerfeuer
- Geburtsvorbereitung für Paare in Kooperation mit einer Hebamme
- Geburtsvorbereitung für werdende Väter
- Triple P für werdende und junge Väter
- Vater-Kind-Spielgruppe
- Paargruppe für werdende und junge Eltern in Kooperation mit der Ehe-, Familien- und Lebensberatung.

⁶⁸ Tel.: 01752246356 und 02104 928842.

5. „Du brauchst auch deinen Kopf, wenn das Herz pocht und der Bauch kribbelt!“

Ergänzende sexualpädagogische Jungenarbeit zur Förderung personalverantworteter Sexualität

Angesichts steigender Zahlen minderjähriger Schwangerer ist die sexualpädagogische Arbeit in Schulen und Jugendgruppen von besonderer Bedeutung. Schülerinnen und Schüler brauchen Gelegenheit, sich mit Fragen ihres Lebenskonzeptes auseinanderzusetzen, dazu gehören auch Vater- und Mutterschaft und die damit verbundene Verantwortung. Dies aus der jeweiligen Sichtweise einer Beraterin und eines Beraters zu ermöglichen, ist für die sexuelle Identitätsentwicklung von besonderer Bedeutung.

Anliegen sexualpädagogischer Arbeit als Beraterpaar

- Identifikationsobjekt anbieten
- geschlechtsspezifische Fragen und Bedürfnisse in getrennten Gruppen bearbeiten
- Geschlechtsidentität und Selbstvertrauen stärken
- Kommunikations- und Beziehungskompetenz stärken.

Durch einen Berater den Jungen und durch eine Beraterin den Mädchen eine Identifikation zu ermöglichen, schafft Raum für geschlechtsspezifische Themen, Fragen und Bedürfnisse. Die Geschlechtsidentität und das Selbstvertrauen erfahren darin eine Stärkung. Die geschlechtshomogene Gruppenarbeit erleichtert die Kommunikation und stärkt beide Geschlechter offener miteinander zu kommunizieren. Das Aufeinanderzugehen von Jungen und Mädchen nach der Klärung der eigenen Fragen fördert die Beziehungskompetenz.

6. „Synergieeffekte nutzen“

Kooperation und Vernetzung

Eine wichtige Aufgabe der Väterberatung ist die Kooperation und Vernetzung mit anderen Diensten; zum Einen, um vorhandene Ressourcen zu nutzen, und zum Anderen, um die Väterarbeit mit anderen Angeboten zu verknüpfen (z. B. Geburtsvorbereitung, Frühförderung etc.).

Das Väterprojekt hat durch seine Arbeit auf die Bedeutung solcher Angebote aufmerksam gemacht, so dass zum Teil Bildungseinrichtungen verstärkt Väterthemen aufgegriffen haben.

Zur Vernetzung gehört z. B. auch, an einer Sensibilisierung für Väterthemen mitzuwirken. Dies gilt für alle sozialen Dienste, für Bildungsangebote und für Beratungsstellen.

7. Ausgewählte Zahlen und Fakten in Kürze

(Grundlage: Jahresbericht *esperanza* 2005)

Im Jahr 2005 begleiteten 1.273 Männer ihre schwangeren Partnerinnen in die Beratung bei *esperanza*. (Gesamt der Frauen: 7024). Das ist eine Steigerung des Männeranteils von ca. 15 % gegenüber 2004.

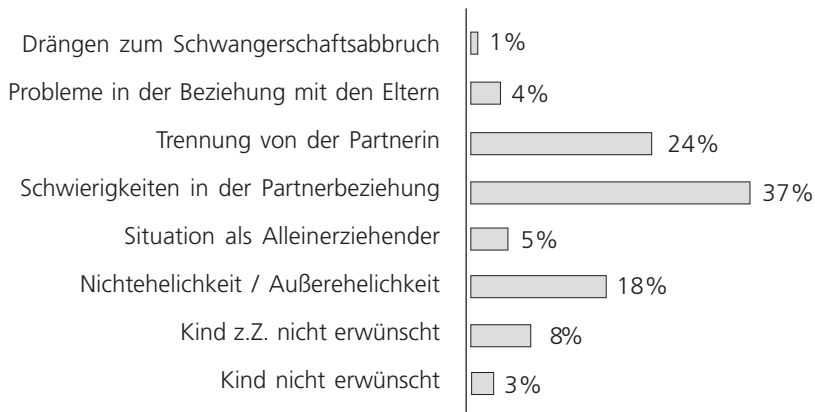
239 Männer suchten die Väterberatung mit einem eigenen Beratungsanliegen auf. Insgesamt wurden in den fünf Jahren des Bestehens der Väterberatung über 1.000 Männer mit eigenem Anliegen beraten.

Zur Lebenssituation der Männer

Von den 239 Männern, die mit eigenem Wunsch die Beratungsstellen aufsuchten, waren zum Zeitpunkt des Beratungsbeginns 106 Partnerinnen schwanger, in 58 Fällen war das Kind bereits geboren, und 38 Männer wurden unabhängig von einer Schwangerschaft beraten. Von 37 Männern ist der Beratungskontext unbekannt.

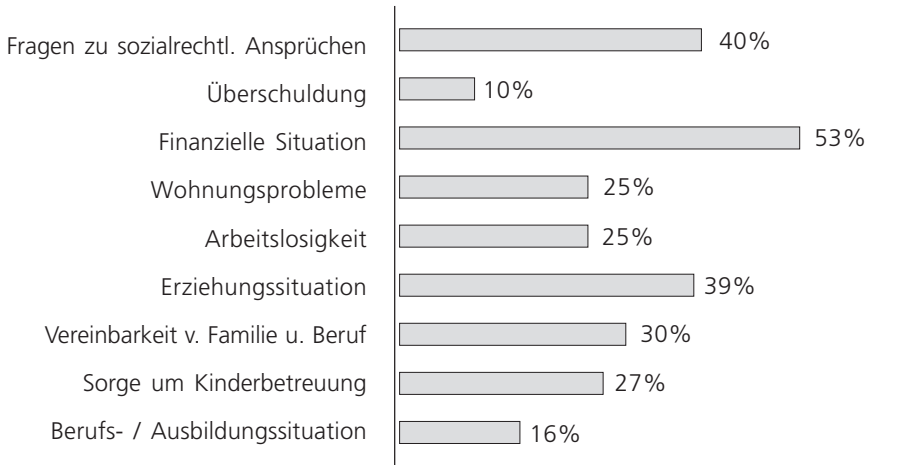
Aus welchen Gründen suchten die Männer Beratung?

a.) *Psychosoziale Lebenssituation*



Im Vergleich zu den Frauen insgesamt suchen prozentual mehr Männer die Beratung wegen Partner- und Trennungsproblemen auf.

b.) Soziale, finanzielle und materielle Situation



In diesem Lebensbereich nennen prozentual die meisten Männer Beratungs- und Hilfebedarf. Auffallend ist, dass prozentual mehr Männer die Erziehungssituation als Beratungsanlass nennen als die Frauen (39 % zu 7 % Frauen in der allgemeinen psychosozialen Beratung und zu 18 % Frauen im existentiellen Schwangerschaftskonflikt). Auch um die Kinderbetreuung sind prozentual mehr Väter besorgt als Schwangere in der allgemeinen psychosozialen Beratung; dies trifft ebenso zu bei der Frage der Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

8. „Kinder kriegen ist auch Männersache!“

Bewusstseinsbildung

Die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, insbesondere in der Arbeits- und Berufswelt, sind noch lange nicht so, dass Väter aktiver ihre Vaterschaft leben können.

Väter in ihrer väterlichen Kompetenz anzusprechen, bedeutet, an einem Bewusstsein mitzuwirken,

- dass Kinder Vater und Mutter brauchen
- dass beide Elternteile ihre je eigene Kompetenz für die Gestaltung ihrer Eltern-Kind-Beziehung einsetzen sollen

- dass für eine gesunde Entwicklung des Kindes die Vater-Kind-Beziehung genauso wichtig ist wie die Mutter-Kind-Beziehung
- dass es der Gleichberechtigung von Frau und Mann entspricht, Familienarbeit und Erwerbstätigkeit so aufzuteilen, dass beide Aufgabenbereiche als gleichwertig erlebt werden
- dass die Eltern- und Paarebene eine bessere Balance finden kann.

9. „Allparteilich zu sein, gelingt uns besser!“

Nach den Rückmeldungen der Beraterinnen hat die Mitarbeit eines Beraters die Arbeit der Beratungsstellen sehr bereichert. Beraterinnen gelang es mehr als bisher, sich mit männlichen Bedürfnissen im Kontext von Schwangerschaft auseinanderzusetzen und bewusster darauf zu achten, einseitige Loyalitäten mit der schwangeren Frau zu vermeiden, die sich oft als Opfer sieht.

Rat suchende Frauen empfanden es als entlastend, dass ihr Partner ein eigenes Beratungsangebot hat, so dass sie die Lösung der Probleme nicht für ihn übernehmen mussten, sondern er selber seine Fragen klären konnte.

Das Angebot zur Paarberatung als Co-Beratung (durch Beraterin und Berater) hat verstärkt Männer angesprochen, sich auf eine Klärung ihrer Beziehungskonflikte mit der Partnerin einzulassen.

Stärker als bisher wurden in der Beratung Fragen zur Gestaltung der Vater- und Mutterrolle formuliert und das Wohl des Kindes in den Blick genommen.

Diese Erfahrungen zeigen, dass die Väterberatung für die Stärkung von Familien eine besondere Bedeutung hat, und zwar deshalb, weil schon während der Schwangerschaft der Akzent auf die Förderung der *gemeinsamen Elternkompetenz* gelegt und die Paarebene gestärkt wird. Mann und Frau finden einen je eigenen und einen gemeinsamen Raum in der Beratung, indem sie in ihrer eigenen, vom Geschlecht geprägten, Erlebnisweise angesprochen werden und in gegenseitigem Austausch erfahren, wie wichtig eine offene Kommunikation für die Gestaltung ihrer Paarbeziehung und für ihre Rolle als Vater und Mutter ist.

Somit sieht sich die Väterberatung dem Anliegen verpflichtet, zur Gleichstellung von Mann und Frau im Familienleben beizutragen und die Väter im kommunikativen Umgang mit Krisen und Konflikten zu stärken, die oft den Übergang zur Elternschaft begleiten. Die Väterberater verstehen sich dabei als Anwälte der Väter mit Blick auf die Kinder.

Kontakt

Karl-Heinz Klücken

SKFM im Kreis Mettmann e. V.

Jubiläumsplatz 2-4 · 40 822 Mettmann

Tel. 0175 / 2246356

Email: karl-heinz.kluecken@skfm-kreis-mettmann.de

Internet: www.skfm-vereinsverbandme.de/vaeterberatung.htm

Männer in der Schwangerschafts(konflikt)beratung

Ein Bericht aus Sicht eines männlichen Beraters

*Michael Goedecker*⁷⁰, pro familia Emden

Im Jahr 2005 kamen 197 Frauen zu einer Schwangerschaftskonfliktberatung in die pro familia Emden. Die Auswertung der Statistik ergibt, dass nach eigenen Angaben

- 66 Frauen verheiratet sind,
- 46 Frauen unverheiratet sind,
- 29 in einer eheähnlichen Gemeinschaft leben,
- 24 getrennt von ihrem Partner leben und
- 32 bei den Eltern leben (wobei nicht angegeben wurde, ob sie dennoch in einer Beziehung leben).

Von diesen 197 Frauen wurden lediglich 52 von ihrem Partner zur Schwangerschaftskonfliktberatung begleitet. Da hinter jeder schwangeren Frau aber auch ein Mann steht – ob verheiratet oder unverheiratet, ob zusammen- oder getrennt lebend – stellen sich die folgenden Fragen:

Wo waren die anderen Männer? Warum haben sie ihre Partnerinnen nicht begleitet?

Einige der Frauen wurden befragt, weshalb sie alleine zur Beratung kommen. Folgende Gründe wurden genannt:

- Der Partner weiß nichts von der Schwangerschaft, bzw. darf von der Schwangerschaft nichts wissen
- Der Partner trägt jede Entscheidung mit; allein aus zeitlichen Gründen kann er nicht dabei sein.

Was ist wirklich mit den Männern los? Wie fühlt sich ein Mann, wenn er von einer ungeplanten Schwangerschaft erfährt?

Sören Bangert aus der pro familia Köln hat in seiner Broschüre zum Thema „Männer in der Schwangerschaftskonfliktberatung“⁷¹ die Sichtweisen und Empfindungen der

⁷⁰ Herr Goedecker hat bei der Tagung „Schwanger...und nun?“ des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit am 29.11.2006 in Hannover an einem Workshop als Referent mitgewirkt.

⁷¹ Nachzulesen unter www.profamilia.de/getpic/3336.

betroffenen Männer beschrieben. Er bezieht sich auf Erfahrungswerte, die er in seiner Beratungstätigkeit gesammelt hat. Dabei geht er auf die Bedürfnisse, Phantasien und Konflikte ein und beschreibt, wie Männer sich in einer Konfliktsituation verhalten und welche Haltung sie zu einer Schwangerschaft haben. Diese Broschüre bildet die Grundlage der nachfolgenden Ausführungen.

Im Vorfeld einer jeden Beratung – ob mit oder ohne Partner – muss klar sein: Die Frau ist diejenige, die entscheidet, ob sie das Kind bekommen möchte oder ob die Schwangerschaft abgebrochen wird. Die Frau steht im Mittelpunkt der Beratung; ihre Interessen und Bedürfnisse haben Vorrang.

Was ist mit dem Partner, der ja ebenfalls von der Schwangerschaft der Frau betroffen ist?

Männer erleben eine Schwangerschaft sekundär, da sie sich außerhalb ihres eigenen Körpers abspielt. Sie bekommen zwar die äußeren Veränderungen ihrer Partnerin mit, können aber die Empfindungen der Schwangeren nicht selber spüren.

Männer sind somit Beobachter und erleben eine andere Realität als die schwangere Frau. Trotzdem hat die Erkenntnis, dass die Partnerin nun schwanger ist, auch Auswirkungen auf das emotionale Empfinden des Mannes. Hier spiegelt sich das Gefühl wieder, dass der Mann zeugungsfähig ist und nun Vater wird.

Der Mann stellt sich folgende Fragen: *Wie wird es wohl mit einem Kind? Welche Auswirkung hat ein Kind auf mein Leben und auf die Beziehung?* Gleichzeitig können aber auch Ängste und Befürchtungen auftauchen: *„Was wird sich nun wohl alles ändern, wenn wir statt zu zweit bald zu dritt sind?“* Fragen, wie *„Will ich überhaupt Vater werden?“* oder *„Was bedeutet es, Vater zu werden?“*, *„Was für eine Verantwortung kommt auf mich zu?“*, *„Bin ich bereit, mein Leben zu ändern?“*, tauchen plötzlich auf.

Während viele Frauen, die ungeplant schwanger geworden sind, neben Gesprächen mit dem Partner (wenn sie ihn denn mit einbeziehen), sich auch an die beste Freundin oder an eine Beratungsstelle wenden, neigen Männer dazu, dass sie ihren eventuellen Konflikt mit der Schwangerschaft der Partnerin eher mit sich selber ausmachen. Aber auch Männer haben einen Anspruch auf Beratung im Falle eines Schwangerschaftskonfliktes, nur wird dies von ihnen nicht genutzt. Oft haben sie noch nicht einmal die Möglichkeit, mit einem Freund darüber zu sprechen, da sie Angst davor haben, verspottet zu werden.

Eine Entscheidung „für“ oder „gegen“ eine Schwangerschaft kann also sehr schwerwiegend für Mann und Frau sein und muss gut überlegt werden. Ein Schwangerschaftskonflikt kann auch ein Beziehungskonflikt sein oder zu einem solchen werden.

**Welche Rolle nimmt der Partner in einer Schwangerschaftskonfliktberatung ein?
Ist seine Meinung relevant für die Entscheidung der Frau?**

In den meisten Fällen hat sich das Paar schon im Vorfeld für einen gemeinsamen Weg entschieden. Die Männer kommen lediglich als Begleiter und Beschützer der Frau mit in die Beratung.

In Beratungen, in denen sich die Frauen schon im Vorfeld gegen das Austragen der Schwangerschaft entschieden haben, wirken die Männer eher zurückhaltend. Sie lassen ihre Partnerin reden und stimmen ihren Beweggründen zu oder sagen, dass sie mit jeder Entscheidung der Frau leben können. Sie überlassen somit ihrer Partnerin ganz allein die Entscheidung. Einige Männer wollen sogar ganz bewusst vermeiden, dass sie ihre Partnerin beeinflussen. Sie nehmen sich und ihre Gedanken zurück und sind ganz bei den Entscheidungen der Frau. Sie wollen vermeiden, dass ein Bild vom „bösen“ Mann entstehen könnte, der seine Partnerin quasi zu einem Abbruch „zwingt“.

Viele Männer sind aber auch hilflos. Nach den gesetzlichen Bestimmungen liegt die Entscheidung für oder gegen eine Schwangerschaft in der Hand der Frau. Die Männer fühlen sich oftmals in so einer wichtigen Phase, die die eigene Familie betrifft, ausgeschlossen.

Ist vor der Beratung für das Paar noch keine Entscheidung für oder gegen eine Schwangerschaft gefunden, kommt es oftmals vor, dass sich das Paar in unterschiedlichen Gedankenwelten befindet. In der Regel zeigt sich dann eine Situation, in dem sich die Frau für die Schwangerschaft und der Mann dagegen ausspricht. Männer äußern dann oftmals, dass sie sich mit der wirtschaftlichen Situation des Paares auseinandersetzen. Sie fühlen sich verantwortlich für die finanzielle Absicherung der Familie. Es kristallisiert sich ein typisches Rollenverhalten (die Frau als Nestbauerin und der Mann als Versorger) heraus.

Kann eine klare Position des Partners nicht auch eine hilfreiche Unterstützung für eine Entscheidungsfindung für die Frau sein?

Ein eindeutiges „ja“ des Mannes für die Schwangerschaft kann die Entscheidung der Frau erleichtern, da sie das Gefühl vermittelt bekommt, dass der Partner an ihrer Seite steht.

Aber auch ein aufrichtiges „nein“ kann auf die Frau entlastend wirken, da sie dann die Verantwortung für einen Abbruch mit dem Partner teilen kann und sich nicht gänzlich allein verantwortlich fühlt.

Welche Rolle nimmt eine männliche Beratungskraft in der Schwangerschaftskonfliktberatung ein?

Im Prinzip gibt es keinen Unterschied zwischen einer Beraterin und einem Berater. Beide haben das erforderliche Fachwissen, vertreten die Interessen der Frau und geben eine Hilfestellung in ihrer Entscheidungsphase, egal für welchen Weg sich die Frau entscheidet.

Wie werden männliche Berater von Frauen, die Rat in einem Schwangerschaftskonflikt suchen, angenommen?

Diese Frage musste ich mir selber stellen. So musste ich mich mit meiner Rolle als männlicher Berater zunächst einmal selbst auseinandersetzen.

Es beschäftigten mich folgende Fragen und Zweifel:

- Kann ich mich als männlicher Berater überhaupt in die Gefühlslage einer schwangeren Frau hineinversetzen?
- Fühlt sich eine schwangere Frau, die sich in einem Konflikt befindet, bei einem männlichen Berater verstanden?
- Entsteht nicht der Eindruck, dass sich ein männlicher Berater, wenn eine schwangere Frau mit ihrem Partner in eine Konfliktberatung kommt, eher mit dem Mann verbündet?
- Kann ein männlicher Berater die Gedankengänge der Frau „gegen oder für“ eine Schwangerschaft nachvollziehen, obwohl er als Mann die psychischen und physischen Auswirkungen einer Schwangerschaft nicht kennen kann?
- Wird ein männlicher Berater überhaupt von der Frau mit ihren Problemen ernst genommen?
- Kann es passieren, dass ein männlicher Berater, aus der Sicht eines Mannes, die Schwierigkeit und die Konfliktsituation nicht für so problematisch ansieht?
- Kann ein Berater eher auf die rationale Ebene eingehen und nicht so sehr auf die emotionalen Aspekte der Entscheidungsfindung?
- Vertritt ein Berater eher die männliche Sichtweise und nicht die der Frau?

Obwohl sich diese Fragen und Zweifel in der Praxis nicht bestätigt haben, kann es dennoch für einige Frauen unangenehm sein, wenn Sie sich in einem Schwangerschaftskonflikt von einer männlichen Person beraten lassen.

Damit eine Frau aber selber entscheiden kann, ob sie sich von einem Mann oder einer Frau beraten lassen möchte, bietet die Beratungsstelle der pro familia in Emden im Vorfeld immer die Möglichkeit an, dass die Ratsuchende zwischen einem Berater und Beraterin wählen kann. Da die meisten Termine telefonisch vereinbart werden, wird diese Frage schon im Vorfeld mit der Frau besprochen.

Kommt eine Frau zu einem Gespräch ohne Voranmeldung und möchte nicht zu einem Berater, wird die Beratung von einer Kollegin übernommen.

Klar ist: In der besonderen Situation des Schwangerschaftskonfliktes soll keine Frau von einem männlichen Berater beraten werden, wenn sie dies nicht möchte.

Kontakt

pro familia Beratungsstelle Emden (mit Nebenstelle Leer)

Michael Goedecker

Zwischen beiden Bleichen 1-3 · 26721 Emden

Tel.: 04921/29922 · Fax (04921) 964709

E-Mail: emden@profamilia.de

Nebenstelle Leer:

Osseweg 19 (Ledatreff) · 26789 Leer

Tel. 0177-5114596

Die Rolle der Männer bei der Entscheidungsfindung in einem Schwangerschaftskonflikt

Beeinflussen die Männer die Entscheidung der Frau?

Hermann Niehuis-Schwiertz⁷², pro familia Wilhelmshaven

Die Schwangerschaftskonfliktberatung ist eine Beratung für die schwangere Frau. Sie ist keine freiwillige Beratung, sondern eine rechtliche Voraussetzung für die Durchführung eines straflosen Schwangerschaftsabbruches ohne Indikation (§ 218a Abs. 1 Strafgesetzbuch). Die für den Abbruch notwendige Beratungsbescheinigung darf der Schwangeren nur dann ausgestellt werden, wenn sie die Schwangerschaftskonfliktberatung persönlich wahrgenommen hat. Die Teilnahme des Partners der Schwangeren am Beratungsgespräch ist aus rechtlichen Gründen nicht erforderlich.

Was bedeutet das für die Schwangere und ihren Partner? Welche Rolle spielt der Partner bei der Entscheidungsfindung, ob die Schwangerschaft ausgetragen oder abgebrochen wird?

Um diese Fragen zu beantworten, soll zunächst aufgezeigt werden, wie viele Männer an den Beratungsgesprächen teilnehmen, und was die Gründe für die Nicht-Teilnahme der Männer sein könnten.

Hierzu im Vorfeld einige Daten: In die pro familia Beratungsstelle Wilhelmshaven kamen im Jahr 2005 insgesamt 189 Frauen und Mädchen zur Schwangerschaftskonfliktberatung. Eine deutliche Mehrheit (genaue Zahlen hierfür liegen nicht vor) dieser Frauen und Mädchen hatte sich bereits vor dem Beratungsgespräch für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden. Diese Frauen kamen zur Beratung, um Informationen über den Schwangerschaftsabbruch zu erhalten und den Beratungsschein ausgestellt zu bekommen. Nur bei einer Minderheit (ca. 25 %) der Frauen und Mädchen bestand ein Schwangerschaftskonflikt in dem Sinne, dass die Entscheidung über Austragen oder Abbrechen der Schwangerschaft noch nicht getroffen oder noch unsicher war.

33 der 189 Frauen bzw. Mädchen (also etwa jede Sechste) wurden bei der Beratung von ihrem Partner begleitet. Dieser Anteil scheint zunächst gering zu sein. Jedoch täuscht der erste Eindruck. Denn da ein Drittel (32,64 %) der Frauen zum Zeitpunkt der Beratung

⁷² Herr Niehuis-Schwiertz hat bei der Tagung „Schwanger...und nun?“ des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit am 29.11.2006 in Hannover an einem Workshop als Referent mitgewirkt.

alleinstehend und weitere 9,33 % geschieden oder getrennt lebend waren, kann davon ausgegangen werden, dass bei einem Teil dieser Frauen die Schwangerschaft nicht im Rahmen einer festen Partnerschaft zustande gekommen war. Anders ausgedrückt: Ein nicht genau zu ermittelnder Anteil der 189 Frauen, die zur Beratung gekommen waren, hatten keinen Partner, der zu der Beratung hätte mitkommen können.

Was aber ist mit den verbleibenden ca. 100 Frauen, die einen Partner hatten, jedoch ohne diesen zur Beratung kamen?

Könnte es sein, dass in diesen Fällen der Partner eine andere Einstellung zu der Schwangerschaft hatte oder er vielleicht überhaupt nicht von der Schwangerschaft wusste?

Diese Fragen lassen sich für die überwiegende Mehrheit der Beratungsfälle deutlich mit „nein“ beantworten: Denn bei den „Gründen, aus denen die Frau einen Schwangerschaftsabbruch wünscht oder erwägt“ (diese müssen in einem Beratungsprotokoll angegeben werden) wurden „Gründe in der Partnerschaft“ nur 29mal und „Ablehnung des Kindes durch den Kindsvater“ nur 10mal angegeben (Mehrfachnennungen waren möglich, insgesamt gab es 461 Motiv-Nennungen). Die Partnerschaft bzw. die Haltung des Sexualpartners machen also nur 10 % der insgesamt genannten Gründe für einen Schwangerschaftsabbruch aus.

Aus den bisher genannten Daten lässt sich folgendes vermuten: Die Entscheidung über Abbruch oder Austragen einer ungewollten oder ungeplanten Schwangerschaft wird von der Schwangeren getroffen, und zwar in den allermeisten Fällen im Einvernehmen mit dem Partner oder zumindest nicht im Konflikt mit dem Partner.

Dies wird auch aus der Studie „Männerleben“⁷³ deutlich, die von 2001 bis 2004 im Auftrag der BZgA⁷⁴ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) erstellt wurde. Im Rahmen dieser Studie wurden insgesamt 1.503 Männer im Alter zwischen 25 und 54 Jahren aus verschiedenen Regionen (Gelsenkirchen, Freiburg Stadt, Freiburg Umland, Leipzig) in Hinblick auf ihre Einstellungen und Wahrnehmungen zum Thema Familienplanung befragt.

167 dieser Männer hatten davon berichtet, dass eine Partnerin schwanger geworden war und es zu einem Schwangerschaftsabbruch kam. Die Frage, inwieweit sie an der

⁷³ Nachzulesen unter www.maennerleben.de.

⁷⁴ www.bzga.de.

Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch beteiligt waren, wurde von diesen Männern folgendermaßen beantwortet:

- 59% waren an der Entscheidung beteiligt und für die Entscheidung der Schwangeren.
- 15,1 % hatten „die Entscheidung der Partnerin überlassen“.
- 17,5 % sagten, die Partnerin habe allein entschieden.
- 8,4 % nannten anderes (z. B.: erst später davon erfahren, Abbruch aus medizinischen Gründen).

Das bedeutet: Bei mindestens 74 % der ungewollten Schwangerschaften, die durch einen Schwangerschaftsabbruch beendet wurden, gab es in dieser Frage keinen Konflikt zwischen schwangerer Frau und ihrem Partner.

Dass der Anteil der Entscheidungen, die im Einvernehmen zwischen den Partnern getroffen wurden oder bei denen der Mann der Partnerin die Entscheidung überließ, noch wesentlich höher liegen dürfte, ergibt sich aus einem anderen Ergebnis der Befragung: 85 % der Schwangerschaften, denen die Männer zwiespältig oder unentschieden gegenüber standen, wurden ausgetragen.

Ein Konflikt, dass der Mann die Schwangerschaft nicht gewollt hatte, die Frau sie aber zu dem Zeitpunkt oder später wollte, wurde nur von 0,6 % der insgesamt befragten Männer angegeben, die umgekehrte Situation, dass der Mann das Kind zu dem Zeitpunkt oder später wollte, die Frau aber nicht, von 0,5 % der Befragten.

Die Ergebnisse dieser Befragung decken sich mit den Erfahrungen aus der Beratungsstelle der pro familia Wilhelmshaven:

- Bei einer deutlichen Mehrheit der Frauen, die zur Schwangerschaftskonfliktberatung kamen – ob mit oder ohne Partner – wurde die Entscheidung, die Schwangerschaft abzuberechnen, bereits vor dem Beratungsgespräch entweder einvernehmlich von beiden Partnern getroffen oder der Partner hat der Schwangeren die Entscheidung überlassen.
- Nur bei schätzungsweise 10 % der Beratungen (siehe oben) wurde von der Schwangeren angegeben, dass die Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch mit Konflikten in der Partnerschaft zusammenhängt. In diesen 10 % dürften auch die Fälle enthalten sein, in denen der (Sexual-)Partner nichts von der Schwangerschaft wusste.
- Noch etwas geringer ist der Anteil der Fälle, in denen sich die Frau für einen Schwangerschaftsabbruch entscheidet, der Partner jedoch ein Austragen der Schwangerschaft befürwortet.

Für die Beratungssituation bedeutet dies: Kommt eine Schwangere zur Schwangerschaftskonfliktberatung, dann wird im Beratungsgespräch zunächst geklärt, ob die Schwangere bereits eine Entscheidung getroffen hat oder ob sie noch Beratung braucht, um ihre eigene Entscheidung treffen zu können. Die Schwangere wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es ihre eigene Entscheidung ist, ob die Schwangerschaft ausgetragen oder abgebrochen wird. Dies wird besonders auch dann betont, wenn der Partner am Beratungsgespräch teilnimmt.

Kommt eine Schwangere *mit Partner* zur Schwangerschaftskonfliktberatung in die Beratungsstelle, dann nimmt er in aller Regel auch am Beratungsgespräch teil. Lediglich in den seltenen Fällen, in denen die Schwangere den Wunsch äußert, alleine das Beratungsgespräch zu führen, oder in denen die Beraterin/der Berater den Eindruck hat, dass die Schwangere nicht freiwillig, sondern unter Druck zur Beratungsstelle gekommen ist, wird die Schwangere zunächst alleine zum Gespräch gebeten, um ihre Entscheidung zu erfragen bzw. sie bei ihrer eigenen Entscheidungsfindung zu beraten.

Die Beratung von Paaren unterscheidet sich hier von der Beratung derjenigen Schwangeren, die von Familienangehörigen (z. B. Eltern) begleitet werden. Diese Schwangeren (z. B. Minderjährige) werden in der Regel zunächst alleine in den Beratungsraum gebeten, es sei denn, sie äußern selber den Wunsch, dass die Begleitperson von Anfang an am Beratungsgespräch teilnimmt.

Kommt eine Schwangere mit Partner zur Schwangerschaftskonfliktberatung, dann wird zwar deutlich betont, dass die Entscheidung über Austragen oder Abbruch der Schwangerschaft letztlich die alleinige Entscheidung der Schwangeren ist. Aber diese Entscheidung wird von der Schwangeren im Rahmen einer Partnerschaft getroffen. Der Partner ist Mitbetroffener der Entscheidung. Dass er die Schwangere zur Beratung begleitet, ist in den meisten Fällen ein Zeichen dafür, dass er zu seiner Mitverantwortung für das Entstehen der Schwangerschaft steht, und dass er die Schwangere in der entstandenen Problem- und Entscheidungssituation nicht alleine lassen möchte. Die meisten Schwangeren erleben die Beteiligung des Partners am Beratungsgespräch als Unterstützung, die einvernehmlich getroffene Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch nun umzusetzen.

Anders sieht es aus, wenn zum Zeitpunkt der Beratung zwischen den Partnern noch keine einvernehmliche Entscheidung besteht. In diesen – recht wenigen – Fällen wird dem Paar zu Beginn des Beratungsgesprächs von der Beraterin bzw. dem Berater der

Unterschied zwischen einer Paarberatung und einer Schwangerschaftskonfliktberatung deutlich gemacht:

In einer Paarberatung geht es in aller Regel darum, dass das Paar mit Hilfe einer neutralen, überparteilichen Person Wege aus einer Konfliktsituation findet. In einer solchen Beratung achtet der/die Beraterin darauf, dass die Sichtweisen beider Partner gleichberechtigt berücksichtigt werden.

In der Schwangerschaftskonfliktberatung brauchen jedoch die Sichtweisen der Partner nicht gleichberechtigt zu sein, da die Schwangerschaftskonfliktberatung eine (Pflicht-)Beratung für die Schwangere ist. Sichtweisen und Entscheidung der Schwangeren haben daher klaren Vorrang vor den Sichtweisen und der Haltung des Partners. Tendiert die Schwangere dazu, die Schwangerschaft auszutragen, der Partner aber eher zu einem Schwangerschaftsabbruch, dann kann es in der Schwangerschaftskonfliktberatung nicht darum gehen, einen „Interessenausgleich“ herzustellen oder auf eine partnerschaftliche Lösung hinzuarbeiten. Sondern in einer solchen Konfliktkonstellation wird dem Partner im Beratungsgespräch deutlich gemacht, dass die Schwangere die Entscheidung zu treffen hat und er (der Partner) sich sogar strafbar machen würde, wenn sich die Schwangere seiner Sichtweise beugt und es gegen ihren Willen zu einem Schwangerschaftsabbruch käme.

Auch in den Fällen, in denen die Schwangere sich gegen den Wunsch des Partners für das Austragen der Schwangerschaft entscheidet, wird dem Partner in der Beratung deutlich gemacht, dass er die Entscheidung der Schwangeren zu akzeptieren hat.

Die – gesetzlich sehr detailliert geregelte – Aufgabe der Schwangerschaftskonfliktberatung ist somit sehr verschieden von der einer Paarberatung und ihr teilweise sogar entgegengesetzt. Es geht in der Schwangerschaftskonfliktberatung um die Entscheidung der Schwangeren und um Informationen, die sie für ihre Entscheidung und die Umsetzung benötigt. Dies beinhaltet jedoch nicht die Lösung eines Paarkonfliktes! Mit der Entscheidung der Schwangeren ist daher in solchen Konfliktkonstellationen der Paarkonflikt weiterhin ungelöst und nicht selten sogar verschärft. Aufgrund des Zeitdrucks (durch die Frist, innerhalb der die Entscheidung über die Schwangerschaft getroffen werden muss) ist der Partner gezwungen, die von seiner Partnerin getroffene Entscheidung mindestens stillschweigend zu dulden oder sie sogar aktiv zu unterstützen (indem er die Schwangere zum Abbruchtermin fährt oder er Vater eines von ihm nicht gewollten Kindes wird). Und das selbst dann, wenn die Entscheidung der Partnerin gegen seinen Willen gefallen ist.

Da eine solche Konfliktkonstellation für eine Paarbeziehung äußerst belastend ist, wird diesen Paaren auch ausdrücklich das Angebot einer Paarberatung gemacht. Diese Paarberatung macht allerdings erst dann Sinn, wenn die Entscheidung über Abbruch oder Austragen der Schwangerschaft getroffen und umgesetzt ist, also entweder nach einem Abbruch oder ab der 13. Schwangerschaftswoche (da dann kein Abbruch ohne Indikation mehr durchgeführt werden darf).

Zu solchen Konfliktkonstellationen in der Schwangerschaftskonfliktberatung kommt es jedoch nach den Erfahrungen der Beratungsstelle der pro familia Wilhelmshaven eher selten. Bei den meisten Beratungen, bei denen der Partner die Schwangere zur Beratung begleitet, übernimmt er die Rolle eines Unterstützers für die Schwangere und für eine Entscheidung, die oft schon vor der Beratung von beiden Partnern einvernehmlich getroffen wurde.

Abschließend noch einige persönliche Anmerkungen zur Rolle des männlichen Beraters in der Schwangerschaftskonfliktberatung:

In den 6 Jahren, in denen ich mittlerweile in der pro familia Beratungsstelle Wilhelmshaven tätig bin und auch Schwangerschaftskonfliktberatungen durchführe, haben insgesamt 2 Frauen den Wunsch geäußert, nicht von mir, sondern von einer Frau beraten zu werden (wozu es dann auch kam). Weitere 2 Frauen äußerten diesen Wunsch, nachdem ich sie darauf angesprochen hatte (Ich hatte den Eindruck, sie fühlten sich nicht wohl dabei, von einem Mann beraten zu werden). Bei fast allen anderen Schwangerschaftskonfliktberatungen hatte ich den Eindruck, dass die Schwangeren mit der Beratung durch einen männlichen Berater durchaus zufrieden waren. Vor allem dann, wenn die Schwangere mit dem Partner zur Beratung kommt, hat die Schwangerschaftskonfliktberatung durch einen Mann den Vorteil, dass sich einerseits die Schwangere durch den Berater gestützt fühlt (da er deutlich macht, dass die Entscheidung bei ihr liegt) und andererseits auch der Partner durch den Berater die „männliche Sichtweise“ berücksichtigt sieht.

Kontakt

pro familia Wilhelmshaven

Hermann Niehuis-Schwiertz

Bismarckstraße 121 · 26382 Wilhelmshaven

Tel.: 04421-25080, E-Mail: wilhelmshaven@profamilia.de

Internet: www.profamilia.de/outputdb/32Wilhelmshaven/32/503

Kapitel 6

Von der Pflicht zur Kür – Weitergehende Beratungs- und Gruppenangebote nach der Schwangerenberatung

*Angela Westermann*⁷⁵, Caritasverband für die Diözese Hildesheim

Mit der Entscheidung für ein Kind werden oft eine Vielzahl von Problemen sichtbar, die der Frau und/oder ihrem Partner den Weg durch die Schwangerschaft erschweren. Die Beraterin hat hier den Auftrag, individuell und konkret zu informieren und zu unterstützen, z. B. bei der Geltendmachung sozialrechtlicher Ansprüche, der Wohnungssuche, bei der Suche nach Betreuungsmöglichkeiten für das Kind und vieles mehr.

Oftmals bringt die Geburt des Kindes weitere Probleme mit sich, die zur Zeit der Schwangerenberatung noch nicht sichtbar waren. Wie kann es in diesem Fall gelingen, die Frau davon zu überzeugen, erneut die Beratungsstelle aufzusuchen? Ist ihr bekannt, dass zum Beratungsanspruch auch die Nachbetreuung nach der Geburt des Kindes gehört? Klar ist: Das Face-to-Face-Setting in der Beratungsstelle allein ist in den meisten Fällen nicht ausreichend, um die werdenden Mütter/Eltern beim Erwerb von Elternkompetenzen zu unterstützen. Hierzu werden zusätzliche Beratungsangebote benötigt.

Die Schwangere selbst bringt einen weitergehenden Beratungsbedarf meist nicht oder nur indirekt zum Ausdruck. Hier ist die Beraterin gefordert, im Verlauf der Beratungsgespräche durch aufmerksames Zuhören und Wahrnehmen, gezieltes Fragen und evtl. durch einen Hausbesuch zu erkennen, ob und ggf. zu welchen Problemlagen die Schwangere noch professionelle Hilfe benötigen könnte.

Gerade vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussion über Kinderarmut und Kindesvernachlässigung haben Beratungsstellen eine besondere Verantwortung, aber auch eine besondere Chance: Durch den frühen Kontakt zu Frauen bereits während der Schwangerschaft können mögliche Defizite erkannt und individuelle Hilfen angeboten werden. Ein Vertrauensverhältnis kann aufgebaut werden, wenn die Ratsuchende erlebt, dass sie mit der Beraterin kontinuierlich und individuell an der Veränderung ihrer belasteten

⁷⁵ Frau Westermann ist die für Schwangeren- und Familienberatungsstellen zuständige Referentin des Caritasverbandes für die Diözese Hildesheim und hat bei der Tagung „Schwanger...und nun?“ des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit am 29.11.2006 in Hannover einen Workshop moderiert.

Lebenssituation arbeiten kann. Ergänzende und erweiterte Formen der Beratung und Unterstützung können dann noch spezifischer auf die Bedarfslage der Ratsuchenden eingehen, z. B. praktische Unterstützung im häuslichen Umfeld oder Gruppenangebote für Gleichbetroffene.

Um die Frauen bei einem erkennbaren Beratungsbedarf nicht zu verlieren, ist es eine Herausforderung für die Beratungseinrichtungen, individuelle Angebote oder innovative Projekte zu entwickeln, um Ratsuchenden einen Anreiz zur Wahrnehmung der Beratung zu geben. Und dennoch: Es gelingt nicht immer, jede Hilfebedürftige aus der Einzelberatung in ein ergänzendes Angebot zu führen. Jede Beraterin kennt die Situation, dass Frauen von vornherein z. B. auf ein Gruppenangebot ablehnend reagieren oder auch zunächst interessiert sind, das Angebot aber dann letztendlich doch nicht wahrnehmen. Das liegt oft daran, dass ein verändertes Setting, neue Personen und Institutionen sowie unbekannte Anforderungen für die Frauen überfordernd wirken können.

Aber: Die Mühe, die dafür aufgebracht werden muss, um Frauen zur Annahme von Angeboten zu ermutigen, lohnt sich. Die Frauen lernen dadurch neue oder andere Formen der Unterstützung und Begleitung kennen. Dies kann lösungsorientierte Zugänge zur Veränderung ihrer Lebenssituation bewirken. Die Begegnung mit anderen Frauen in ähnlichen Lebenslagen entlastet und schafft neue soziale Kontakte – bis hin zum Netzwerkaufbau. In Bezug auf das Kind und die Mutterrolle können die Frauen ihr Wissen ergänzen. Sie können vorhandene Fähigkeiten und Fertigkeiten ausbauen sowie Einstellungen und Sichtweisen erneuern. Das Selbstwertgefühl als Mutter wird stabilisiert, was sich positiv auf die Mutter-Kind-Beziehung auswirken kann.

Die weitergehenden Angebote eröffnen auch der Beraterin zusätzlichen Handlungs- und Methodenspielraum. Sie erfordern aber bedarfsgerechte und zielorientierte Konzepte und meist auch die Zusammenarbeit mit anderen psychosozialen Fachkräften und Institutionen.

Die Beraterin selbst kann die Entwicklung ihrer Klientin mitverfolgen und sie laufend zusätzlich unterstützen. Dies führt zu einem erhöhten Grad an Zufriedenheit und Entlastung in ihrer Arbeit auf der einen und bessere Unterstützung für die Klientinnen auf der anderen Seite.

Im nachfolgenden Kapitel werden einige ausgewählte Projekte unterschiedlicher Beratungseinrichtungen sowie eine – noch nicht praxiserprobte – Projektidee beschrieben, die es ermöglichen könnten, ratsuchende Frauen auch nach dem Erstkontakt in der Beratung für eine weitere Begleitung zu gewinnen. Es handelt sich hierbei um Beispiele, die den Akteurinnen und Akteuren erste Anregungen für weitergehende Beratungsangebote geben sollen.

Darüber hinaus ist dem Ideenreichtum der Beratungsstellen keine Grenzen gesetzt.

Kontakt

Caritasverband für die Diözese Hildesheim

Frau Angela Westermann

Abteilung Soziale Dienste

Beratungsstellen für Schwangere und Familien

SKF-Diözesanstelle

Betreuungsvereine

Moritzberger Weg 1 · 31139 Hildesheim

Tel.: 05121-938-175

E-Mail: westermann@caritas-dicvhildesheim.de

„Aufsuchende Familienhilfe für junge Mütter“

Ein Projektbericht (Jahresbericht 2005)

*Iris Riepenhausen*⁷⁶, Stadt Osnabrück, Fachdienst Familie -Sozialer Dienst

1. Projektbeschreibung

1.1 Ausgangspunkt und Entwicklung

Anfang 2002 wurde das Pilotprojekt „Aufsuchende Familienhilfe für junge Mütter“ an drei Standorten (Stadt Braunschweig, Landkreis Leer, Stadt Osnabrück) mit einer geplanten Laufzeit von drei Jahren gestartet. Finanziert wurde es gemeinsam vom Niedersächsischen Sozialministerium, der Klosterkammer, der Stiftung „Eine Chance für Kinder“ und den jeweiligen Kommunen. Die wissenschaftliche Begleitung des Projektes erfolgte durch das „Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforschung“ an der Universität Hannover. Aufgrund der sehr positiven Ergebnisse der ersten drei Jahre wurde das Pilotprojekt um weitere zwei Jahre verlängert. Im Projektbericht der Universität Hannover werden die Haupteergebnisse nach 3-jähriger Praxis wie folgt zusammen gefasst:

- Die für das Projekt gewünschten Zielgruppen wurden erreicht. Es ist mit dem Projektansatz gelungen, sich den Zugang zu jungen Schwangeren und Müttern, die in schwierigen Verhältnissen leben, zu erschließen und sie mit dem Angebot an Hilfen konkret zu erreichen.
- Es können auch bei dieser als sehr schwierig eingeschätzten Klientel grundsätzlich, wenn auch nicht immer, positive Veränderungen bis hin zur Problemlösung erreicht werden.
- Sowohl die Einbeziehung weiterer Hilfen in die Betreuung als auch die Anzahl der erfolgreich in andere Hilfeangebote überführten Klientinnen belegt, dass mit der Kooperation von Familienhebammen und Sozialarbeiterinnen eine weitere Zielsetzung des Projektes erreicht werden konnte.
- Der Einsatz der Familienhebammen für Frauen in schwierigen Lebenssituationen stellt ein geeignetes Angebot im Interesse auch der Jugendhilfe dar. Die Arbeit der Familienhebammen ist bisher sehr erfolgreich verlaufen und sollte weiter geführt werden.

Im Rahmen des Projektes „Aufsuchende Familienhilfe für junge Mütter“ können Frauen bereits von der Schwangerschaft bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres des Kindes

⁷⁶ Frau Riepenhausen hat bei der Tagung „Schwanger...und nun?“ des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit am 29.11.2006 in Hannover an einem Workshop als Referentin mitgewirkt.

begleitet und fördernd betreut werden. Diese Hilfeform zeichnet sich durch einen sehr frühen und präventiven Ansatz aus und arbeitet mit dem Ziel, Eltern für die Bedürfnisse ihres Kindes zu sensibilisieren, Informationen zur Entwicklung von Kindern zu vermitteln sowie den Zugang zu den unterschiedlichsten erforderlichen Unterstützungssystemen aufzuzeigen. Junge Eltern, aber auch Eltern mit persönlichen und sozialen Schwierigkeiten, sollen somit in die Lage versetzt werden, frühzeitig Verantwortung für ihre Kinder zu übernehmen.

In diesem Zusammenhang ist Prävention - im Sinne der Prognostizierung von Problemen und Intervention zu deren Vermeidung - im frühesten Kindesalter für die körperliche, seelische und geistige Entwicklung eines Menschen von grundlegender Bedeutung. So verweist eine wachsende Zahl von Forschungsergebnissen auf die hohe Wertigkeit der frühen Kindheit und damit auf die Wichtigkeit z.B. der frühen Bindungsbeziehungen für die spätere Selbst- und Persönlichkeitsentwicklung. Besonders Kinder mit hochunsicherer Bindung sind gefährdet, später mit Verhaltensproblemen und Entwicklungsstörungen zu reagieren.

1.2. Allgemeines

1.2.1 Rahmenbedingungen

Träger der „Aufsuchenden Familienhilfe für junge Mütter“ in Osnabrück ist die Stiftung „Eine Chance für Kinder“ in Kooperation mit der Stadt Osnabrück. Die Stiftung „Eine Chance für Kinder“ ist eine Stiftung privaten Rechts und hat sich zum Ziel gesetzt, die Lebensbedingungen von sozial benachteiligten Frauen und Kindern zu verbessern und somit drohende Kinderverwahrlosung und Vernachlässigung zu verhüten.

Stiftungspräsident ist der Präsident des niedersächsischen Landesgesundheitsamtes, Prof. Dr. Adolf Windorfer. Der Sitz der Stiftung ist in Hannover. Die Stiftung übernimmt mit den Praxisstellen die Qualifizierung der Hebammen, akquiriert und verwaltet die Finanzmittel und begleicht daraus die Personal- und Sachkosten von drei freiberuflichen Hebammen mit jeweils acht Stunden pro Woche im ersten und zweiten Jahr des Projektes, sowie jeweils 7 Stunden pro Woche in den folgenden drei Jahren. Die Kommune übernimmt die Kosten für eine 0,5 Sozialarbeiterinnenstelle.

1.2.2 Zielgruppe

Zielgruppe des Projektes sind sehr junge Mütter sowie Frauen in schwierigen materiellen und psychosozial belastenden Lebenslagen. Sie sollen möglichst frühzeitig in der Schwangerschaft, spätestens sobald wie möglich nach der Entbindung erreicht werden. Diese Frauen stellen an die Hebammen andere Anforderungen, als das ansonsten eher

mittelständische Klientel. Anstelle von Geburtsvorbereitung, Fragen zur Ernährung und Rückbildung, treten jetzt eher elementare, materielle Fragen in den Vordergrund. Die Armutslage drückt sich aber auch in fehlendem Wissen und mangelnden Kenntnissen in allen Lebensbereichen aus, sodass die Betreuung in der Regel sehr intensiv und zeitaufwendig ist. Neben der gesundheitlichen Beratung übernehmen die Familienhebammen in diesen Familien eine niedrigschwellige psychosoziale Betreuung.

2. Auswertung

Im Jahr 2005 wurden im Projekt insgesamt 80 Frauen betreut, davon 28 Hilfen, die bereits im Jahr 2004 begannen und 52 Frauen, die im Jahre 2005 neu aufgenommen wurden. 78,8 % der Frauen haben die deutsche Nationalität. Bei Frauen mit Migrationshintergrund ist kein Schwerpunktland festzustellen. Mit 46,2% lag der Anteil der neu begonnen Hilfen bei Frauen unter 21 Jahren auch 2005 auf dem hohen Niveau von 2004 (2004/ 46,9%; 2003/ 29,9%). Diese sehr jungen Frauen sind meistens alleinerziehend (87,5%, Tendenz deutlich steigend), leben von Sozialhilfe (50,0%) oder haben kein eigenes Einkommen (45,8%), da sie noch zur Schule gehen. Fehlende bzw. mangelnde Kenntnisse in allen Lebensbereichen führen dazu, dass in der Regel eine sehr vielschichtige Betreuung nötig ist. Sehr häufig wird um eine Entlastung für diese jungen Mütter nachgefragt. Aufgrund ihrer Jugend fällt es ihnen häufig schwer, ihr Leben ganz auf die Betreuung des Kindes einzustellen; sie möchten auch wie ihre Freundinnen abends einfach mal ausgehen. Der Einsatz eines Babysitters konnte manchmal schon viel Entlastung bringen. Eine weitere Aufgabe in diesen Familien ist es, die Schul- und Ausbildungssituation der Mütter zu thematisieren und in Zusammenarbeit mit den Mitarbeiterinnen der Tagespflege die Betreuung des Kindes während Schul- oder Ausbildungszeiten zu ermöglichen.

Die Wege für die Klientinnen, an dem Projekt teilzunehmen, sind inzwischen sehr vielfältig. Die Zunahme der Meldungen von freien Trägern (32,7%), aber auch Kliniken und Ärzten (3,8%) oder durch Geburtsvorbereitungskurse (17,3%) zeigt, dass das Projekt in der Jugendhilfe sowie in der Gesundheitshilfe in Osnabrück gut vernetzt ist. Es zeigt aber auch, dass Frauen erreicht wurden, die im Bereich der Jugendhilfe bislang nicht bekannt waren und daher vermutlich über die Jugendhilfe nicht erreicht worden wären. Es ist somit gelungen, in diesen Familien früh und präventiv tätig zu werden.

Darüber hinaus ist es auch gelungen, diejenigen Frauen zu erreichen, die in schwierigen Lebenslagen leben. Die Zahlen machen deutlich, dass die Anzahl der Frauen mit spezifischen Problemlagen im Projekt deutlich zunehmen; z.B. 12 Frauen mit Suchtpro-

blematik im Jahr 2005 (2004/ 6 Frauen), 9 Frauen mit Gewalterfahrungen (2004/ 4 Frauen), sieben Frauen mit psychischen Erkrankungen (2004/ 1 Frau).

Die Familienhebammen übernehmen in diesen Familien neben der gesundheitlichen Beratung eine niedrigschwellige psychosoziale Betreuung. Je höher das psychosoziale Risiko von Familien mit kleinen Kindern ist, desto spezifischer und gezielter müssen präventive Angebote gemacht werden. In Zusammenarbeit mit der Sozialarbeiterin wird in regelmäßig stattfindenden Fallkonferenzen überlegt, wie die Familienhebamme die Familie gezielt unterstützen kann, ob die Unterstützung durch die Familienhebamme ausreichend ist, oder ob zusätzlich familienunterstützende oder erzieherische Hilfe erforderlich ist. Dies wird im Rahmen eines Hilfeplanes dokumentiert. Gibt es einen zusätzlichen Hilfebedarf, versuchen die Mitarbeiterinnen des Projektes das Einverständnis der Familien zu erreichen und einen Kontakt zur Bezirkssozialarbeit des Sozialen Dienstes herzustellen.

29 Hilfen wurden 2005 beendet. 27,6% mit dem Erreichen der Zielschwerpunkte, 10,3% der Frauen sind in den Landkreis verzogen und konnten somit nicht weiter betreut werden. In 13,7% wurde die Hilfe abgebrochen – u.a. wegen akuter Kindeswohlgefährdung. 41,4% der Frauen wurden in die Jugendhilfe vermittelt. Auch diese Tatsache ist positiv zu würdigen, da durch die Projektmitarbeiterinnen zunächst ein Zugang zu diesen Frauen, die Problemeinsicht sowie die Annahme des Unterstützungsangebotes und eine grundsätzliche Mitwirkung bei der Ausgestaltung der Hilfe erreicht werden konnte. Dies ist insgesamt eine gute Voraussetzung für die erfolgreiche Durchführung anderweitiger Hilfen.

Drei (10,3%) Frauen haben die Hilfe abgebrochen. Eine genauere Untersuchung dieser drei Fälle zeigte, dass die Vermittlung von der Bezirkssozialarbeit, bzw. von einer Klinik erfolgte, da große Sorge bestand, dass in der Familie eine Kindeswohlgefährdung eintreten könnte, bzw. schon eingetreten sei. Im Vorfeld war es bei diesen Familien nicht gelungen, ein Unterstützungsangebot durch die Jugendhilfe zu installieren. Mit etwas Druck durch die Bezirkssozialarbeit war es zwar gelungen, einen Kontakt zum Projekt herzustellen, aber auch mit sehr viel Geduld und Einfühlungsvermögen gelang es den Familienhebammen in diesen drei Fällen nicht, eine kontinuierliche Betreuung zu installieren.

Diese Situation hat noch einmal zu konzeptionellen Überlegungen geführt. Eine Betreuung durch das Projekt „Aufsuchen Familienhilfe für junge Mütter“ kann nur auf freiwilliger Basis erfolgen. Multiproblemfamilien, die nicht bereit sind, ein Unterstützungsangebot

anzunehmen, sind in der Regel auch nicht mit diesem Projektangebot zu erreichen. Die Freiwilligkeit der Annahme dieser Hilfe sollte auf jeden Fall vorhanden sein.

3. Offene Gruppenangebote

Junge Mütter und Mütter, die sich in psychosozial schwierigen Lebenssituationen befinden, leben häufig isoliert, fühlen sich in Gruppen unsicher und starten somit häufig gar nicht erst den Versuch, Gruppenangebote wahrzunehmen. Um sie aus ihrer Isolation herauszulösen, wurde von der Sozialarbeiterin gemeinsam mit den Hebammen ein offenes Gruppenangebot mit der Absicht installiert, sie mit Gleichaltrigen und Gleichgesinnten zusammenzubringen, um gemeinsam Fragen zur Entwicklung und Erziehung von Kindern, Ernährungsumstellung, Wissen über Krankheiten zu vertiefen – also Fragen zu besprechen, die auch im Einzelkontakt thematisiert werden.

Dieses Gruppenangebot wird inzwischen von den Frauen gut angenommen, an dem einmal im Monat stattfindenden Treffen nehmen regelmäßig 6 bis 11 Frauen teil. Zwischen einigen Frauen haben sich Freundschaften entwickelt; sie sind im telefonischen Kontakt und besuchen sich gegenseitig. Es ist also gelungen, sie ein wenig aus ihrer Isolation herauszulösen. Für den Sommer 2006 ist geplant, die Treffen nicht mehr regelmäßig im Familientreff stattfinden zu lassen, sondern in die verschiedenen Stadtteile zu gehen und die dortige Infrastruktur gemeinsam mit den Frauen zu erkunden. Damit sollen die Frauen die bestehenden Angebote in ihrem Stadtteil (besser) nutzen lernen.

4. Bewertung des Projektverlaufes

Jugendliche Mütter, drogenabhängige, durch Missbrauch geschädigte oder psychisch behinderte Frauen finden selten den Weg zu einer Hebamme oder anderen Unterstützungsangeboten. Das Ziel des Projektes, dieses Klientel zu erreichen – und zwar so früh wie möglich, häufig schon in der Schwangerschaft, ist gelungen. Wie sich zeigt, ist die zugehende Familienhebammenhilfe in dieser Lebensphase eine angemessene, niedrighschwellige und akzeptierte Betreuungsform. Bei der Zusammenarbeit von Familienhebamme und Sozialarbeiterin setzt die Intervention bei der gesundheitlichen Orientierung ein und verknüpft diese mit sozialer Arbeit. Dies macht einen wesentlichen Teil des Betreuungserfolges aus. Junge Frauen und Frauen mit sozialen Schwierigkeiten sind mit einer gesundheitlichen, zugehenden Intervention zu erreichen – und zwar in einer Lebensphase, in der für Mutter und Kind die Chance besteht, den Kreislauf von vererbter Armut und ihrer Symptome aufzubrechen und Veränderungen zu erreichen.

5. Statistische Angaben

5.1 Begonnene Hilfe

Hilfebeginn	Fallzahlen	beendete Hilfen	noch laufende Hilfe
2003	3	3	-
2004	25	13	12
2005	52	14	38
Summe	80	30	50

5.1.2 Alter bei Hilfebeginn

Alter bei Hilfebeginn	2005		2004		2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
15 Jahre	2	3,8	0	0,0	2	3,3
16 Jahre	3	5,8	7	14,3	2	3,3
17 Jahre	6	11,5	3	6,1	3	5,0
18 bis unter 21	13	25,0	13	26,5	11	18,3
21 bis unter 24	11	21,2	9	18,4	17	28,3
24 bis unter 27	7	13,5	7	14,3	10	16,7
27 und älter	10	19,2	10	20,4	15	25,0
Summe	52	100	49	100	60	100

5.1.3 Anlass der Hilfe (Mehrfachnennung möglich)

Art	2005	2004	2003
Beeinträchtigung und Unsicherheit in der Versorgung und Pflege des Kindes	3	9	11
mangelnde Persönlichkeitsentwicklung	38	34	41
mangelnde Identitätsfindung in der Rolle der Mutter/Eltern	24	27	37
psychische Überforderung	20	9	12
Perspektivklärung für das Kind/die Kinder	6	18	17
psychische Erkrankung der Mutter/Vater	7	1	4
Suchtprobleme	12	6	10
Mutter lebt im gewalttätigen Milieu	9	4	11
Verwahrlosung	1	3	1
Vernachlässigung	1	2	2
Misshandlung	0	2	0
Bereits ein oder mehrere Kinder durch Sorgerechtsentzug fremduntergebracht	4	7	7
Obdachlosigkeit	2	0	0
Schwerbehinderung	2	0	0
Armut	3	5	3

5.1.4 Einkommen

Einkommen	2005		2004		2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
regelmäßiges Arbeitseinkommen	5	9,6	5	10,2	14	23,3
Sozialhilfe	30	57,7	28	57,1	31	51,7
kein Einkommen	14	26,9	13	26,5	11	18,3
Arbeitslosengeld	3	5,8	2	4,1	4	6,7
Bafög	0	0,0	1	2,0	0	0,0
Summe	52	100	49	100	60	100

5.1.5 Familienstand

Familienstand	2005		2004		2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
verheiratet	8	15,4	8	16,3	13	21,7
alleinerziehend	37	71,2	32	65,3	33	55,0
lebt im Haushalt der Eltern	0	0,0	3	6,1	3	5,0
ledig, zusammenlebend	4	7,7	1	2,0	11	18,3
geschieden mit neuem Partner	0	0,0	4	8,2	0	0,0
geschieden, alleinlebend	3	5,8	1	2,0	0	0,0
Summe	52	100	49	100	60	100

5.1.6 Art der Kontaktaufnahme

Art	2005		2004		2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Frau selbst	4	7,7	2	4,1	8	13,3
Hebammenzentrale	2	3,8	5	10,2	10	16,7
Jugendamt/Sozialamt	13	25,0	13	26,5	13	21,7
freie Träger	17	32,7	15	30,6	13	21,7
Ärzte/Kliniken	2	3,8	8	16,3	7	11,7
Geburtsvorbereitungskurs	9	17,3	3	6,1	7	11,7
Krankenkasse	0	0,0	0	0,0	2	3,3
Familienangehörige	0	0,0	1	2,0	0	0,0
Schule	0	0,0	2	4,1	0	0,0
ehemalige Klientin	5	9,6	0	0,0	0	0,0
Summe	52	100	49	100	60	100

5.2 Beendete Hilfen

5.2.1 Ursache für Ende der Hilfe

Ursache	2005		2004		2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Erreichen der Zielschwerpunkte	8	27,6	36	52,9	10	41,7
Abbruch durch Elternteil	3	10,3	9	13,2	3	12,5
Abbruch durch Projekt aufgrund von Kindeswohlgefährdung	1	3,4	0	0,0	0	0,0
Umzug	3	10,3	8	11,8	2	8,3
Weiterleiten in Jugendhilfe	12	41,4	15	22,1	9	37,5
Erneute Schwangerschaft	2	6,9	0	0,0	0	0,0
Summe	29	100	68	100	24	100

5.2.2 Anschlusshilfe

Anschlusshilfe	2005		2004		2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Jugendhilfe	6	20,7	14	20,6	8	33,3
Jugendhilfe war bereits eingesetzt	5	17,2	7	10,3	3	12,5
keine	14	48,3	40	58,8	12	50,0
Umzug	4	13,8	7	10,3	1	4,2
Summe	29	100	68	100	24	100

Kontakt

Iris Riepenhausen · Stadt Osnabrück

Fachdienst Familie - Sozialer Dienst

Bocksmauer 20 · 49074 Osnabrück · Tel. 0541/ 323 2295

E-Mail: riepenhausen@osnabrueck.de

„Der Einstieg ins Leben“ - Eine Projektbeschreibung

Ulrike Dommnich⁷⁷, Arbeiterwohlfahrt, Kreisverband Schaumburg e. V.

Im Herbst 2006 wurde im Rahmen der Schwangerenberatung der Arbeiterwohlfahrt – Kreisverband Schaumburg e. V. eine Kursreihe als Pilotprojekt für werdende junge Eltern mit dem Titel „Der Einstieg in das Leben“ angeboten. Angesprochen wurden junge Schwangere und deren Partner, die in dieser Zeit von der Beratungsstelle beraten und zum Teil längerfristig begleitet wurden. Für das Angebot wurde mit einem Flyer und der folgenden Botschaft geworben:

„Das Familienleben beginnt in der Schwangerschaft! Ob heiß ersehnt, kühl geplant oder kalt erwischt: Am Anfang der Familienphase steht der wohl größte Einschnitt im Leben einer jeden Frau und eines jeden Mannes: Ein Kind zu bekommen! Nichts bleibt, wie es war! Sie machen sich viele Gedanken und die Unsicherheiten sind groß. Das Baby soll es gut haben! Aber nicht immer sind die Bedingungen ideal; mal fehlt es an Geld, mal an einer Großfamilie in der Nähe, mal am verständnisvollen Partner, mal an Zeit. In unserem Kursangebot möchten wir uns an fünf Nachmittagen mit dem Thema 'Baby kommt!' beschäftigen.“

Das Kursangebot war für die Teilnehmenden kostenlos, lediglich für Getränke und Gebäck wurde ein Beitrag in Höhe von 5 Euro für die gesamte Kursdauer erhoben.

Die jungen Frauen/Paare reagierten auf dieses Angebot zunächst sehr positiv, die Inanspruchnahme war dann aber auf Grund unterschiedlicher Faktoren leider eher gering.

Folgende Kursstationen wurden durchlaufen:

1. Station: „Sie ist für mich da – Die Hebamme“
 - gemeinsamer Besuch einer Hebammenpraxis

2. Station: „Wir werden das Kind schon schaukeln“
 - Besuch der Einrichtung „Kekk“ (Kontaktstelle für Eltern mit Kleinkindern) des Kinderschutzbundes

⁷⁷ Frau Dommnich hat bei der Tagung „Schwanger...und nun?“ des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit am 29.11.2006 in Hannover in einem Workshop als Referentin mitgewirkt.

3. Station: „Alle Tage mit dem Baby“
➤ Vorstellung weiterer Unterstützungsangebote
4. Station: „Was ich noch zu sagen hätte...“
➤ Erörterung von weiteren offenen Fragen

Als Konsequenz aus diesem – leider nicht von vielen genutzten – Angebot wurden in der Beratungsstelle folgende Handlungsansätze für die Arbeit mit jungen Schwangeren konzeptionell angedacht:

Um die Zielgruppe der sehr jungen Schwangeren mit individuellen Belastungsfaktoren zu erreichen, muss eine intensive individuelle Beratungs- und Betreuungsarbeit mit einer Geh- und Kommstruktur angeboten werden, wobei dem aufsuchenden pro-aktiven Charakter eine besondere Bedeutung zukommt. Anders sind junge Schwangere und junge Paare für die weitergehende Beratung nur bedingt zu erreichen. Dies erfordert einen neuen, erweiterten Arbeitsansatz für die Beratungsstelle bei entsprechender finanzieller und personeller Ausstattung.

Insgesamt haben die Erfahrungen aber gezeigt: Das Kursangebot kann ein lohnender Ansatz sein, der durchaus weiter verfolgt werden sollte.

Kontakt

Arbeiterwohlfahrt
Kreisverband Schaumburg e. V.
– Schwangerenberatung –
Rathauspassage 4 · 31655 Stadthagen
Tel.: 05721-9398-30
Email: soz-sthg@awo-kv-schaumburg.de
Internet: www.awo.kv-schaumburg.de

„So jung und schon ein Kind“ Ein präventives Gruppenangebot für junge Schwangere

*Marianne Fischer*⁷⁸, Arbeiterwohlfahrt, Zentrum für Erziehungs- und Familienberatung
– ZEF – Seesen

Im Jahr 2006 wurde – wie bereits im Vorjahr – ein kostenfreies Gruppenangebot für junge Schwangere, die ihr erstes Kind erwarten, vorgehalten.

Hintergrund hierfür war, dass in den letzten Jahren zunehmend sehr junge Frauen in die Beratungsstelle gekommen sind, um einen Antrag bei der Stiftung „Mutter und Kind“ zu stellen. Um diese in der Zeit der Schwangerschaft zu unterstützen und auf die Geburt sowie die erste Zeit mit dem Kind vorzubereiten, haben wir als präventives Angebot eine Gruppenberatung installiert. Es sollte Raum sein, um über Veränderungen des Alltags, den Übergang vom Paar zur Familie oder die Auseinandersetzung mit der Rolle als allein erziehende Mutter sprechen zu können.

Durchführung des Projektes

Die Gruppentreffen fanden an sechs Nachmittagen für jeweils zwei Stunden statt. Da, abgesehen von sehr unterschiedlichen sozialen Hintergründen, alle Frauen in der gleichen Situation waren, nämlich ihr erstes Kind zu erwarten, waren viele Fragestellungen und Themen ähnlich. Die Frauen haben zum Ausdruck gebracht, dass sie sehr von dem gegenseitigen Austausch profitiert haben.

Zu einem Termin wurde eine erfahrene Hebamme eingeladen, die Fragen zu Themen rund um Schwangerschaft und Geburt und die erste Zeit mit dem Kind beantwortet hat. Neben diesen Themen war wichtigstes Anliegen des Kurses, mit den Teilnehmerinnen zu erarbeiten, wie eine gute Bindung zu dem Kind entstehen kann. Nach einem Input über die Bindungstheorie haben die Frauen intensiv darüber gesprochen, was Mütter und Väter im Alltag für eine liebevolle Beziehung tun können.

Des Weiteren ist über das Thema „Neuer Lebensrhythmus“ gesprochen worden. Die Frauen haben zusammengetragen, auf welche Ressourcen sie in Stresssituationen zurückgreifen können.

⁷⁸ Frau Fischer hat bei der Tagung „Schwanger...und nun?“ des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit am 29.11.2006 in Hannover in einem Workshop als Referentin mitgewirkt.

Anhand von eigenen Kinderfotos wurde über die Rollen „Kind meiner Mutter/demnächst Mutter eines eigenen Kindes“ gesprochen.

Nicht zuletzt sind ausführliche Informationen über soziale Hilfen gegeben worden und Hilfestellung beim Ausf llen entsprechender Anträge.

Von den Frauen wurde zurückgemeldet, dass sie es sich gut vorstellen können, bei Fragen zur Erziehung wieder die Beratungsstelle zu nutzen.

Diese Gruppe bildet zusammen mit der Gruppe für Eltern von Babys und Kleinkindern (0 bis 3 Jahre) und der Elternschule (3 bis 10 Jahre) eine Einheit im präventiven Bereich. Auch im Jahr 2007 soll es dieses Gruppenangebot wieder geben.

Erfahrungen mit der Gruppenarbeit

Bereits während der Antragsstellung bei der Stiftung Mutter und Kind wurden die Frauen auf das Gruppenangebot aufmerksam gemacht. Festgestellt wurde: Nicht alle Frauen, die sich angemeldet haben, haben das Angebot letztendlich auch wahrgenommen. Um die Schwelle für die Teilnehmerinnen zu senken, wurde den Frauen signalisiert, dass Freunde oder Freundinnen willkommen sind.

Die Gruppenteilnehmerinnen nahmen nicht an allen Gruppentreffen teil. Es kann daher ratsam sein, vor dem nächsten Termin die Frauen anzurufen, die beim letzten Mal nicht dabei waren.

Die Frauen, die teilgenommen haben, waren hoch motiviert und beteiligten sich intensiv an den Diskussionen. Die Gruppe bietet Entlastung an, da es möglich ist, hier Unsicherheiten zu benennen und sich mit Frauen, die in der gleichen Lebenssituation sind, auszutauschen.

Fazit

Es ist schon viel erreicht, wenn einzelne Frauen die Gruppe nutzen können. So haben sie die Möglichkeit, Kontakte untereinander zu knüpfen und sich gegenseitig zu unterstützen.

Ein weiterer ganz wichtiger Aspekt ist: Die Frauen lernen die Beratungsstelle kennen. Sie wissen, an wen sie sich wenden können, wenn sie später Fragen zur Erziehung des Kindes haben. Es ist unsere Hoffnung, dass auf diesem Weg Frauen in die Beratungsstelle finden, die sonst nicht erreicht worden wären.

Kontakt

Arbeiterwohlfahrt

Zentrum für Erziehungs- und Familienberatung – ZEF

Frau Marianne Fischer

Jacobsonstraße 34 · 38723 Seesen

Tel.: 05381-1063

E-Mail: zef@awo-bs.de

Internet: www.awo-bs.de

„Pro Kind Niedersachsen“ - Eine Projektbeschreibung

Anna Maier-Pfeiffer⁷⁹, Stiftung Pro Kind⁸⁰

Pro Kind Niedersachsen ist ein Modellprojekt, das zum 1. November 2006 erstmalig in Deutschland gestartet ist. Es unterstützt Frauen, die mit dem ersten Kind schwanger sind und sich in einer schwierigen Lebenslage befinden. Im Rahmen des Projekts werden die Mütter von Familienbegleiterinnen – Hebammen und Sozialpädagoginnen – in Form von Hausbesuchen betreut. Die Sozialpädagoginnen und Hebammen, die als Teams zusammenarbeiten, besuchen die jungen Familien kontinuierlich, bis das Kind zwei Jahre alt ist. Im Folgenden wird das Projekt genauer beschrieben:

1. Basisinformationen

Träger

Träger des Praxisprojektes ist die Stiftung Pro Kind.

Beteiligte Kommunen

In Niedersachsen sind folgende Kommunen beteiligt: Braunschweig, Celle (Stadt und Landkreis), Göttingen, Hannover und Wolfsburg. In Bremen begann am 15. Januar 2007 ein weiteres Pro-Kind-Projekt.

Ziele

Hauptziele des Projektes sind die gesundheitliche Prävention bereits während der Schwangerschaft, die Förderung der kindlichen Entwicklung und der Bindung, die Stärkung der Erziehungskompetenz sowie die Unterstützung der eigenen Lebensperspektive der Eltern.

Zielgruppe

Die Zielgruppe sind erstgeb rende Schwangere zwischen der 12. und der 28. Schwangerschaftswoche, die Arbeitslosengeld-II- bzw. Sozialhilfeempfängerinnen sind, und die sich zudem in einer sozialen Problemlage befinden – z. B. minderjährig sind, keine abgeschlossene Schul- oder Berufsausbildung haben, Gewalt in der Familie erfahren haben, suchtkrank oder sozial isoliert sind. Die Teilnahme ist freiwillig und kostenlos.

⁷⁹ Frau Maier-Pfeiffer hat bei der Tagung „Schwanger... und nun?“ des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit am 29.11.2006 in Hannover in einem Workshop als Referentin mitgewirkt.

⁸⁰ Die Stiftung Pro Kind wurde im Jahr 2006 gegründet und ist eine Stiftung des privaten Rechts mit Sitz in Hannover.

Angebote von Pro Kind

Die Frauen, die am Projekt *Pro Kind* teilnehmen, verpflichten sich, auch an der Begleitforschung teilzunehmen. Sie erhalten verschiedene Leistungen wie: Informationen über Leistungen für Schwangere und Familien, Busfahrkarten zu den Vorsorgeuntersuchungen, jährliche Entwicklungsberichte über das Kind mit Förderempfehlungen sowie einen Geldbetrag für jedes Forschungsinterview.

Die Hälfte der Teilnehmerinnen nimmt zusätzlich am Hausbesuchsprogramm teil. Diese Frauen werden regelmäßig von einer Hebamme und einer Sozialpädagogin oder durchgängig von einer Hebamme zu Hause besucht, bis das Kind 2 Jahre alt ist. Das Betreuungskonzept basiert auf dem bewährten Nurse-Family-Partnership (NFP)-Programm aus den USA. Seine Wirksamkeit wurde in mehreren Studien nachgewiesen. So konnte z. B. die Gesamtentwicklung der Kinder nachhaltig verbessert werden und die Mütter waren seltener auf Sozialhilfe angewiesen. Jeder in die Betreuung investierte Dollar hat dort in zwei Jahren vier Dollar gespart.

Kooperationspartnerinnen und -partner

Pro Kind arbeitet mit den folgenden Kooperationspartnerinnen und -partnern vor Ort zusammen: Gynäkologinnen und Gynäkologen, Beratungsstellen, ARGE etc. Das Projekt ist empfohlen vom Berufsverband der Frauenärzte und der Kinder- und Jugendärzte Niedersachsen.

Das Jugendamt ist ein weiterer wichtiger Partner des Projektes in den Kommunen: Es hilft bei der Vermittlung von Schwangeren in sozialen Notlagen und unterstützt bei Information und Öffentlichkeitsarbeit.

Forschung

Das Modellprojekt wird von einer Begleitforschung (Psychosoziale Evaluation, Kosten-Nutzen-Analyse und Implementationsforschung) evaluiert. Verantwortlich dafür sind das Kriminologische Forschungsinstitut Niedersachsen und die Universität Hannover.

Geldgeber

Das *Praxisprojekt* wird finanziert von der AOK Niedersachsen, dem Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend (BMFSFJ), der Klosterkammer Hannover, dem Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, der PSD Bank Braunschweig, der Robert Bosch Stiftung und den beteiligten Kommunen. Das *Forschungsprojekt* wird finanziert von der TUI-Stiftung, von der Dürr-Stiftung und der Günter Reimann-Dubbers Stiftung sowie vom BMFSFJ.

2. Erste Ergebnisse der Pilotphase

Am 31.10.2006 ist die halbjährige Pilotphase des Projektes *Pro Kind Niedersachsen* zu Ende gegangen. Folgende erste Ergebnisse konnten erzielt werden:

- In jeder der fünf Kommunen hat sich das erste Team, bestehend aus einer Hebamme und einer Sozialpädagogin, gebildet. Die Teams wurden von *Pro Kind* in der Arbeit mit dem Programm geschult und fachlich weitergebildet. Sie werden in regelmäßigen Fachberatungs- und Fallbesprechungsterminen von *Pro-Kind*-Mitarbeiterinnen in ihrer Arbeit unterstützt.
- Die umfangreichen amerikanischen Arbeitsmaterialien für die Schwangerschaft und die erste Hälfte der Säuglingszeit sind übersetzt und adaptiert.
- Während der Pilotphase wurden 9 Frauen aufgenommen. Das Projektteam hat in vielen Terminen *Pro Kind* in den Kommunen vorgestellt, beispielsweise bei Beratungseinrichtungen, Ämtern, Schulen sowie Arbeitsagenturen.
- Pünktlich zum Start der Hauptphase hat die Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen sowie den Frauenärztinnen und Frauenärzten begonnen. Es haben sich 50 Gynäkologinnen und Gynäkologen aus den fünf Kommunen zur Kooperation mit *Pro Kind* bereit erklärt. Ein Drittel der Teilnehmerinnen wird inzwischen von Frauenärzten/innen in das Projekt vermittelt.

3. Ausblick auf die Hauptphase

Am 1.11.2006 hat die Hauptphase des Projektes *Pro Kind Niedersachsen* begonnen. In der Hauptphase sollen insgesamt 336 Schwangere aufgenommen werden, von denen die Hälfte am Hausbesuchsprogramm teilnehmen wird. Eine Aufnahme ist während 22 Monaten, also bis zum 1.9.2008, möglich. Weitere Teams, bestehend aus Hebammen und Sozialpädagoginnen, sind geschult worden und werden in den fünf Kommunen ihre Arbeit aufnehmen.

Ein Schwerpunkt der Arbeit in der Hauptphase wird darin liegen, Teilnehmerinnen für das Projekt in den fünf Kommunen zu gewinnen. Dabei ist das Projekt auf die aktive Mithilfe der Kooperationspartnerinnen und -partner angewiesen.

Die Hauptphase läuft bis zum 31.1.2011. Erste Ergebnisse der Begleitforschung werden im Jahr 2009 vorliegen.

Kontakt

Projektbüro „Pro Kind“

Frau Anna Maier-Pfeiffer

Adolfstraße 7 · 30169 Hannover

Tel.: 0511-7617009-0

E-Mail: Info@stiftung-pro-kind.de

Internet: www.stiftung-pro-kind.de

„PATE SEIN“ – Ideen für ein neues Projekt⁸¹ –

*Ursula Kretschmer*⁸², Ma Donna, Fachdienst des Diakonieverbandes der Ev.-luth. Kirchenkreise Lüneburg und Bleckede / Diakonisches Werk

Einführung

Der Diakonieverband Lüneburg leistet im sozialen Bereich engagierte und vielfältige Hilfe für Menschen, die in Not geraten und ungerechten sozialen Verhältnissen ausgesetzt sind. Mitarbeitende der Fachdienste des Verbandes bauen in grenzüberschreitenden Dialogen Schranken ab und Vertrauen sowie Hoffnung auf.

Das geplante Projekt „PATE SEIN“, soll Menschen die Möglichkeit geben, in Not geratene Familien, insbesondere Kinder, zu unterstützen.

Im Jahr 2007, dem 20-jährigen Bestehen des Fachdienstes Ma Donna, soll mit verschiedenen Aktionen um die Übernahme von Patenschaften geworben werden. Wir wollen uns der Herausforderung stellen, viele Menschen anzusprechen und neue Kreise für die diakonische Arbeit zu interessieren. Im Sinne des Leitbildes der Diakonie soll dies kreativ und innovativ geschehen. Wir planen dazu, in der Öffentlichkeit, über das Internet, in regionalen Zeitungen, Gemeindebriefen und den regionalen Rundfunksendern für die Übernahme von Patenschaften zu werben. Durch aussagekräftige Motive und ein informatives Falblatt werden Ziele, Aufgaben und Gestaltungsmöglichkeiten einer Patenschaft lebendig und lebensnah dargestellt.

Es sollen Patenkinder, Patenfamilien, Patenaktionen und sonstige Formen des „PATE SEINS“ vermittelt werden.

Warum dieses Projekt?

Die Patenschaft ist ein Beitrag zum ständigen Dialog zwischen der Diakonie und anderen gesellschaftlichen Bereichen. Sie bietet die Möglichkeit, die christlichen Werte und diakonischen Arbeitsfelder vielen Menschen alltagsnah, informativ, mit Freude und in ansprechender Art näher zu bringen. Die Zielgruppe der Paten soll dabei über den Kreis derer hinaus gehen, die sich ohnehin für die christliche diakonische Arbeit interessieren.

⁸¹ Es handelt sich hierbei um ein geplantes Projekt, Praxiserfahrungen liegen noch nicht vor.

⁸² Frau Kretschmer hat bei der Tagung „Schwanger...und nun?“ des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit am 29.11.2006 in Hannover in einem Workshop als Referentin mitgewirkt.

Die Möglichkeit der Patenschaft führt Menschen zusammen und regt den Austausch über Werte und Normen an. Sie zeigt ethische Grundhaltungen, setzt neue Impulse, führt zu Gesprächen und fördert ein Kennenlernen unterschiedlicher Lebensbedingungen. Das Projekt „Pate sein“ spricht Menschen generationsübergreifend an und kann auch den interkulturellen Austausch anregen und fördern. Die Patenschaft ist beispielhaft in ihrer Funktion des Dialogschaffens und der Öffentlichkeitswirkung für Kirche und Diakonie. In ihrer alltagsnahen und repräsentativen Funktion hat sie eine überregionale sozialpolitische Bedeutung. Sie verweist auf das christliche diakonische Leitbild.

Wie sieht das Projekt im Einzelnen aus?

Das Projekt „Pate sein“ schärft das Bewusstsein für Menschen in schwierigen Lebenssituationen, verdeutlicht persönliche Handlungsmöglichkeiten, zeigt Förderperspektiven für Kinder auf, entwickelt positive Ideen und vermittelt sinnstiftende Alltagsinhalte.

Um möglichst viele neue Paten zu gewinnen, wird das Projekt wie folgt beworben:

„Entdecken Sie das Abenteuer Patenschaft!“ *Begegnen Sie der Freude, die durch die Begleitung eines Menschen entsteht. Lernen Sie ein anderes Leben kennen. Erfahren Sie die Welt aus einer veränderten Perspektive. Erleben Sie, wie Ihr Einsatz Spuren hinterlässt. Erkennen Sie, was Sie bewegen können. Bauen Sie Zutrauen und Vertrauen auf. Entwickeln Sie neue Patenideen. Beschreiben Sie Ihr Interesse und Ihre Bereitschaft zur Patenschaft. Benennen Sie Möglichkeiten und Grenzen Ihres Einsatzes.*

Formen der Patenschaft können sein:

- christliche Patenschaft
- freie Patenschaft, wie z. B.
 - Wunschpatenschaften zur Erfüllung bestimmter Bedürfnisse
 - Patenschaften in Form einer finanziellen Unterstützung
 - Patenschaft für die Einrichtung „Ma Donna“.

Patenschaftsverständnis

Eine Patenschaft hat einen unterstützenden und fördernden Charakter. Sie entwickelt verbindliche Beziehungen. Die soziale Rolle des Paten kann kreativ gestaltet werden. Die Patenschaft ist eine Chance für alle Beteiligten, neue Erfahrungen zu machen. Erwartungen an den Umfang und an den zeitlichen Einsatz werden miteinander entwickelt und vereinbart. Gemeinsames Erleben und Tun schenkt Hoffnung. Die Patenschaft ist nicht zwingend an die Mitgliedschaft in einer christlichen Kirche gebunden. Das Eingehen

einer freien Patenschaft kann mit einem Ritual gefeiert werden. Die Aufnahme dieser neuen Beziehung, die Integration in eine Gemeinschaft, sollte in einem würdigenden Rahmen geschehen.

Ein Beispiel:

Paten können im Fachdienst Ma Donna zwei Stunden wöchentlich mit einem Kind verbringen. Die Gestaltung des regelmäßigen Kontaktes orientiert sich an den Möglichkeiten des Paten und den Bedürfnissen des Kindes. Vorbereitungsseminare auf die Patenschaft konkretisieren ihre Ziele, erarbeiten Gestaltungsbeispiele für die Patenschaft, klären Versicherungsfragen und zeigen exemplarisch wie Gespräche und Vereinbarungen mit den Erziehungsberechtigten gestaltet werden können. Der begleitende Gesprächskreis verbindet Menschen unterschiedlichster gesellschaftlicher Gruppen. So können sich Menschen mit unterschiedlichem wirtschaftlichem, betrieblichem, kirchlichem, politischem, sozialem, kulturellem und Altershintergrund mit ihrem jeweiligen Verständnis der Patenschaft, der Reflexion des persönlichen Lebensalltags sowie Werten und Normen auseinandersetzen. Gefördert wird ein alltagsbezogener interkultureller und interdisziplinärer Austausch. Neues wird entdeckt, Synergieeffekte entstehen.

Eine Patenschaft anzunehmen bedeutet, als Pate selbst Bezugsperson zu sein, andere Lebensbedingungen kennen zu lernen, zu unterstützen und zu entlasten, Perspektiven zu entwickeln und Zuversicht aufzubauen.

Die Übernahme der Patenschaft wird zunächst auf ein Jahr begrenzt. Nach diesem Zeitraum wird von allen Beteiligten entschieden, ob eine Weiterführung der Patenschaft gewünscht wird.

Die etwas andere Patenschaft: Die Wunschpatenschaft

Für bestimmte Wünsche und Träume fehlt es leider häufig an finanziellen Möglichkeiten oder an Betreuungs- bzw. Unterbringungsmöglichkeiten für das Kind. Auf der Internetseite oder in einem Rundbrief wollen wir Wünsche der Kinder und Mütter/Eltern veröffentlichen. Anonym oder offen wird eine Geschichte oder der Anlass beschrieben, der den Wunsch benennt. Beispiele der „W nscherf llung“ können ver fflicht werden. Paten können sich auf die dargestellten Wünsche beziehen und entscheiden, ob und wie sie diese erfüllen wollen. So können sich nicht nur Einzelpersonen, sondern auch Firmen oder Gruppen sozial engagieren.

Geplante Durchführung des Projektes

Das Projekt soll vom Diakonieverband durchgeführt werden, vertreten durch die stellvertretende Geschäftsführerin des Diakonieverbandes und Leiterin des Fachdienstes Ma Donna in Lüneburg. Die Organisation, Koordination und Durchführung des gesamten Projekts liegen in der Verantwortung des Fachdienstes Ma Donna.

Ort der Durchführung sollen Stadt und Landkreis Lüneburg und damit die Kirchenkreise Lüneburg und Bleckede sein. Es sollen die Räumlichkeiten der beteiligten Gemeinden, Fachdienste und Bildungseinrichtungen genutzt werden. Die beratende Begleitung soll im Fachdienst des Diakonieverbandes – Ma Donna stattfinden.

Im Jahr 2007 soll die erste Gruppe interessierter Paten in einer Veranstaltungsreihe auf die Übernahme der Patenschaft vorbereitet werden. Das Projekt soll kontinuierlich weiterlaufen und keiner zeitlichen Begrenzung unterliegen. Für die Übernahme der anfallenden begleitenden Aufgaben sollen langfristig engagierte Ehrenamtliche ausgebildet werden.

Stand der Umsetzung

Bis zum Frühjahr 2007 wurde bereits mit der Umsetzung des Projektes begonnen, indem es in unterschiedlichen Gremien vorgestellt wurde. Im Rahmen der Beratungs- und Bildungsarbeit wurde nochmals explizit nach dem Bedürfnis von Patenschaften gefragt. Es wurde unter anderem deutlich:

- Das Bedürfnis und der Wunsch nach Paten ist hoch.
- Die Bereitschaft, Patenschaften zu übernehmen, ist eher gering.

Hieraus wird klar: Eine Verstärkung der Öffentlichkeitsarbeit für dieses Projekt ist erforderlich. Es soll – und muss – weiterhin für die Übernahme von Patenschaften geworben werden. Denn es ist zu hoffen, dass bei zunehmender Nachfrage nach Patenschaften die Projektidee verwirklicht werden kann.

Kontakt

Ma Donna – für Mädchen und Frauen

Frau Ursula Kretschmer

Vor dem Neuen Tore 5 · 21339 Lüneburg

Tel.: 04131 / 35535 · Fax: 04131 / 269723

E-Mail: info@madonna-lueneburg.de · Internet: www.madonna-lueneburg.de

Notizen



Herausgeber:

Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Frauen, Familie
und Gesundheit
Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2
30159 Hannover

Redaktion:

Karin Pienschke
Susanne Schumacher
Ina Mohmeyer

Hannover, Juli 2007

Bezug:

Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Frauen, Familie
und Gesundheit
postausgangsstelle@ms.niedersachsen.de
www.ms.niedersachsen.de (-> Service -> Publikationen)

Diese Broschüre darf, wie alle Publikationen
der Landesregierung, nicht zur Wahlwerbung
in Wahlkämpfen verwendet werden