

**Bachelorarbeit**

# **Teenagerschwangerschaften**

**ein interdisziplinäres Konzept  
zur Beratung und Unterstützung**

---

**Janine Albrecht, Moltkestrasse 5, 78467 Konstanz (D), S08258436**

**Anouk Bosshard, Morgenrainstrasse 19, 8620 Wetzikon, S08258683**

**Departement:                      Gesundheit**  
**Institut:                            Institut für Hebammen**  
**Studienjahr:                      2008**  
**Eingereicht am:                  20.Mai 2011**  
**Betreuende Lehrperson:        Karin Brendel**

Inhaltsverzeichnis	
<b>Abstract</b> .....	<b>1</b>
<b>1. Einleitung</b> .....	<b>2</b>
<b>2. Methode</b> .....	<b>4</b>
<b>2.1 Erläuterung der Suchstrategie</b> .....	<b>4</b>
2.1.1 <i>Keywords</i> .....	4
2.1.2 <i>Literaturrecherche in den Datenbanken</i> .....	4
2.1.3 <i>Zusätzliche Literatur</i> .....	6
2.1.4 <i>Limitierung</i> .....	6
2.1.5 <i>Beurteilung der Studien</i> .....	6
2.1.6 <i>Einschlusskriterien</i> .....	6
2.1.7 <i>Ausschlusskriterien</i> .....	6
<b>3. Hauptteil</b> .....	<b>7</b>
<b>3.1 Teenagerschwangerschaften im deutschsprachigen Raum</b> .....	<b>7</b>
3.1.1 <i>Begriffsbestimmungen und Eingrenzung der Thematik</i> .....	7
3.1.2 <i>Statistik und Häufigkeit</i> .....	9
3.1.3 <i>Europäischer Vergleich</i> .....	16
<b>3.2 Schwangerschaft und Mutterschaft von Teenagern</b> .....	<b>19</b>
3.2.1 <i>Aufklärung und Kontrazeption von Teenagern</i> .....	19
3.2.2 <i>Psychosoziale Hintergründe</i> .....	21
3.2.3 <i>Bewältigungsanforderungen bei früher Schwangerschaft und Mutterschaft</i> .....	24
<b>3.3 Gespräche</b> .....	<b>28</b>
3.3.1 <i>Gespräche mit Experten</i> .....	28
3.3.2 <i>Gespräche mit Betroffenen</i> .....	31
<b>3.4 Ausarbeitung von Bedürfnissen</b> .....	<b>39</b>
3.4.1 <i>Präpartal</i> .....	39
3.4.2 <i>Subpartal</i> .....	40
3.4.3 <i>Postpartal</i> .....	41
<b>4. Diskussion</b> .....	<b>43</b>

<b>5. Theorie- Praxis Transfer .....</b>	<b>50</b>
<b>5.1 Konzeptentwicklung einer kontinuierlichen Betreuung von Teenagern prä-, sub- und postpartal in Anlehnung an Sayn-Wittgenstein.....</b>	<b>50</b>
5.1.1 Modell nach Sayn-Wittgenstein .....	50
5.1.2 Einführung.....	51
5.1.3 Das interdisziplinäre Team.....	51
5.1.4 Bedarfsabklärung .....	53
5.1.5 Anforderungen an eine Teenagerfreundliche Sprechstunde .....	56
5.1.6 Zusammenarbeit im interdisziplinären Team an Hand eines Fallbeispiels	58
<b>6. Schlussfolgerungen .....</b>	<b>65</b>
<b>6.1 Forschungsbedarf .....</b>	<b>65</b>
<b>6.2 Zukunftsaussicht.....</b>	<b>66</b>
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>67</b>
<b>A. Abbildungsverzeichnis.....</b>	<b>71</b>
<b>B. Tabellenverzeichnis.....</b>	<b>72</b>
<b>C. Glossar .....</b>	<b>73</b>
<b>D. Danksagung .....</b>	<b>75</b>
<b>E. Eigenständigkeitserklärung .....</b>	<b>76</b>
<b>F. Wortzahl .....</b>	<b>77</b>
<b>Wortzahl des Abstracts.....</b>	<b>77</b>
<b>Wortzahl der Bachelorarbeit.....</b>	<b>77</b>
<b>Anhang .....</b>	<b>78</b>
<b>NICE Guidelines of antenatal care .....</b>	<b>78</b>
<b>Studienmatrixen .....</b>	<b>85</b>

## **Abstract**

**Darstellung des Themas:** Obwohl der Zugang zu Verhütungsmitteln problemlos möglich ist und ausreichender Aufklärungsunterricht praktiziert wird, gibt es auch heute noch ungewollte Schwangerschaften im Teenageralter. Auf Grund der verfrühten Schwangerschaft befinden sich diese Mädchen in einer hohen Diskrepanz zwischen Jugendlichkeit und erwachsen werden. Viele der Betroffenen sind durch ihren Entwicklungsstand noch nicht in der Lage alleine die Auswirkungen ihrer Schwangerschaft und Mutterschaft in Bezug zu ihrem aktuellen Leben zu setzen und die Folgen zu realisieren.

**Ziel:** Entwicklung eines interdisziplinären Konzeptes zur Beratung und Unterstützung von Teenagerschwangerschaften.

**Methode:** Literaturrecherche zu Bedürfnissen von schwangeren Teenagern, sowie Gespräche mit Betroffenen und Experten zum Thema Teenagerschwangerschaft.

**Relevante Ergebnisse:** Die schwangeren Teenager sind häufig von individuellen, multifaktoriellen Problemen tangiert. Um ein bestmögliches Ergebniss der Schwanger- und Mutterschaft zu erreichen sind die Teenager, auf Grund ihrer Persönlichkeitsentwicklung, auf Hilfe von Fachkräften angewiesen. Aus der Arbeit geht ein Ansatz einer Konzeptentwicklung zur interdisziplinären Betreuung von Teenagerschwangerschaften hervor.

**Schlussfolgerung:** Die engmaschige, individuelle Betreuung von schwangeren Teenagern durch ein interdisziplinäres Team kann den multifaktoriellen Bedürfnissen dieser Altersgruppe optimal gerecht werden.

**Keywords:** Adolescent , Bedürfnisse, Beratung, community networks, counseling, education, interdisziplinär, junge Mütter, Konzept, needs, midwife, Pregnancy, Pregnancy in Adolescence, Schwangerschaft, social support, support, Teenager, Unterstützung

## 1. Einleitung

In der heutigen Zeit ist es für Jugendliche eher unkompliziert an verschiedenste Verhütungsmitteln zu gelangen. In den Schulen wurde Aufklärungsunterricht eingeführt, über verschiedene Medien kommen Jugendliche an Fakten und allgemeine Informationen über Geschlechtsverkehr, Verhütung und ungewollte Schwangerschaft. Warum gibt es trotzdem jedes Jahr einige tausend minderjährige Schwangere im deutschsprachigen Raum? Teenagerschwangerschaften sind in der heutigen Gesellschaft ein aktuelles und viel diskutiertes Thema. Die betroffenen Mädchen und jungen Frauen stehen in dieser Situation vor einigen, gravierenden Schwierigkeiten im Privat- und Arbeitsleben. Häufig ist nicht die fehlende Aufklärung der Grund für diese Schwangerschaften, sondern die Gründe liegen oft tiefer.

Durch Konflikte im familiären Umfeld oder mit dem Partner, wird in manchen Fällen eine Schwangerschaft unbewusst herbeigewünscht. Fehlende Anerkennung, schwierige familiäre Bedingungen, mangelndes Gefühl von Geborgenheit und unzureichende Bestätigung des nahen Umfeldes, Orientierungs- und Haltlosigkeit, komplexe Ausbildungssituation sind einige der Ausgangssituationen, welche durch eine Schwangerschaft verbessert werden sollen.

Es gibt verschiedenste Gründe, warum sich junge Frauen für die Austragung der Schwangerschaft entscheiden. Häufig bietet sich die Möglichkeit die bisherigen Lebensbedingungen und -situationen zu verändern. Der Entschluss das Kind auszutragen ist oft auch mit der Motivation der jungen Mädchen verbunden, ihre Sehnsucht nach Bindung und Sinn zu erfüllen. Sie wünschen sich, durch die Gründung einer eigenen Familie, emotionale Defizite zu füllen und sich gebraucht, geliebt, wertvoll fühlen zu können. Die Harmonie und Aufmerksamkeit, die sie häufig in ihren Herkunftsfamilien vermissen, soll mit ihrem eigenen Kind erlebt werden. Die Entscheidung das Kind zu bekommen ist meistens auch abhängig von den moralischen Wertvorstellungen der Frauen. Häufig wird eine Abtreibung als "Tötung" empfunden, oder die jungen Frauen sind der Überzeugung, dass sie eine Abtreibung psychisch nicht verkraften würden. Spätestens nach dem ersten Ultraschalltermin, wenn das Herz schlagen gehört bzw. gesehen wird, entscheiden sich die meisten Frauen gegen eine Abtreibung und für ihr Kind.

Wenn die jungen Frauen sich für die Schwangerschaft entscheiden und junge Mütter werden, geraten sie in eine Situation hoher Diskrepanz zwischen Jugendlichkeit und Erwachsenwerden, sowie Unabhängigkeitsstreben und Verantwortlichkeit. Die hohen Ansprüche, welche an die Jugendlichen gestellt werden, sind eine grosse Herausforderung in einer Zeit voller ambivalenter Gefühle - und das auch ohne eine Schwangerschaft!

Junge Mütter durchleben gerade diesen Prozess sehr schnell. Durch ihr Kind müssen sie schneller und mehr Verantwortung übernehmen als ihre gleichaltrigen Freunde. Häufig sind die jungen Frauen dieser Verantwortung noch nicht gewachsen. Innerhalb kürzester Zeit strukturiert sich ihr gesamter Alltag fast komplett um ihr Kind. Hatten sie vorher nur Verantwortung für sich selbst, wird ihr Leben nun zu einer Gratwanderung zwischen ihren eigenen Interessen und denen ihres Kindes.

Den Autorinnen dieser Bachelorarbeit ist während der Praktikumsarbeit aufgefallen, dass viele dieser jungen Frauen zu wenig oder gar keine individuelle Unterstützung erhalten. Viele der Betroffenen sind allerdings durch ihren Entwicklungsstand noch nicht alleine in der Lage die Auswirkungen ihrer Schwangerschaft und Mutterschaft in Bezug zu ihrem aktuellen Leben zu setzen und die Folgen zu realisieren.

Es wird von den Autorinnen vermutet, dass schwangere Teenager andere Beratungs- und Unterstützungsbedürfnisse haben als Frauen, welche diese ambivalente Zeit schon durchlebt haben. Die Autorinnen sind der Überzeugung, dass sich viele dieser Mädchen und jungen Frauen einfacher in ihre neue Rolle als Mutter einfügen können, wenn durch spezifische Betreuung die psychosozialen Voraussetzungen verbessert werden könnten. Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, ein interdisziplinäres Betreuungskonzept für jugendliche Schwangere und Mütter zu entwickeln. Zweck dieses Konzeptes wird sein die Mädchen und Frauen besser zu unterstützen um dadurch negative Outcomes bei Neugeborenen und Müttern zu verringern.

Laut Schmidt & Thoss (2009) gibt es keine Hinweise darauf, dass Migrantinnen in anderer Masse von Teenagerschwangerschaften betroffen sind als Frauen ohne Migrationshintergrund.

## **2. Methode**

### **2.1 Erläuterung der Suchstrategie**

Für die Literaturrecherche wurden die nötigen Fachbegriffe auf Deutsch und Englisch ausgewählt. Die Literaturrecherche wird mit den nachfolgenden Keywords in den Datenbanken Medline (via Ovid), Cinhal, ERIC, SAPHIR, MiDirs Maternity and Infant Care und PSYNDEXplus durchgeführt. Weiter wird in den oben genannten Datenbanken eine Handsuche nach Studien durchgeführt, welche in anderen bereits ausgewählten Studien zitiert wurden und in direktem Zusammenhang mit der Fragestellung stehen.

#### **2.1.1 Keywords**

Teenager, Adolescent, Pregnancy, Pregnancy in Adolescence, needs, support, social support, community networks, midwife, mother\*, counseling, education, Jugendschwangerschaft, Jugend\*, Schwangerschaft, Familienhebamme\*

Die Keywords werden teilweise als MeSH- Begriffe verwendet und untereinander mit Booleschen Operationen (and, not, or) verknüpft.

#### **2.1.2 Literaturrecherche in den Datenbanken**

In der Tabelle 1 findet sich ein Auszug der Datenbankrecherche. Es wurden zahlreiche Suchvorgänge mit unterschiedlichen Kombinationen der Keywords und Booleschen Operatoren durchgeführt.

Tabelle 1

*Auszug der Resultate der Datenbankrecherche*

Datenbank	Verwendete Keywords	Erhaltene Resultate	Zugriff am
Medline (via Ovid)	Adolescent AND Pregnancy OR Pregnancy in Adolescence AND community networks OR social support	105	18.9.2010
Cinhal	Adolescent AND Pregnancy AND Support	305	9.2.2011
ERIC	Teenager OR Adolescent AND Pregnancy And Education	105	9.2.2011
MiDirs Maternity and Infant Care	Teenager OR Adolescent AND Pregnancy AND Needs	128	9.2.2011
SAPHIR	Schwangerschaft UND Teenager ODER Adolescent UND Unterstützung	1	21.9.2010



### **2.1.3 Zusätzliche Literatur**

Das Buch "Teenager werden Eltern" von Uschi Reim-Hofer und Albert Mayer sowie die Ausgabe "Teenager als Mütter" der Zeitschrift "Hebammen Forum" dienen als Grundlagenliteratur. Des Weiteren werden die Diplomarbeit von Münstermann (2007) zum Thema "Schwangerschaft und Mutterschaft in der Adoleszenz" und die Masterarbeit von Hartmann (2008) zum Thema "Teenagerschwangerschaften - Wenn Mädchen Mütter werden" als Quellen herangezogen.

### **2.1.4 Limitierung**

Während der Studiensuche in den Datenbanken werden bei allen Suchvorgängen die Publikationsjahre von 1995- 2010 limitiert, um die aktuellste Literatur zu erhalten.

Das Forschungsland wird bewusst nicht limitiert, um einen möglichst umfassenden Eindruck der Bedürfnisse der Teenager zu bekommen.

### **2.1.5 Beurteilung der Studien**

Das Raster von Katja Stahl "Beurteilung von Einzelstudien", welches im Magazin des Bundes Deutscher Hebammen e.V. (2008) erschienen ist, wird zur Beurteilung der Studien verwendet. Anschliessend werden in den Matrixen Überblicke der verwendeten Studien erstellt und deren Bedeutung für die Forschungsfrage erläutert.

### **2.1.6 Einschlusskriterien**

Damit eine Studie eingeschlossen wird sollte der Titel der Studie verständlich sein, um einen Überblick des in der Studie behandelten Themas zu geben. Ein Abstract sollte vorhanden sein und einem logischen Aufbau folgen. Die Struktur eines Forschungsartikels sollte schon beim Querlesen der Studie klar erkennbar sein.

### **2.1.7 Ausschlusskriterien**

Es wurden Studien ausgeschlossen, welche beim Querlesen als von mangelnder Qualität beurteilt wurden. Studien welche explizit nur Multiparae behandeln wurden nicht berücksichtigt.

### 3. Hauptteil

#### 3.1 Teenagerschwangerschaften im deutschsprachigen Raum

##### 3.1.1 *Begriffsbestimmungen und Eingrenzung der Thematik*

Um eine einheitliche Begriffsdefinition in dieser Bachelorarbeit zu haben, werden hier die wichtigsten Begriffe definiert und die Arbeit eingegrenzt.

###### Teenager

Die Autorinnen schliessen sich der Definition der online Cambridge Advanced Learner's Dictionaries an, welche unter "Teenager" folgendes versteht: "Eine junge Person im Alter von 13 bis 19 Jahren." (übersetzt durch die Autorinnen, 2011)

###### Peer-group

Die Autorinnen schliessen sich der Definition der online Cambridge Advanced Learner's Dictionaries an, welcher unter "Peer-group" folgendes versteht: "Menschen welche ungefähr im gleichen Alter wie Sie selber sind und von einer vergleichbaren sozialen Gruppe kommen." (übersetzt durch die Autorinnen, 2011)

###### Beratung

Die Autorinnen übernehmen die Definition des Pschyrembel (2004), welcher unter "Beratung" folgendes versteht: "kommunikatives, vorrangig verbales Geschehen, in dem Rat oder Information an einzelne Personen oder Gruppen erteilt wird; Beratung auf professioneller Basis unterstützt Menschen bei unterschiedlichen Entwicklungsaufgaben und in mehrschichtigen Problem- und Konfliktsituationen. Berater verfügen über eine ausgebildete Fachkompetenz, die sie den Ratsuchenden bei der Problemlösung zur Verfügung stellen."

### Unterstützung

Die Autorinnen übernehmen die Definition des Pschyrembel (2004), welcher unter "Unterstützung" folgendes versteht: "Hilfestellung, die zwischen Personen oder Gruppen in Form von emotionaler, instrumenteller oder informationeller Unterstützung ausgetauscht wird; auch Fremdhilfen, die dem Einzelnen aufgrund von Beziehungen und Kontakten mit seiner sozialen Umwelt [...] zugänglich sind und die dazu beitragen, die Gesundheit zu erhalten beziehungsweise Krankheiten zu vermeiden, psychische oder somatische Belastungen ohne Schaden für die Gesundheit zu überstehen [...]."

### Deutschsprachiger Raum

Die Autorinnen deklarieren Deutschland, Österreich und die Schweiz als deutschsprachigen Raum.

### Eingrenzung der Thematik

Die Autorinnen haben sich im Verlauf der Arbeit dazu entschlossen sich in dieser Arbeit nur den Teenagerschwangeren und Müttern im Teenageralter zu widmen. Die Väter im Teenageralter und die zukünftigen Grosseltern der schwangeren Teenager würden die Rahmenbedingungen dieser Arbeit übersteigen. Dennoch sollte sich eine fundierte Beratung ebenfalls den Problemen und Sorgen der Väter widmen, da sie häufig vergessen werden. Sie sind nicht die Hauptpersonen, spielen aber dennoch eine wichtige Rolle. Da Teenagerschwangere häufig noch von ihren eigenen Eltern abhängig sind, muss auch ein Beratungsangebot für die zukünftigen Grosseltern bestehen. Desweiteren wird in dieser Bachelorarbeit darauf verzichtet sich spezifisch schwangeren Teenagern mit Migrationshintergrund zu widmen. Der Rahmen dieser Arbeit wäre mit dieser Thematik überschritten, weil bei diesen Schwangeren häufig noch komplexere Situationen vorhanden sind.

### **3.1.2 Statistik und Häufigkeit**

Laut Friedrich, Remberg & Geserick (2005) gab es in den letzten Jahrzehnten einen signifikanten Anstieg von Teenagerschwangerschaften in Europa. Daraufhin wurde in den meisten europäischen Ländern intensive Aufklärungs- und Präventionsarbeit (wie z.B. Aufklärungsunterricht an Schulen und Beratungszentren für Jugendliche) betrieben, um diesem Trend entgegen zu wirken.

In den letzten Jahren zeigte die Aufklärungs- und Präventionsarbeit Wirkung: Es konnte eine Stagnation der Geburtenzahlen minderjähriger Mütter, bzw. in den meisten europäischen Ländern eine Abnahme der Geburtenzahlen beobachtet werden. Seit 2004 geht in Deutschland die Anzahl der Geburten von adoleszenten Müttern kontinuierlich zurück. Laut Renteria (2008) ist der gleiche Trend in der Schweiz zu beobachten. Besonders die Geburten von Müttern unter 15 Jahren sind seit den siebziger Jahren drastisch gesunken. Die Autorinnen vergleichen die jeweilige Gesamtgeburtenrate, die Geburtenrate und die Schwangerschaftsabbruchrate von Frauen im Teenageralter der Schweiz, Deutschland und Österreich.

Für alle nachfolgenden Tabellen werden die Begriffe einheitlich verwendet und hier einmalig definiert.

Unter dem Begriff "*Insgesamt*" wird die Gesamtzahl aller erfassten Geburten oder aller erfassten Schwangerschaftsabbrüche des jeweiligen Jahres verstanden.

Unter dem Begriff "*Teenager*" werden die Geburtenrate der Frauen im Teenageralter oder die Schwangerschaftsabbrüche im Teenageralter des jeweiligen Jahres verstanden.

Unter dem Begriff "*Prozentsatz*" wird der prozentuale Anteil der Teenagergeburten im Bezug auf die Gesamtgeburtenrate oder die Teenagerschwangerschaftsabbrüche auf die gesamt Abbruchrate des jeweiligen Jahres verstanden.

Unter dem Begriff "*Veränderung*" wird die Ab- oder Zunahme der Teenagergeburten bzw. der Schwangerschaftsabbrüche im Teenageralter in Prozent im Vergleich zum vorherigen Jahr verstanden.

## Schweiz

Laut dem Schweizerischen Bundesamt für Statistik gab es im Jahr 2009 rund 647 Geburten von Frauen im Alter von 13-19 Jahren. Um einen Eindruck von der tatsächlichen Rate an Teenagerschwangerschaften in der Schweiz zu erhalten muss auch die Schwangerschaftsabbruchstatisik analysiert werden. Die Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche in der gleichen Altersgruppe lag bei 1'092.

### Geburten

Die Daten der folgenden Tabelle 2 basieren auf den veröffentlichten Zahlen des Schweizerischen Bundesamtes für Statistik. Diese Zahlen belegen, dass die Rate aller Geburten zwischen 2006 und 2009 um 6,7% zugenommen hat, die Rate der Teenagergeburten nahm im gleichen Zeitraum um 4,7% ab.

Tabelle 2

#### *Geburten in der Schweiz*

2006 – 2009 nach Alter der Frauen				
Jahr	2006	2007	2008	2009
<b>Insgesamt</b>	<b>73'371</b>	<b>74'494</b>	<b>76'691</b>	<b>78'286</b>
Teenager <sup>1</sup>	679	679	653	647
Prozentsatz	0,9%	0,9%	0,9%	0,8%
Veränderung		+/-0%	-3,8%	-0,9%

---

<sup>1</sup> in dieser Statistik im Alter von 13 – 19 Jahren

Schwangerschaftsabbrüche<sup>2</sup>

Da der Kanton Luzern keine Daten zum Schwangerschaftsabbruch veröffentlicht, kann dieser hier nicht berücksichtigt werden. Die Daten der folgenden Tabelle 3 basieren somit auf den veröffentlichten Zahlen der restlichen Kantone vom Schweizerischen Bundesamt für Statistik.

Diese Zahlen belegen, dass die Rate aller Abtreibungen zwischen 2006 und 2009 um 0,3% zugenommen hat, die Rate der Schwangerschaftsabbrüche im Teenageralter nahm im gleichen Zeitraum um 6,1% ab.

Tabelle 3

*Schwangerschaftsabbrüche in der Schweiz*

2006 – 2009 nach Alter der Frauen				
Jahr	2006 <sup>3</sup>	2007	2008	2009
<b>Insgesamt</b>	<b>10' 225</b>	<b>10'254</b>	<b>10'536</b>	<b>10'251</b>
Teenager <sup>4</sup>	1'163	1'155	1'107	1'092
Prozentsatz	11,4%	11,3%	10,5%	10,7%
Veränderung		-0,7%	-4,1%	-1,4%

Wenn die Zahlen der Geburten und Abtreibungen aus der Schweiz in Relation zueinander gesetzt werden wird eindeutig belegt, dass die Schwangerschaften im Teenageralter zwischen 2006 und 2009 abgenommen haben. Die in den Medien häufig erwähnte Zunahme von Teenagerschwangerschaften in der Schweiz kann somit nicht belegt werden.

---

<sup>2</sup>ohne Kanton Luzern

<sup>3</sup>Geschätzte Zahlen (TI: ca.55/ SG ca. 50)

<sup>4</sup>in dieser Statistik im Alter von 13 – 19 Jahren

## Deutschland

Laut dem Deutschen Bundesamt für Statistik gab es im Jahr 2009 rund 4'837 Geburten von Frauen unter 18 Jahren. Um einen Eindruck von der tatsächlichen Rate der Teenagerschwangerschaften in der Deutschland zu erhalten muss auch die Schwangerschaftsabbruchstatisik analysiert werden. Die Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche in der gleichen Altersgruppe lag bei 4'909.

### Geburten

Die Daten der folgenden Tabelle 4 basieren auf den veröffentlichten Zahlen des Deutschen Bundesamtes für Statistik. Diese Zahlen belegen, dass die Rate aller Geburten zwischen 2006 und 2009 um 1,1% abgenommen hat, die Rate der Teenagergeburten nahm im gleichen Zeitraum um 21,5% ab.

Tabelle 4

### *Geburten in Deutschland*

2006 – 2009 nach Alter der Frauen				
Jahr	2006	2007	2008	2009
<b>Insgesamt</b>	<b>672'724</b>	<b>684'862</b>	<b>682'514</b>	<b>665'126</b>
Teenager <sup>5</sup>	6'163	5'812	5'613	4'837
Prozentsatz	0,9%	0,8%	0,8%	0,7%
Veränderung		-5,7%	-3,4%	-13,8%

---

<sup>5</sup>in dieser Statistik im Alter von unter 18 Jahren.

Schwangerschaftsabbrüche

Die Daten der folgenden Tabelle 5 basieren auf den Zahlen des Deutschen Bundesamtes für Statistik.

Diese Zahlen belegen, dass die Rate aller Abtreibungen zwischen 2006 und 2009 um 7,5% abgenommen hat, die Rate der Schwangerschaftsabbrüche im Teenageralter nahm im gleichen Zeitraum 25,5% ab.

Tabelle 5

*Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland*

2006 – 2009 nach Alter der Frauen				
Jahr	2006	2007	2008	2009
<b>Insgesamt</b>	<b>119'710</b>	<b>116'871</b>	<b>114'484</b>	<b>110'694</b>
Teenager <sup>6</sup>	6'590	6'175	5'147	4'909
Prozentsatz	5,5%	5,3%	4,5%	4,4%
Veränderung		-6,3%	-16,6%	-4,6%

Wenn die Zahlen der Geburten und Abtreibungen aus Deutschland in Relation zueinander gesetzt werden, wird eindeutig belegt, dass die Anzahl der Schwangerschaften im Teenageralter zwischen 2006 und 2009 signifikant abgenommen haben. Diese Ergebnisse widerlegen die in den Medien häufig erwähnte Zunahme von Teenagerschwangerschaften in Deutschland.

---

<sup>6</sup>in dieser Statistik im Alter von unter 18 Jahren.



## Österreich

Laut dem österreichischen Jahrbuch der Gesundheitsstatistik gab es im Jahr 2009 rund 2'551 Geburten von Frauen unter 18 Jahren. Österreich ist somit Spitzenreiter in Europa. Um einen Eindruck von der tatsächlichen Rate der Teenagerschwangerschaften in Österreich zu bekommen müsste auch die Schwangerschaftsabbruchstatistik analysiert werden. Da Österreich keine offizielle Datenerhebung für Schwangerschaftsabbrüche vornimmt, beschränkt sich die Analyse der Daten für Österreich lediglich auf die veröffentlichten Geburtenzahlen.

### Geburten

Die Daten der folgenden Tabelle 6 basieren auf den veröffentlichten Zahlen des österreichischen Jahrbuches der Gesundheitsstatistik. Diese Zahlen belegen, dass die Rate aller Geburten zwischen 2006 und 2009 konstant geblieben ist, die Rate der Teenagergeburten nahm im gleichen Zeitraum um 11,8% ab.

Tabelle 6

#### *Geburten in Österreich*

2006 – 2009 nach Alter der Frauen				
Jahr	2006	2007	2008	2009
<b>Insgesamt</b>	<b>77'914</b>	<b>76'250</b>	<b>77'752</b>	<b>77'914</b>
Teenager <sup>7</sup>	2'892	2'723	2'754	2'551
Prozentsatz	3,7%	3,6%	3,5%	3,3%
Veränderung		-5,8%	+1,2%	-7,4%

<sup>7</sup>in dieser Statistik im Alter von unter 18 Jahren. Mit Ausnahme des Jahres 2009 (Anpassung der Statistikerfassung) unter 19 Jahren.

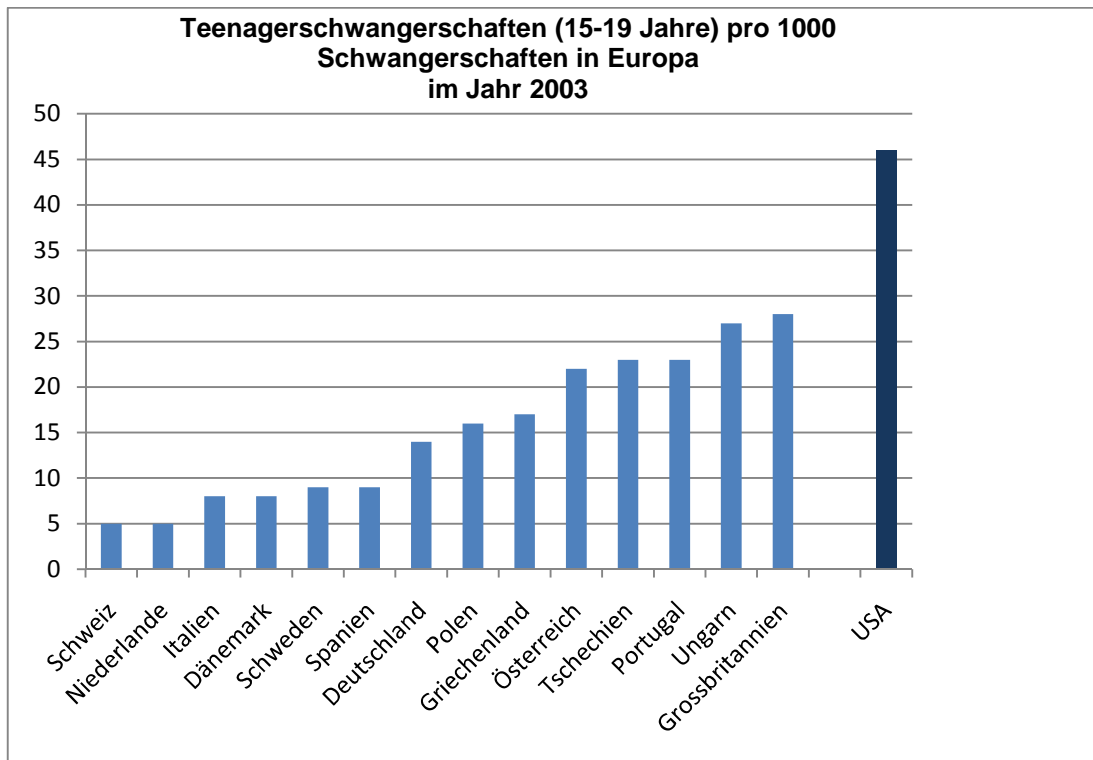
### Schwangerschaftsabbrüche

Es existieren keine offiziellen Erhebungen zu Schwangerschaftsabbrüchen in Österreich da Schwangerschaftsabbrüche weder meldepflichtig sind noch von der Krankenkasse bezahlt werden. Laut Fiala (zitiert in Buchacher, 2009) können die gesamthaft vorgenommenen Schwangerschaftsabbrüche seriös auf 30'000 bis 40'000 pro Jahr geschätzt werden. Es kann angenommen werden, dass Österreich auch bei Schwangerschaftsabbrüchen zu den Spitzenreitern in Europa zählt.

### 3.1.3 Europäischer Vergleich

Nachdem keine Zunahme von Teenagerschwangerschaften im deutschsprachigen Raum festgestellt werden konnte, wird analysiert wie der Trend im europäischen Umfeld ist.

Abbildung 1. Teenagerschwangerschaften in Europa



In Anlehnung an [whychurch.org.uk](http://whychurch.org.uk)

Laut dem "Report on Teenage Pregnancy" (zitiert in Wellings et al., 2005), welcher 1999 publiziert wurde, liegt Grossbritannien bei den Teenagerschwangerschaftsraten in Westeuropa an erster Stelle. 2007 waren es etwa 40'000 Schwangerschaften bei unter 18- Jährigen. Die meisten davon waren ungeplant und etwa die Hälfte der Schwangerschaften wurde abgebrochen, wie Whitworth & Cockerill (2010) aufzeigen. Im Report on Teenage Pregnancy (1999) (zitiert in Wellings et al., 2005), wurden verschiedene Gründe und Ursachen der hohen Zahl von Teenagerschwangerschaften identifiziert.

Die Hauptgründe sind folgende:

Die schlechten Perspektiven in der Berufswelt werden als einer der Hauptgründe aufgeführt. Als weiteren Grund wird die schlechte Sexualaufklärung und mangelndes Wissen der britischen Jugend über die Tragweite einer Schwangerschaft genannt. Auch die widersprüchlichen Aussagen über Sex und Verhütung der britischen Gesellschaft wird als Grund dafür dargelegt. Als Gegenmassnahme zu diesem Trend wurden in der "Teenage Pregnancy Strategy" Ziele zur Prävention der negativen Folgen von Teenagerschwangerschaften formuliert.

Bis 2010 sollte die Empfängnisrate der unter 18-jährigen Frauen um die Hälfte reduziert werden. Desweiteren sollen Jugendliche Eltern, laut Whitworth et al. (2010), mehr in den Schul- und Berufsalltag integriert werden, um langwieriger sozialer Benachteiligung vorzubeugen. Um die Fortschritte dieser Massnahmen zu koordinieren, wurde im britischen Gesundheitsministerium die Abteilung "Teenage Pregnancy Unit" gegründet. Die Hauptaufgabe dieser Abteilung ist es, eine verbesserte Sexualaufklärung in den Schulen sicherzustellen. Zusätzlich wurden Beratungssprechstunden speziell für Teenager eingerichtet. Als weitere Massnahme zählt auch das "Sure-start-program", durch welches jugendliche Eltern finanzielle Unterstützung und Beratung für ihren Alltag als Familie bekommen. Die Resonanz dieser Anordnungen zeigte sich 2001 wie folgt:

Nach Whitworth et al. (2010) sind die Schwangerschaftsraten der unter 18-Jährigen im Vergleich zu 1999 um 11% gesunken und die Geburten von Teenager Müttern sind um 23% zurück gegangen.

Das Gegenbeispiel zu Grossbritannien sind die Niederlande mit der tiefsten Rate an Teenagerschwangerschaften (van Loon, 2003). Obwohl in den Medien publiziert wird, dass die niedrige Schwangerschaftsrate von Teenagern daher resultiert, dass in den Niederlanden die Sexualerziehung in den Schulen effektiver eingesetzt wird, kommt van Loon (2003) in seinen Forschungsergebnissen zu einem anderen Schluss.

Die Studie belegt, dass die Sexualerziehung an Schulen kaum Einfluss auf das Sexualverhalten der Jugendlichen nimmt. Die Hauptgründe liegen, laut

van Loon (2003), an fehlenden familiären Strukturen und früher sexueller Experimentierfreudigkeit. Durch die veröffentlichten Zahlen der niederländischen Statistiken wird belegt, dass gerade im Vergleich zu Grossbritannien, in den Niederlanden weniger allein erziehende Mütter leben, es weniger Scheidungen und auch weniger Mütter die einer Vollzeitbeschäftigung nachgehen gibt. Die Hauptgründe der niedrigen Schwangerschaftszahlen von Teenagern liegen in der konservativen Mentalität und dem hohen Stellenwert der Kirche in den Niederlanden (van Loon, 2003). Ausserdem wird angenommen, dass die anhaltenden Vorurteile gegenüber Teenagermüttern und die sehr geringe soziale Unterstützung auch dazu beitragen, dass vergleichsweise wenige junge Mädchen in den Niederlanden zu Müttern werden.

### **3.2 Schwangerschaft und Mutterschaft von Teenagern**

Im Jahr 1996 hatten 18% der 15-jährigen Frauen in Deutschland Koituserfahrung, zehn Jahre später war dies schon bei 25% der gleichen Altersgruppe der Fall (Schmidt, Matthiesen, Mix & Block, 2009). Da die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft in der Adoleszenz mit der Dauer der koitusaktiven Zeit zunimmt, ist die Wahrscheinlichkeit, dass diese Entwicklung zu einer Zunahme von Teenagerschwangerschaften führt hoch. Laut Schmidt et al. (2006), handelt es sich bei Teenagerschwangerschaften zu über 90% um unbewusst entstandene Gegebenheiten. Die Empfängnisverhütung war in den meisten Fällen nicht richtig oder gar nicht praktiziert. Einige empirische Studien behandeln daher als Gegenstand die Forschungsfrage wie es zu diesem hohen Prozentsatz ungeplanter Schwangerschaften im Jugendalter kommt.

#### **3.2.1 Aufklärung und Kontrazeption von Teenagern**

Jugendliche eignen sich laut der Durex Studie "the face of global sex" (2010) ihr Wissen über Sexualität hauptsächlich durch Medien an. Der Aufklärungsunterricht in Schulen wird als nicht sehr hilfreich bewertet, da zum grössten Teil ausschliesslich biologische Fakten besprochen werden. Die emotionale Seite des Geschlechtsverkehrs wird sehr vernachlässigt. Dieser fehlende Emotionsaspekt im Aufklärungsunterricht ist laut Umfragen in der Schweiz stärker ausgeprägt, als in Österreich und Deutschland.

Weibliche Jugendliche im deutschsprachigen Raum haben häufig diffuse Vorstellungen über die Vorgänge im eigenen Körper, den Menstruationszyklus und die Zusammenhänge von Menstruation, Ovulation und Fertilität.

Anwendungsfehler bei Präservativ und Pille sind laut Schmidt et al. (2006) bei deutschen Jugendlichen sehr häufig. 34% der schwangeren Teenager geben in dieser Studie an überhaupt nicht verhütet zu haben. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen Chase, Maxwell, Knight & Aggleton (2006) auch im internationalen Raum. Nur etwa die Hälfte der Befragten wussten vor Eintreten der Schwangerschaft, dass es als Notfallverhütung die "Pille danach" gibt.

Etwa 70% der Mädchen, denen die Möglichkeit einer Notfallverhütung bekannt war, nahmen an, dass sie während des Geschlechtsverkehrs sicher verhütet

haben. Für die restlichen 30% waren die Anstrengungen und Hemmung die "Pille danach" zu besorgen oder einzunehmen zu hoch (Schmidt et al., 2006). Laut Friedrich et al. (2005) gibt es bei Jugendlichen im deutschsprachigen Raum erhebliche Wissensdefizite bei sexualitäts- und kontrazeptiven Fragestellungen. Weiterhin bestehen unzureichende Kenntnisse über die Wirkungs- und Anwendungsweisen von Kontrazeptiva.

Auch im Umgang mit Präservativen herrscht, laut Garst (2001) (zitiert in Münstermann, 2007), besonders bei Jugendlichen, Unsicherheit und Unkenntnis in der Handhabung.

Ein anderes Defizit besteht im Bereich der Interaktionen von Kontrazeptiva und anderen Medikamenten (z.B. gewisse Antibiotika).

Friedrich et al. (2005) haben in einer empirischen Studie Gründe für das Auftreten von Schwangerschaften in der Adoleszenz genannt:

1. "Pillen-Unfälle" bei Jugendlichen die angeben verhütet zu haben. Der Fehler liegt in der Vorstellung der Jugendlichen hierbei ausserhalb ihres Verantwortungsbereichs ("Die Pille hat versagt oder nicht richtig gewirkt.")
2. "Pillen-Unfälle" bei unregelmässiger Einnahme der Pille. Der Fehler liegt hier in der mangelnden Disziplin bei der Einnahme der Pille. Die Jugendlichen sind in diesen Fällen der Eigenverantwortung nicht gerecht geworden.
3. "Interims-Unfälle" einige Jugendliche haben die Pille abgesetzt, weil sie keinen festen Freund hatten, haben diese aber bei der Wiederaufnahme der sexuellen Aktivität nicht erneut eingenommen. Die jungen Frauen waren nicht in der Lage ihre sexuellen Kontakte rational zu planen.
4. "Unfälle" bei Wechsel zu anderen Verhütungsmethoden z.B. wegen der Eigendynamik der Situation nicht in der Lage, die Verwendung anderer Verhütungsmittel zu kontrollieren.

In Anlehnung an Friedrich und Remberg (2003) geben Häusler- Sczepan, Wienholz, Busch, Michel & Jonas (2008) die mangelnde Fähigkeit, eine Schwangerschaft als Konsequenz des eigenen Handelns zu sehen und eigentlich vorhandenes Wissen situativ umzusetzen, als Erklärungsmuster an.

### **3.2.2 Psychosoziale Hintergründe**

Wenn Frauen im Jugendalter schwanger werden, geht die Gesellschaft davon aus, dass die Schwangerschaft durch einen Verhütungsfehler zustande kam. Die aufgezeigten Ergebnisse verschiedener Studien in dieser Arbeit belegen, dass diese Annahme in den allermeisten Fällen berechtigt ist. Zahlreiche Studien befassen sich mit dem Thema, welche Lebenssituationen von jungen Frauen als prädestiniert gelten um schwanger zu werden.

In Anlehnung an Delisle (2006) gibt Münstermann (2007) an, dass sich unter den sexuell früh aktiven jungen Mädchen verhältnismässig viele aus niedrigen sozialen Schichten befinden. Sie folgert, dass junge Frauen, welche schulisch erfolgreich und sozial gut integriert sind, besser verhüten.

Diese Resultate bestätigen auch die Ergebnisse der Studie "Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen" der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung.

Laut dieser Studie ist das Risiko in der Adoleszenz Schwanger zu werden bei Hauptschülerinnen fünfmal so hoch wie das Risiko einer Gymnasiastin. Laut den Ergebnissen von Schmidt et al. (2006), werden etwa 15 von 1'000 der 15 bis 17-Jährigen Hauptschülerinnen in Deutschland schwanger. Im internationalen Vergleich sind diese Zahlen sehr gering, dennoch aber deutlich mehr als bei den deutschen Gymnasiastinnen, bei welchen nur 3 von 1'000 schwanger werden.

Dem gegenüber stehen allerdings die Ergebnisse von Schmidt et al. (2006), welche belegen, dass keine signifikanten Unterschiede im definitiven Verhütungsverhalten zwischen Gymnasiastinnen und Hauptschülerinnen bestehen.

Schmidt et al. (2006) S.37 schreiben dazu: "Dies festzuhalten ist wichtig, um stereotypisierende und diskriminierende Schlussfolgerungen über die Gruppe der Hauptschülerinnen zu vermeiden."



Mehrere Risikofaktoren für Teenagerschwangerschaften konnten durch die Ergebnisse verschiedener Studien herausgefiltert werden.

Wellings et al. (2005) erklärt in der Final Report Synthesis, dass die Hälfte der minderjährigen Schwangeren keine Arbeit oder keinen Ausbildungsplatz haben. Hier wird der Zusammenhang hergestellt, dass geringe Bildungschancen, soziale Deprivation und Armut das Vorkommen von Teenagerschwangerschaften deutlich beeinflussen.

Statistisch gesehen besteht eine Wechselbeziehung zwischen Jugendschwangerschaften und verschiedenen sozialen Faktoren wie Armut, tiefem Bildungsniveau, Instabilität der Familie in Bezug auf den Wohnort und auf Trennung der Eltern, besonders bei alleinerziehenden Eltern (Renteria, 2008). Wenn in der Familie bereits eine Schwangerschaft im Teenageralter besteht, erhöht sich das Risiko drastisch. Doppeltes Risiko besteht sogar, wenn die Mutter selbst im Teenageralter schwanger wurde.

Sowohl durch Schmidt et al. (2006), als auch in der Final Report Synthesis (2005) der britischen Regierung werden die Thesen gestützt, dass Teenagerschwangerschaften stark mit sozialer Benachteiligung verknüpft sind. Domenico & Jones (2007) führen an, dass die Ursache dieses Problems, darin liegt, dass junge Frauen mit schlechter Schulbildung und geringem Selbstwertgefühl, die keine Erwartungen an ihre weitere Ausbildung oder einen guten Beruf haben, häufig eine Schwangerschaft als alternativen Weg zu wirtschaftlicher Unabhängigkeit sehen. Sie erhoffen sich zum Beispiel durch die Hilfe des Sozialamts oder Kindesunterhalts finanziell abgesichert zu sein. Häufig sehen die jungen Frauen noch andere angebliche Vorteile in einer Schwangerschaft. Viele von ihnen fühlen sich von der Gesellschaft nicht geachtet und erhoffen sich durch ihre neue Rolle als Mutter eine höhere soziale Anerkennung. Häufig betrifft dies jene Teenager, welche schon länger Probleme in der Schule haben und deshalb unmotiviert sind ihren Verpflichtungen nachzukommen. Ein Kind zu bekommen scheint den Frauen eine gute Alternative für die Auflösung der unbefriedigenden Situation zu sein. Klapp et al. (2005) (zitiert in Münstermann, 2007) kommen zusätzlich zu den Erkenntnissen, dass einige der betroffenen Frauen die Sehnsucht nach

bedingungsloser Liebe, welche sie aus dem eigenen Elternhaus nicht bekommen, durch eine eigene Familie zu erfüllen versuchen. Auch in internationalen Studien, wie zum Beispiel durch Domenico et al. (2007) und Chase et al. (2006) wird diese These gestützt. Hier wird die familiäre Struktur als wichtigster Einflussfaktor für das Auftreten von Teenagerschwangerschaften genannt.

Chase et al. (2006) führt zudem noch den Faktor der unerfüllten Liebe an. Manche junge Frauen, welche geplant schwanger geworden sind, geben an, dass sie die Schwangerschaft als Versuch gesehen haben ihren Partner zu halten.

Junge Frauen mit einer Suchtproblematik, Obdachlosigkeit, oder anderen schwieriger Lebenssituationen sehen die Schwangerschaft häufig als Wendepunkt ihres Lebens und erleben postpartal eine positivere Entwicklung. Häufig liegt die Begründung darin, dass die jungen Frauen in ihrem Kind eine neue Lebensaufgabe sehen (Renteria, 2008).

Das Universitätsspital Lausanne hat, laut Renteria (2008), typische Lebenssituationen zur Charakterisierung von Jugendlichen, welche schwanger werden, zusammengetragen:

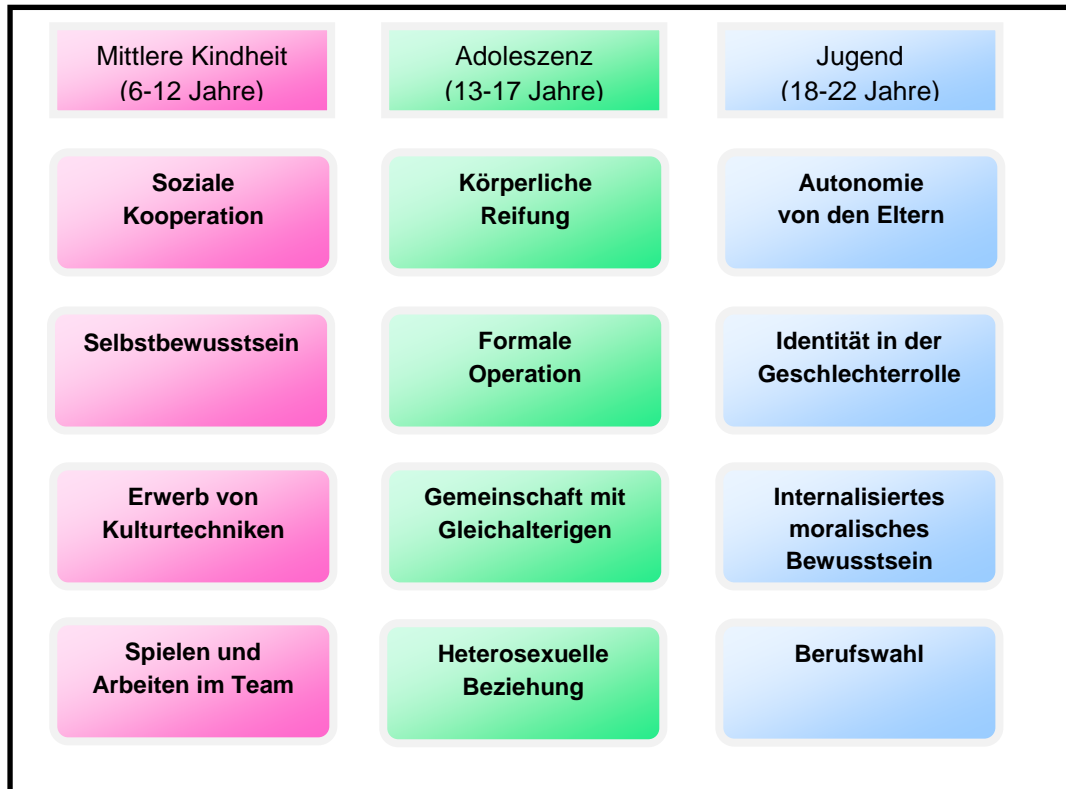
- Die häufigste Gruppe: junge Mädchen mit Drop-out-Situation in Schule, Beruf oder Familie (oft in Heimen lebend). Die Schwangerschaft wird als ein "Symptom" gesehen.
- In Schul- oder Berufsausbildung sozial integrierte Jugendliche, die mit ihren Eltern leben und ihre Schwangerschaft als "Verhütungsunfall" beschreiben.
- Migrantinnen aus erster oder zweiter Generation, bei denen die Schwangerschaft ihrer eigenen Erwartungshaltung oder der ihrer Familie entspricht.

Diese schwierigen Lebenssituationen erfordern multiple Copingstrategien um die Anforderungen der neuen Lebensumstände zu bewältigen.

### 3.2.3 Bewältigungsanforderungen bei früher Schwangerschaft und Mutterschaft

Havighurst (1982) (zitiert in Oerter & Montada, 1998) geht davon aus, dass bestimmte Intervalle im Leben eines Menschen besonders geeignet sind für die Erledigung bestimmter Entwicklungsaufgaben.

Abbildung 2. Entwicklungsaufgaben nach Havighurst



In Anlehnung an Oerter und Montada 1998

Gemäss Havighurst (1982) (zitiert in Oerter & Montada, 1998) ist es durchaus möglich einige dieser Entwicklungsaufgaben später zu absolvieren, was jedoch mit einem höheren Aufwand verbunden ist. Er beschreibt zwei Arten von Entwicklungsaufgaben. Die einen sind zeitlich in sich abgeschlossen und die anderen erstrecken sich über mehrere Intervalle. In jedem dieser Intervalle lasten somit verschiedene Kombinationen von Anpassungsanforderungen auf der sich zu entwickelnden Person. Havighurst (zitiert in Oerter & Montada, 1998) kommt zum Ergebnis, dass eine erfolgreiche Vollendung einer Entwicklungsaufgabe zu Zufriedenheit und Erfolg bei den künftigen Entwicklungsaufgaben führt. Im Gegensatz dazu beschreibt er, dass Misserfolge in der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben zu Unzufriedenheit, Kritik durch

die Gesellschaft und Schwierigkeiten im Problemlöseprozess von späteren Aufgaben führt.

Gemäss Mietzel (2002) wenden sich Jugendliche, nachdem sie eine gewisse Selbstständigkeit erlangt haben, verstärkt ihrer eigenen Person zu.

Jugendliche, welche keine Anerkennung in ihrem nahen Umfeld erfahren, werden mit grosser Wahrscheinlichkeit eine negative Identität entwickeln.

Diese Ausführungen von Mietzel (2002) bestätigen die Aussagen von Klapp et al. (2005) (zitiert in Münstermann, 2007), welche aussagen, dass das soziale Umfeld einen erheblichen Einfluss auf die Entwicklung der Jugendlichen hat.

Durch die oben erwähnten Erkenntnisse aus früheren Forschungen wird deutlich, dass Jugendliche eine hohe Anzahl an Entwicklungsaufgaben zu bewältigen haben.

Kommt an diesem Punkt zusätzlich eine Schwangerschaft hinzu, müssen einige Schritte der Entwicklung schneller durchlaufen oder hinten angestellt werden. Beispielsweise muss die Rollenfindung als Mutter schneller erfolgen, um die Verantwortung für das Kind selbst übernehmen zu können. Das Bedürfnis sich von der Herkunftsfamilie loszulösen korreliert mit den verschiedenen Unterstützungsbedürfnissen der jungen Schwangeren und Müttern. Da sie meistens noch nicht über ausreichende eigene finanzielle Mittel verfügen, sind sie zur Finanzierung des eigenen Lebensunterhalts auf die Unterstützung von Eltern bzw. Staat angewiesen. Durch mangelnde Erfahrung im Umgang mit Ämtern, sind die jungen Frauen auch hier auf Beratung von anderen angewiesen.

In Anlehnung an Häussler- Sczepan et al. (2005), gibt Häussler- Sczepan et al. (2008) an, dass besonders minderjährigen Schwangeren und Müttern die Frage des Sorgerechts für das neugeborene Kind, dem Bedürfnis nach Ablösung von der Herkunftsfamilie im Weg steht.

Münstermann (2007) beschreibt in Anlehnung an Ziegenhain, Derksen und Dreisörner (2004), dass die Persönlichkeitsentwicklung Jugendlicher, häufig auch trotz Volljährigkeit, noch zu wenig ausgebildet ist, um Verantwortung für einen Säugling zu übernehmen. Laut Bitzer (2002) (zitiert in Münstermann, 2007) fordert eine Schwangerschaft im Jugendalter eine verfrühte Annahme

der mütterlichen Rolle und stellt den Prozess der eigenen Identitätsfindung in den Hintergrund. Die schwangeren Mädchen müssen somit gravierendere Lebensentscheidungen treffen als in ihrem Alter üblich.

Mietzel (2002) beschreibt, dass sich Jugendliche bevorzugt an Gleichaltrige wenden, um ihre Fragen und Probleme zu besprechen. Der Kontakt zu "Ähnlich-Altrigen" übernimmt somit während der Kindheit und der Jugend eine wichtige Sozialitätsfunktion. Ferner erklärt Mietzel (2002), dass sich jugendliche Schwangere zumeist an jene wenden, welche von gleichen Problemen betroffen sind. Mietzel (2002), erläutert dies damit, dass junge Menschen, welche sich nicht in einer solchen Lebenssituation befinden, meistens Schwierigkeiten einer frühen Schwangerschaft weniger begreifen. Hierzu zitiert Häussler- Sczepan et al. (2008) in ihrer Studie "Teenager-schwangerschaften in Berlin und Brandenburg" eine Mitarbeiterin des Jugendamtes Brandenburg:

"Die spielen mindestens genauso eine grosse Rolle wie die Familie, weil die sich ja auch mit ihnen beraten, das ist ja auch das Alter, und die werden sicherlich einen Einfluss haben auf die Entscheidung. Der Freundeskreis verändert sich nachher mit der Geburt. Weil vorher wird das ja nicht so gesehen, da heisst es, wir helfen, wir unterstützen, wir machen, aber wenn der Alltag dann eingezogen ist, verändert sich das, und viele minderjährige Mütter haben dann ihren Freundeskreis nicht mehr. Die gehören da nicht mehr dazu, weil sie dann andere Aufgaben haben, können dies nicht mehr, jenes nicht mehr. Das ist einfach auch so vorprogrammiert. Dann verändert sich der Freundeskreis." (S. 149)

Diese Aussage verdeutlicht die Wichtigkeit der sogenannten Peer-groups in problematischen Situationen. Da die Interessen und Bedürfnisse von schwangeren Teenagern im Vergleich zu den Problemen von gleichaltrigen Freunden gravierend divergieren, brechen viele Freundschaften auseinander. Da die jungen Frauen, durch ihre neuen Verpflichtungen als Eltern, nicht mehr die Möglichkeit haben eine alterstypische Freizeitgestaltung wahrzunehmen,

haben viele der jungen Eltern einen Mangel an Kontakt zu Gleichaltrigen. Durch den erwähnten Verlust des Bezuges zum bestehenden Freundschaftskreis sind die Teenager gezwungen neue soziale Kontakte zu knüpfen. Diese soziale Deprivation, die Abhängigkeit von Zuwendungen Anderer und die existierende Armut kann bei diesen jungen Menschen zu Desillusionierung führen. Häussler- Sczepan et al. (2005) weist darauf hin, dass sozialpädagogische Angebote von erheblicher Bedeutung für die Entwicklung von Zukunftsperspektiven sind.

Häussler- Sczepan et al. (2008):

"Ohne qualifizierende Schulabschlüsse und eine abgeschlossene Berufsausbildung sind minderjährige Mütter und ihre Kinder meist dauerhaft auf staatliche Transferleistungen und Unterstützungen angewiesen. Dies kann die Lebensperspektive von Mutter und Kind nachhaltig einschränken. Minderjährige Mütter benötigen besondere Ausbildungsbedingungen, um die Anforderungen von Ausbildung und Kindererziehung miteinander zu vereinbaren."  
(S. 54)

Um ein Leben in Abhängigkeiten, Armut und Stigmatisierung zu verhindern, ist es somit wichtig, dass den jugendlichen Frauen eine (Fach-) Person beisteht, welche die Frauen im Prozess der Entwicklung ihrer Zukunftsperspektiven berät. Die positive Wirkung der Reintegration in die Gesellschaft liegt hierbei nicht nur in der Stärkung des Selbstwertgefühls der Frauen, sondern auch im Zugang zu neuen oder schon bekannten Peer-groups. Wie vorangehend erläutert, bieten diese Peer-groups laut Mietzel et al. (2002) Orientierungsmöglichkeiten im Entwicklungsprozess, sowie Halt und Beständigkeit ausserhalb ihrer Herkunftsfamilie.

Wichtig ist hierbei nicht den Frauen ihre Aufgaben abzunehmen, sondern sie durch Beihilfe zur Selbsthilfe in ihrer Eigenverantwortung zu stärken.

### **3.3 Gespräche**

#### **3.3.1 Gespräche mit Experten**

Im nachfolgenden Teil werden die Ergebnisse aus verschiedenen Expertengesprächen, welche die Autorinnen geführt haben, schematisch zusammengefasst. Es wurden allen Experten die gleichen Fragen gestellt. Um diesen Teil der Bachelorarbeit übersichtlich zu gestalten, werden die relevanten Antworten auf die Fragen zusammengefasst und gebündelt wiedergegeben.

Zuerst wurde den Experten die Möglichkeit gegeben etwas über sich selbst oder über ihre Institution zu erzählen. Die Bandbreite der Arbeitsfelder der Experten geht von Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen, Familienberatungsstellen über Jugendhilfeeinrichtungen bis hin zu freischaffenden und angestellten Hebammen. Es wurden Jugendarbeiterinnen, Familientherapeutinnen, Sozialpädagoginnen und Sozialarbeiterinnen sowie Hebammen befragt.

Auf die Frage wie lange die Experten schon mit jungen Schwangeren und jungen Müttern arbeiten kamen verschiedene Antworten; zwischen zweieinhalb und 30 Jahren. Der Durchschnitt liegt bei ca. zehn Jahren Erfahrung auf ihrem Gebiet.

Die Arbeit mit den jungen Schwangeren und Müttern beschreiben die Experten wie folgt:

- Generell werden die jungen Schwangeren rund um Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Geburt, Wochenbett beraten und unterstützt.
- Es finden Beratungen zu den verschiedenen Hilfsangeboten (wie finanzielle Unterstützung, Umgang mit Ämtern und Behörden, Zukunftsplanung, etc.) statt.
- Schwangere und junge Mütter werden bei Bedarf an andere Stellen wie zum Beispiel Mutter- Kind- Einrichtungen weitervermittelt.
- Aus den vorangehenden Beratungen ergeben sich häufig auch Begleitungen über längere Zeit.

Der Kontakt mit den jungen Frauen kommt häufig durch die Vermittlung von Drittpersonen (Freunde, Eltern, Lehrer, Jugendamt, Ärzten) zustande. Es gibt auch Mädchen, welche sich selbst persönlich oder telefonisch bei den Beratungsstellen melden.

Die Fachpersonen nennen verschiedene Probleme, welche schwangere Frauen im Teenageralter im Vergleich zu Frauen über 19 Jahren haben. Es wird betont, dass die Probleme vor allem reifeabhängig sind und sie am besten mit adäquater Unterstützung durch ein gutes soziales Netz bewältigt werden können. Nachfolgend sind einige Probleme exemplarisch erläutert:

- eigene pubertäre Entwicklungsaufgaben bewältigen gegenüber Verantwortung für ein Kind übernehmen
- unklare Finanzlage
- Abhängigkeit von Anderen
- Schule/ Ausbildung nicht abgeschlossen oder Beruf nicht gesichert
- eigene Bedürfnisse widersprechen oft den Bedürfnissen ihrer Kinder
- Verlust der bestehenden Peer-groups, Schwierigkeiten neue Kontakte zu Frauen in ähnlichen Situationen zu knüpfen
- grosse Unsicherheit
- Unerfahrenheit im Umgang mit Ämtern und administrativen Lebensaufgaben
- schwierige Lebenssituationen
- Sorgerechtsproblematiken

Aus den Problemen, welche die Fachpersonen nennen, ergeben sich somit die nachfolgenden Schwerpunkte in Bezug auf die Arbeit mit jungen Schwangeren und Müttern.

- Selbstwertstärkung
- Thematisierung der eigenen Entwicklungsaufgaben und Mutterschaft
- Vermittlung von Erziehungskompetenzen
- Aufbau einer Beziehung zum Kind
- Entwicklung einer (Zukunfts-) Perspektive
- Sicherheit bieten durch Klärung der psychosozialen Situation
- Beziehungsklärung zur Ursprungsfamilie



- Aufbau eines (neuen) sozialen Netzes
- eigene Entscheidungsfindung ermöglichen
- Angebote der engen psychosozialen Begleitung und Beratung
- Hilfe bei alltagspraktischen Dingen (Ämtergänge, Wohnungssuche etc.)

Die Unterstützung des Umfeldes (Partner, Familie, Freunde, Schule, etc.) wurde von allen Experten als sehr wichtig empfunden. Aussagen wie "je besser sie [die Schwangeren] eingebettet sind, umso besser kann der Akt gelingen" und "die Unterstützung des Umfeldes [...] kann sehr hilfreich sein, wenn sie zuverlässig ist" durch zwei der Experten, verdeutlichen die Wichtigkeit des stabilen, verlässlichen sozialen Netzes.

Auf die Frage, wie die jungen Schwangeren die Unterstützung von anderen Einrichtungen wie zum Beispiel dem Gynäkologen, dem Sozialamt oder dem Jugendamt erleben, gab es eine grosse Bandbreite von Antworten. Von guter Unterstützung bis hin zu Diskriminierung und Bevormundung der Jugendlichen wird einiges genannt. Die Experten sind sich einig, dass die Zufriedenheit der jungen Schwangeren und Müttern in Bezug auf erhaltene Unterstützung von den einzelnen Fachpersonen und deren Einstellung sowie Offenheit zum Thema Teenagerschwangerschaften abhängt. Eine Expertin betont die Wichtigkeit der Rolle der Hebamme, da diese die jungen Frauen über die gesamte Zeit prä-, sub- und postpartal begleiten kann und somit eine Vertrauensbasis entstehen kann. Diese Aussage wird auch durch die Studie von Hertfelt Wahn (2006) zum Thema "Erfahrungen von schwedischen Hebammen in der Begleitung von Teenagern während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett" belegt.

### **3.3.2 Gespräche mit Betroffenen**

Die Autorinnen dieser Bachelorarbeit haben sich mit einigen jungen Frauen in Verbindung gesetzt um heraus zu finden, in wie weit sich die Studienergebnisse mit den Aussagen von betroffenen Teenager decken. Viele dieser Gespräche ähneln sich stark in ihrer Aussage und decken sich mit den Ergebnissen der aktuellen Forschung. Einige der unten zusammengefassten Gespräche wurden persönlich geführt. Da es manchen jungen Frauen unangenehm war ein persönliches Gespräch zu führen, sie dennoch grosses Bedürfnis hatten sich mitzuteilen, schien es den Autorinnen richtig, diesen Frauen die Möglichkeit der Anonymität des Internets zu gewähren. Die Autorinnen haben sich mit diesen Frauen über das Internet in Verbindung gesetzt und die Gespräche virtuell geführt. In diesem Kapitel werden einige Auszüge dieser Gespräche aufgeführt.

Hanna berichtet:

"Ich bin in der Ausbildung zur Erzieherin. Durch die Schwangerschaften haben sich meine Zukunftspläne insofern verändert, dass eine abgeschlossene Ausbildung für mich noch wichtiger wurde. Ich wohne bei meinen Eltern und bin auch froh darüber. Max ist tagsüber in einer Kinderkrippe, damit ich arbeiten oder in die Schule gehen kann. Meine Mutter unterstützt mich überall. Besonders wenn ich lernen muss nimmt sie den Kleinen zu sich, was eine sehr grosse Entlastung für mich ist. Auch emotional ist sie mir eine grosse Stütze, wenn ich mich kraftlos und überfordert fühle, unterstützt sie mich immer und baut mich wieder auf."

Hanna hat einen guten familiären Hintergrund und kann durch die Unterstützung ihrer Eltern ihre Berufsziele leichter verwirklichen.

Sarina erzählt:

"Ich wohne mit meinem Partner zusammen. Er arbeitet aber 100% im Verkauf. Ich schloss nach 9 Jahren meine Schule ab. Als mein Sohn auf der Welt war begann ich eine KV-Lehre. Nach der Lehre möchte ich die BMS machen und dann entweder Hebamme studieren oder an die ZHDK [Zürcher Hochschule der Künste, Anmerkung der Autorinnen]. Meine Zukunftspläne haben sich durch mein Kind verändert. Ich wollte immer reisen und jobben, jetzt muss ich realistischer denken, besser planen und abschätzen. Mein grösstes Problem war es, eine gute Kinderbetreuung für meinen Sohn zu finden, welche ich finanzieren und somit meine Ausbildung beenden kann. Mir wäre sehr geholfen gewesen, hätte mich jemand schon während der Schwangerschaft darüber beraten, was es für Betreuungsmöglichkeiten gibt. Für eine Erstausbildung gibt es kaum Möglichkeiten einer Teilzeitbeschäftigung. Meiner Meinung nach sollten hier mehr Alternativen entwickelt werden. Man fühlt sich nicht ernst genommen, fast als Rabenmutter, wenn man häufig den Vorwurf hört, dass man sein Kind so früh in eine Fremdbetreuung gibt. Im Spital hab ich mich nicht ernst genommen gefühlt. Ich fühlte mich bevormundet und hatte das Gefühl keiner traut mir zu eine eigene Meinung zu haben."

Für Sarina ist es schwer die Betreuung in fremde Hände geben zu müssen, da ihre Mutter und ihr Partner selbst einer Vollzeitbeschäftigung nachgehen. Sie selbst möchte allerdings nicht ein Leben lang auf andere angewiesen sein, deswegen ist es ihr sehr wichtig selbst eine abgeschlossene Ausbildung zu haben.

Michaela berichtet:

"Ich habe meine mittlere Reife abgeschlossen. Danach habe ich eine Ausbildung zur Krankenschwester gemacht. Ein Wiedereinstieg in meinen erlernten Beruf scheint aber zurzeit mit einem Kind unmöglich. Ich bin alleinerziehend und wohne mit meiner Tochter in einer Wohnung. Ich habe mir damals Unterstützung ausserhalb meiner Pflichten und Aufgaben gewünscht, wie zum Beispiel eine Beratung über meine seelische Verfassung während der Schwangerschaft. Jemanden der darauf eingeht was ein schwangerer Teenager fühlt und eine Vorbereitung auf das Leben mit einem Kind. Wichtig wäre für mich auch noch eine Beratung über die finanziellen Sachen und die genauen Rechte und Pflichten des Vaters. Zu den Themen hat man mich nicht genug beraten. Hier gibt es auch keine Beratungsstelle speziell für junge Mütter. Die meisten Beratungsstellen haben schon vor Beginn einer Beratung Vorurteile. Das erschwert für viele den Gang dort hin, was sehr schade ist. Das Internet ermöglicht es aber wenigstens sich gegenseitig auszutauschen und das funktioniert sehr gut. Aber von so ziemlich allen wird das "Mutter sein" als "einfach" hingestellt. Heute merke ich, dass es verdammt schwer ist. Das Wochenbett im Krankenhaus fand ich ganz schlimm, da ich Krankenhäuser hasse. Am liebsten wäre ich direkt nach der Geburt nach Hause gegangen. Ich hab mich da total eingesperrt gefühlt. Ausserdem hatten viele Vorurteile gegen mich als junge Mutter. Aber als wir dann nach Hause durften war es so eine unbeschreiblich schöne Zeit."

Michaela beschreibt die Stigmatisierung als alleinerziehende Teenagermutter in der Gesellschaft als emotionale Belastung. Weiter führt Michaela aus, dass sie eine intensive präpartale Beratung positiv empfunden hätte. Michaela hätte von einer ausführlichen postpartalen Betreuung profitiert.

Nathalie beschreibt:

"Zu Beginn war es für mein gesamtes Umfeld schwierig, aber bereits nach kurzer Zeit haben sich alle mit uns gefreut. Ich habe mich in der Berufsschule durch meine Lehrer und meine Freundinnen sehr gut unterstützt gefühlt. Aber ich wollte mich sowieso nicht auf andere verlassen, schliesslich wurde ja ich Mami und nicht sonst Jemand. Was mir geholfen hätte, wären mehr Kinderbetreuungsplätze gewesen, oder Informationen wie die Betreuung geregelt werden kann, wenn man wieder arbeiten muss. Ich hätte mich besser gefühlt wenn ich gewusst hätte, dass ich das Kind auch alleine durchbringen kann, da mein Freund mich in der Schwangerschaft verlassen hat. Oder wo man sich über finanzielle und organisatorische Unterstützung informieren kann. Mein Wochenbett war schön, meine Hebamme kam jeden Tag und hat mir bei den Stillproblemen geholfen. Nach 14 Tagen haben wir, wenn sie kam, über viele Sachen geredet. Ich konnte dann als mein Sohn 2 Jahre alt war meine Ausbildung weiterführen und später erfolgreich beenden."

Nathalie hat sich schon zu Beginn gut in ihrer neuen Rolle zurechtgefunden, sie hat selbstbewusst ihre Entscheidung verteidigt und bekam durch ihren objektiven Umgang mit der Situation schnell positive Resonanz aus ihrem nahen Umfeld. Sie sagt klar aus, dass ihr Unterstützung bei der Organisation des Lebensunterhalts und der Lebensgestaltung sehr geholfen hätte.

Katrin erzählt:

"Ich hatte einen Hauptschulabschluss vor der Schwangerschaft und wurde in der Ausbildung zur Zahnarthelferin schwanger und unterbrach die Ausbildung. Etwa ein Jahr nach der Schwangerschaft setzte ich die Ausbildung fort und schloss sie ab. So erlangte ich die Mittlere Reife. Zurzeit hole ich mein Abitur in der Abendschule nach. Morgens arbeite ich und mittags habe ich Zeit für mein Kind. Ich möchte studieren. Ich habe trotz der Schwangerschaft immer die gleichen Ziele verfolgt. Ausser von ärztlicher Seite wurde ich von niemandem begleitet. Ich hätte mich gegen Ende der Schwangerschaft am liebsten versteckt, denn jeder hat mich schief angeschaut. Ich habe mich immer geschämt [...]. Ich habe gestillt, obwohl ich das nicht wollte, man hat mir gesagt es sei unbedingt erforderlich ohne meine Bedürfnisse zu beachten. Ich hab mich einsam gefühlt, weil ich immer die jüngste Mama war und das Gefühl hatte alle hätten Vorurteile gegen mich. Im Nachhinein wäre eine psychologische Beratung während der Schwangerschaft gut für mich gewesen."

Wie auch Michaela, beschreibt Katrin die Stigmatisierung der Gesellschaft als grosse Belastung. Katrin ist, ebenso wie Sarina, eine gute Bildung wichtig um später nicht mehr auf fremde Hilfe angewiesen zu sein, und selbst gut für ihre Familie sorgen zu können.

Anonym sagt:

"Ich wurde in der Oberstufe im Gymnasium schwanger. Damals habe ich bei meinen Eltern gewohnt. Nach den Sommerferien ging ich wieder zur Schule und schloss mein letztes Schuljahr trotz meiner Tochter mit der Hilfe meiner Eltern ab. Ich hab mich von Anfang an bereit für meine Tochter gefühlt. Beratungen über die verschiedenen Unterstützungsangebote, wenn man eine Ausbildung macht, waren sehr hilfreich für mich. Letztes Jahr habe ich meinen Abschluss als staatlich anerkannte Physiotherapeutin gemacht und bin froh, dass ich in Zukunft auf niemanden mehr angewiesen bin und für meine Tochter und mich alleine sorgen kann."

Anonym hat ihr Abitur erfolgreich bestanden, da sie in der Kinderbetreuung unterstützt wurde. Sie erzählt im Gespräch ausserdem noch, dass es enorm anstrengend war die Ausbildung mit einem Kind zu beenden, aber das Ziel ein Vorbild für ihre Tochter zu sein, hat sie immer angespornt. Auch Anonym sieht es in ihrer Verantwortung für den Lebensunterhalt ihrer Familie aufkommen zu können. Die wahrgenommenen Beratungsangebote erleichterten es, ihre Zukunftspläne nicht aufgeben zu müssen und ihre Perspektive zu verbessern.



In den Gesprächen mit den jungen Frauen wurden einige Bedürfnisse häufig erwähnt, welche von den Fachleuten präpartal zum grössten Teil gedeckt wurden. Diese Bedürfnisse decken sich zum Grossteil mit den Ergebnissen verschiedener Studien. Die meist genannten waren:

- Beratung zur finanziellen Unterstützung
- Aufklärung über Alternativen zu Abtreibung/ Adoption
- Hilfe bei der Planung für den Wiedereinstieg in die Schullaufbahn/ Ausbildung
- Rechtliche Aufklärung über Sorgerecht/ Erziehungsberechtigte/ Unterhalt etc.

Auf die Frage welche Beratung und Unterstützung sich die Frauen noch zusätzlich gewünscht hätten, waren die meist Erwähnten:

- Ort an welchem sich junge Frauen treffen können
- psychologische Unterstützung
- Internetforen (Anonymität)
- Hilfe bei der Behördengängen, Ausfüllen von Anträgen

In den Gesprächen mit den Frauen ist aufgefallen, dass fast alle Frauen erwähnen, dass sie sich in der Gesellschaft nicht ernstgenommen fühlen. Manche erzählen sogar, dass sie sich gemobbt fühlen. Teilweise getrauen sich die jungen Frauen nicht ihre Fragen auszusprechen, um abschätzige Blicke und Kommentare zu verhindern. Besonders ganz junge Mütter erwähnen, dass sie oft Angst haben, dass ihnen ihr Kind sofort weggenommen wird, wenn sie Fehler begehen oder Schwächen eingestehen. Unerwartet viele Frauen erzählen, dass sie planen einen beruflichen Abschluss zu erlangen, oder diesen mit Kind schon erlangt zu haben.

### **3.4 Ausarbeitung von Bedürfnissen**

#### **3.4.1 Präpartal**

Laut de Jong (2002) und Aujoulat, Libion, Berrewaerts, Noirehomme- Renard & Deccache (2010) ist es den Teenagern ein grosses Bedürfnis, schon präpartal als Erwachsene angesehen zu werden, welche das Beste für ihr Kind möchten. Daraus ergibt sich laut Aujoulat et al. (2010) ein weiteres Bedürfnis. Die Teenager möchten durch Abgabe von ausreichenden Informationen durch Fachpersonen eine auf Informationen abgestützte Entscheidung treffen können.

Fachpersonen müssen sich bewusst sein, dass psychische Probleme bei Teenagern schwerer zu identifizieren sind, da die Teenager stets darum bemüht sind, ihre Aufgaben und Pflichten korrekt wahrzunehmen und auszuführen. Die Teenager haben häufig Angst, wenn sie ihren Aufgaben und Pflichten nicht nachkommen, ihnen das Sorgerecht für ihr Kind entzogen wird (de Jong, 2000). Wie Aujoulat et al. (2010) und de Jong (2000) beschreiben, wünschen sich die Teenager präpartal Informationen über die psychische Gesundheit, im speziellen über die Wahrscheinlichkeit einer postpartalen Depression. De Jong (2000) kam in ihrer Studie zum Ergebnis, dass vier der zehn Probandinnen eine postpartale Depression entwickeln und dafür keine angemessenen Behandlungen erhalten haben. Weiter beschreibt de Jong (2000), dass die betroffenen Teenager versuchten sich möglichst normal zu verhalten, weil sie sich durch die Gesellschaft und die Fachpersonen stark beobachtet fühlten und deshalb fürchteten, dass man ihnen ihre Kinder entzieht.

De Jong (2000) identifizierte in ihrer Studie das Bedürfnis nach Information und Verfügbarkeit spezieller Angebote für Teenager, da sich die schwangeren Teenager unter erwachsenen Schwangeren häufig nicht wohl fühlen. Hier kann laut de Jong (2000) eine speziell auf Teenager abgestimmte Support-Gruppe das Bedürfnis decken. Diese Gruppe sorgt in diesem speziellen Fall für den emotionalen Beistand, es können neue Freundschaften geschlossen werden. Die Frauen haben eine Verpflichtung und gehen somit ausser Haus, bilden Vertrauen und bauen sich eine neue Peer-group auf. Die Teenager

können sich gegenseitig unterstützen und von anderen Erfahrungen profitieren.

Die Unterstützung durch Fachpersonen und Mitglieder von Peer-groups ist laut Aujoulat et al. (2010) von doppelter Wichtigkeit, wenn kein familiärer Rückhalt aus der Ursprungsfamilie besteht.

Aujoulat et al. (2010) beschreibt, dass bei den Teenagern Gefühle von Einsamkeit und Angst prä- und subpartal auftreten. Eine gezielte, fundierte Vorbereitung auf die Geburt lässt sich daraus als Bedürfnis ableiten.

Scott Stiles (2005) beschreibt verschiedene Bedürfnisse in Bezug auf alltägliche Dinge wie Unterstützung zur Sicherung des finanziellen Einkommens beispielweise durch staatliche Unterstützung oder durch weiterverfolgen der Karriere oder Wiederaufnahme der Arbeit nach der Geburt. Ein weiteres von Scott Stiles (2005) beschriebenes Bedürfnis ist die Schulung der Erziehungskompetenzen in Bezug auf emotionale (Liebe, Zuwendung, etc.) und materielle (Pflege zur Gesunderhaltung oder bei Krankheit, Ernährung etc.) Bedürfnisse der Kinder.

### **3.4.2 Subpartal**

In einigen Studien wurden die Bedürfnisse von jungen schwangeren Frauen identifiziert. Die Bedürfnisse unterscheiden sich nur in wenigen Punkten von den Bedürfnissen älterer Schwangerer.

Aujoulat et al. (2010) erklärt, dass junge Frauen ohne familiären Rückhalt und wenig Unterstützung vermehrter subpartaler Betreuung bedürfen. Dieses Ergebnis wird auch durch die WHO in ihrem Gesundheitsreport (2007) unterstützt. Hier wird gesagt, dass eine eins zu eins Betreuung für schwangere Teenager in Bezug auf mehrere Faktoren förderlich ist. Zum einen wird in diesem Report eine Verkürzung der Wehendauer der Geburt beobachtet. Andererseits wurde eine Verminderung der Interventionsrate in Bezug auf operative Geburtsbeendigungen und geringer Gebrauch von Medikamenten erfasst. Ausserdem reduziert eine eins zu eins Betreuung das Risiko, dass junge Frauen ein Geburtstrauma erleben. Die Erkenntnis, dass eine subpartale eins zu eins Betreuung ein grosser Vorteil für die

schwangeren Teenager ist, wird auch in den Aussagen des "Teenage-parents: who cares?" (2008) des "Departement of Health" unterstützt. Ein besseres Geburtserlebnis und ein positiveres Erleben des Geburtsschmerzes wird von den jungen Frauen allerdings am häufigsten beschrieben, wenn sie soziale Unterstützung und emotionalen Beistand subpartal, durch die Familie oder andere nahestehenden Personen, erleben.

Der Guide "Teenage-parents: who cares?" (2008) beschreibt, dass speziell junge schwangere Frauen ein ausgeprägtes Bedürfnis nach einem würdigen Umgang haben. Der Informed consent sollte auch von schwangeren Teenagern eingeholt werden um für sich und ihr Kind wichtige Entscheidungen selbst treffen zu können. Viele Frauen beschreiben, dass sie sich bevormundet und nicht ernst genommen gefühlt haben. Diese Ergebnisse werden durch die Gespräche mit Betroffenen, welche die Autorinnen geführt haben, bestätigt.

Durch die schwierigen sozialen und familiären Situationen einiger Schwangeren, wird durch den Guide "Teenageparents- Who cares" (2008) erklärt, dass es für junge Schwangere wichtig ist, von dem Partner ihrer Wahl begleitet werden zu können. Ausserdem sollte der Kindsvater, sofern er bei der Geburt anwesend ist, in die subpartale Betreuung mit einbezogen werden.

### **3.4.3 Postpartal**

Frauen, welche ihr erstes Kind bekommen haben, sind mit vielen neuen Situationen konfrontiert. Besonders die jungen Frauen sind dadurch stark gefordert.

Um die jungen Mütter adäquat unterstützen zu können, wurden folgende postpartale Bedürfnisse von Teenagern herausgefiltert.

Aujoulat et al. (2010), erklärt, dass Fachpersonen im Umgang mit den jungen Frauen Unterstützung während des Übergangs zur Elternschaft geben sollten. Viele junge Frauen haben Schwierigkeiten die Bedürfnisse des Neugeborenen alleine zu erkennen. Es sollte den Müttern im Teenageralter Unterstützung gewährt werden, um den emotionalen und sozialen Bedürfnissen der Kinder gerecht zu werden. Während der Wochenbettbetreuung sollte den Teenagern besondere Zuwendung vom Fachpersonal zukommen. Die jungen Mütter

sollten über die verschiedenen Faktoren aufgeklärt werden, damit sie auch nach der Geburt eigene Entscheidungen treffen können. Ein besonderes Augenmerk sollte hier, laut dem WHO Bericht (2007), auf das Stillen gelegt werden. Mütter im Teenageralter sollten das Recht haben sich gegen das Stillen zu entscheiden, wenn sie über alle Vor- und Nachteile, welche das Stillen bietet aufgeklärt worden sind. Die Rückmeldungen aus den Gesprächen mit Betroffenen zu diesem Thema waren, dass bei einigen diese Entscheidung nicht respektiert wurde. Häufig geben die Frauen an, nicht ernst genommen sowie vom Pflegepersonal zum Stillen gedrängt worden zu sein. Die WHO gibt weiter an das Thema "Impfungen" anzusprechen, damit die Frauen auf Informationen abgestützte Entscheidungen treffen können, wenn sie zur ersten Kinderarztuntersuchung gehen.

Neben dem Stillen gibt die WHO (2007) an, dass Frauen auch über Ernährung in der Stillzeit, sowie auch über die Ernährung des Neugeborenen und Kleinkindes aufgeklärt werden sollten.

Laut der WHO (2007) muss spätestens in den ersten Wochen postpartum das Thema Sexualität und Verhütung in der Stillzeit und Verhütungsmethoden nach der Stillzeit angesprochen werden, um weitere ungeplante Schwangerschaften zu verhindern. Diesen Faktor erachtet auch Aujoulat et al. (2010) als sehr wichtig.

#### **4. Diskussion**

Die These der Autorinnen die zu Beginn dieser Bachelorarbeit aufgestellt wurde, dass jugendliche Schwangere und Mütter andere Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten haben als ältere Schwangere und Mütter, konnte durch die Studienanalyse und die Gespräche mit Betroffenen grösstenteils bestätigt werden. Die Hauptergebnisse der Studien werden hier nochmals zusammengefasst dargestellt:

*Abbildung 3: Studienzusammenfassung: Aujoulat, I., Libion, F., Berrewaerts, J., Noirhomme-Renard, F., & Deccache, A. (2010). Adolescent mothers' perspectives regarding their own psychosocial and health needs*

<p><b>Gesundheitserziehung vor der Schwangerschaft:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- die meisten Befragten hatten Aufklärungsunterricht</li><li>- Informationen zu technisch, gingen nicht auf die emotionalen Bedürfnisse ein</li><li>- Schwangerschaft im Aufklärungsunterricht als unerwünschtes Ereignis dargestellt</li><li>- Teenagern fehlte Möglichkeit zur Diskussion über sexuelle und reproduktive Gesundheit</li></ul> <p><b>Psychosoziale und gesundheitliche Bedürfnisse präpartal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Stärkung des Selbstwertgefühls</li><li>- Kind als Zeichen von Reife und Verantwortung</li><li>- Information über medizinische, soziale und finanzielle Aspekte</li><li>- Möglichkeit informierte Entscheidung zu treffen</li><li>- Wichtigkeit der kontinuierlichen präpartalen Betreuung (besonders wichtig, wenn keine Unterstützung durch Herkunftsfamilie vorhanden)</li></ul> <p><b>Bedürfnisse subpartal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Bei mangelnder Unterstützung der Herkunftsfamilien grössere Bedürfnisse subpartum</li><li>- Geburtsvorbereitungskurse und Spitalrundgänge nur für Teenager</li><li>- Wichtigkeit der Information über mögliche psychische Erkrankungen postpartum, da hier grosses Informationsdefizit besteht</li></ul> <p><b>Bedürfnisse postpartal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- seriöse Diskussion und Beratung zur Prävention einer erneuten Schwangerschaft.</li><li>- als Erwachsene angesehen und angesprochen werden</li><li>- Programm, in welchem die Frauen im Prozess des Elternwerdens unterstützt werden.</li><li>- Betreuungsplätze (stundenweise), damit Frauen sich um sich selbst kümmern können.</li></ul>
--

Diese Studie hat einen qualitativ, explorativen Ansatz, welcher für die Thematik richtig gewählt wurde, da es sich um subjektive Bedürfnisse handelt. Aufgrund der unterschiedlich abgedeckten Aspekte in Bezug auf die These ist die Stichprobengrösse von n=12 ausreichend. Durch Zunahme weiterer Teilnehmer wird kein zusätzlicher bedeutender Erkenntnisgewinn vermutet. Durch die Ausarbeitung der Bedürfnisse von jugendlichen Schwangeren und Müttern wird der Bezug zur Fragestellung hergestellt.

*Abbildung 4: Studienzusammenfassung: Schmidt, G., Thoss, E., Matthiesen, S., Block, K., & Mix, S. (2009). Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen*

<p><b>Alter:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Ca. 2,6% aller Frauen werden vor dem 18. Geburtstag mindestens einmal schwanger</li></ul> <p><b>Risiko:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- geringe Schulbildung führt zu mangelnden Zukunftsperspektiven → höheres Risiko ungewollter Teenagerschwangerschaft.</li><li>- Gründe hierfür: einerseits höhere sexuelle Aktivität, andererseits labileres Verhütungsverhalten (ohne verlässliche Studienaussagen)</li></ul> <p><b>Riskante Situation:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Risiko beim ersten sexuellen Kontakt mit neuem Sexualpartner am höchsten. Gleichzeitig steigt Risiko wenn sexuelle Selbstbestimmung der Mädchen und Frauen nicht ausreichend durchgesetzt werden kann. Junge Frauen sollen informiert werden, dass diese Situationen besonders risikoreich sind.</li></ul> <p><b>Gründe der Schwangerschaft:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- meistens Anwendungsfehler bei Verhütung</li></ul> <p><b>Gründe der Austragung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Alter:</b> mit zunehmendem Alter nimmt Tendenz zum Abbruch ab (Partneralter hat stärkeren Einfluss als Alter der Mutter)</li><li>- <b>Herkunft:</b> Minderjährige Frauen aus neuen Bundesländern tragen Schwangerschaft eher aus, als Frauen aus alten Bundesländern</li><li>- <b>Perspektiven:</b> Gute Ausbildungs-, Berufs- und Karriereperspektiven sind die stärksten Barrieren gegen die Entscheidung "Austragen" der Schwangerschaft</li></ul>
--

Die Studie hat einen quantitativen Ansatz und arbeitet mit standardisierten Dokumentationsbögen, durch welche 1'801 Teenager befragt wurden. Die hohe Stichprobengrösse von n=1'801 ist für einen quantitativen Studienansatz von Vorteil um realistische Ergebnisse zu erzielen. Die Studie setzt sich kritisch mit der vorhandenen Literatur auseinander und bezieht sich zumeist auf Studien, welche zeitgerecht, also jünger als zehn Jahre alt sind und zusätzlich auch auf ältere Daten. Der Bezug zur Fragestellung wird durch die Ausarbeitung des Aufklärungsbedarfs und der Risikosituationen, welche zu Teenagerschwangerschaften führen, hergestellt.



Abbildung 5: Studienzusammenfassung: de Jonge, A. (2001). Support for teenage mothers

**Vorbilder/Rollenbilder:**

- Schwangerschaft als Chance dem traditionellen Rollenbild der Frau zu folgen und nicht um Ausbildung und Beruf kümmern zu müssen
- frühe Mutterschaft mit dem Gefühl von Reife und sozialer Verantwortung

**Psychische Gesundheit:**

- Wichtigkeit der Information über mögliche psychische Erkrankungen postpartum, da hier grosses Informationsdefizit besteht

**Informationsdefizit:**

- Informationsdefizit in Bezug auf verfügbare Unterstützungsangebote
- Unsicherheiten, welche Leistungen angeboten werden

**Teenagerunterstützungsgruppe:**

- Durch Teenagermüttergruppen findet Unterstützung durch Frauen in ähnlichen Situationen statt. Möglichkeit Vertrauen zu anderen Menschen zu bilden oder die Möglichkeit ausser Haus zu gehen.

Die Studie hat einen qualitativen Forschungsansatz, bei welchem durch halbstrukturierte Einzel- und Paarinterviews zwölf Teilnehmerinnen zu ihrer Unterstützung prä-, sub- und postpartum, sowie die Meinung zu einer speziellen Teenagermuttergruppe befragt wurden. Aufgrund der unterschiedlichen Bedürfnisse der Frauen ist die Stichprobengrösse von  $n=12$  zwar klein, für eine qualitative Studie jedoch ausreichend. Die Forschungsfrage der Studie ist insofern relevant für die Fragestellung der Bachelorarbeit, da hier retrospektiv analysiert wird, welche Unterstützung die schwangeren Teenager und Müttern erhalten haben und was vermisst wurde.

*Abbildung 6: Studienzusammenfassung: Hertfelt Wahn, E., von Post, I., & Nissen, E. (2007). A description of Swedish midwives' reflections on their experience of caring for teenage girls during pregnancy and childbirth*

**Stolze Teenager:**

- stolz, dass sie nun Mütter sind, kommen gut mit dieser neuen Situation zurecht
- wollen nicht als Teenager behandelt werden, sondern als normale werdende Mütter

**Unvorbereitete Teenager:**

- würden am liebsten mit bisherigen Lifestyle weiterfahren
- Schwierigkeiten, neue Situation zu akzeptieren
- erscheinen erst später in der Schwangerschaft zur Vorsorge
- Häufig komplexe soziale Situation und schlechte Beziehungen zur Ursprungsfamilie

**Teenager mit Migrationshintergrund:**

- in ihrem Ursprungsland normal im Teenageralter Mutter zu werden
- entweder extreme Unterstützung der Ursprungsfamilie oder durch den Vater ganz aus Familie ausgeschlossen

**Hebammen:**

- Teenager müssen ernst genommen werden
- Respekt entgegenbringen und ihnen eine vertrauensvolle Unterstützung anbieten.
- aufpassen was man wie sagt, um Teenager nicht zu bevormunden oder zu verletzen
- sollen Teenager an ihrer Aufgabe wachsen lassen, sie unterstützen und ermutigen ihre Stärken zu entdecken
- Hebamme als Vertrauensperson, ist eine grosse Stütze im Leben der schwangeren Teenagern
- kann sie optimal durch Prozess prä-, sub- und postpartum begleiten
- Hebamme ist für die Anliegen der Teenager ansprechbar und hilft Probleme zu lösen.

Die Studie hat einen qualitativen Forschungsansatz und arbeitet mit drei Fokusgruppeninterviews. Es wurden 24 schwedische Hebammen aus verschiedenen Geburtskliniken zu ihren Erfahrungen mit schwangeren Teenagern und Müttern interviewt. Die Datenanalyse wurde mit hermeneutischem Ansatz durchgeführt. Die Stichprobengrösse von n=24 ist für einen qualitativen Forschungsansatz ausreichend um genug verschiedene Erkenntnisse zur Fragestellung zu gewinnen. Der Bezug zur Fragestellung wird hergestellt durch die Erfahrungen der Fachpersonen zum Unterstützungsbedarf der jungen Schwangeren und Müttern. Aus den Ergebnissen lassen sich relevante Bedürfnisse und Verhaltensweisen für die zukünftige Arbeit der Autorinnen mit den schwangeren Teenagern ableiten.

*Abbildung 7: Studienzusammenfassung: Häussler- Sczepan, M., Wienholz, S., Busch, U., Michel, M., & Jonas, A. (2008). Teenager- Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg*

<p><b>Statistik:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Minderjährige Schwangere und Mütter zahlenmässig kleine Gruppe. Anstieg an Teenagerschwangerschaften lässt sich auf veränderte Wahrnehmung und Auseinandersetzung mit der Thematik zurückführen</li></ul>
<p><b>Informationen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Beratungs- &amp; Betreuungsangebote v.a. durch niedergelassenen Gynäkologen</li></ul>
<p><b>Informationsaustausch:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- zwischen Beratungsstellen und Ärzten wurde in Berlin als gut beschrieben</li></ul>
<p><b>Kontaktaufnahme:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- durch privates Umfeld oder Minderjährige selbst kannten die Anlaufstellen</li></ul>
<p><b>Späte Kontaktaufnahme:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Gründe hierzu mangelnde Körperwahrnehmung, angstgesteuerte Verdrängungsmechanismen oder bereits vorhandene Hilfeleistungen durch eigenes familiäres Netzwerk</li><li>- Ängste und Hemmschwellen, geringe Motivation oder fehlender Selbstbezug</li><li>- Unwissenheit über Hilfestruktur</li></ul>
<p><b>Hauptanliegen der Frauen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Informationen zur Grundsicherung</li></ul>
<p><b>Hauptanliegen der Beratern und Betreuern:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Themen zu Partnerschaft, privatem Netzwerk sowie zur aktuellen Ausbildungssituation</li><li>- Angleichung der Erwartungen und Zielstellungen beider Seiten unverzichtbar</li></ul>
<p><b>Zukunftsvorstellungen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- oft unrealistisch, unkritisch und naiv</li><li>- häufig verbunden mit traditionellen Familienbildern</li></ul>
<p><b>Entscheidung für oder gegen Austragung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Wunsch nach Persönlichkeitsentwicklung und Lösung familiärer Konflikte</li><li>- ethisch-moralische Haltung gegen Möglichkeit des Schwangerschaftsabbruchs</li><li>- berufliche Perspektivlosigkeit</li></ul>
<p><b>Zukunftsperspektiven:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- abhängig von Ressourcenlage und Motivation der Betroffenen</li><li>- Probleme bei Bewältigung der Aufgaben der täglichen Lebenssituationen</li></ul>
<p><b>Zukunftskonzept:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- speziell abgestimmte Angebote im beratenden, betreuenden und ausbildenden, aber auch im finanziellen und medizinischen Bereich</li></ul>
<p><b>Informations- und Erfahrungsaustausch:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- fachübergreifende Verständigung und Vermittlungsmöglichkeiten an kompetente Fachkräfte führt zur Optimierung des Hilfeangebotes und so zur Qualitätssteigerung</li><li>- gute Infrastruktur innerhalb der Bezirke hingewiesen sind Vorteile</li></ul>
<p><b>Veränderungsvorschläge:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- intensiveren Kontakt zu niedergelassenen Gynäkologen</li><li>- bündeln zahlreicher Informationen (z.B. durch Schaffen einer zentralen Anlaufstelle)</li><li>- unbürokratische Vorgehensweisen</li><li>- Gründung eines speziellen Arbeitskreises für Teenagerschwangerschaften</li></ul>
<p><b>Prävention:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- adäquate Aufklärungskonzepte</li><li>- sinnvolle Kompetenztrainingseinheiten und Schulungen zu den Anforderungen und Aufgaben einer Elternschaft</li><li>- Notwendigkeit, den Heranwachsenden berufliche Perspektiven aufzuzeigen</li><li>- Sozial- und Jugendarbeit, weitere finanzielle Unterstützung für Projekte</li></ul>

Die Studie hat einen qualitativen Forschungsansatz, bei welchem 100 Fachpersonen und 50 Betroffene zu ihren Erfahrungen befragt wurden. Die Stichprobengrösse von  $n=100$  bzw.  $n=50$  ist für einen qualitativen Forschungsansatz sehr hoch und hat eine hohe Wahrscheinlichkeit die meisten Bedürfnisse abzudecken. Der Bezug zur Fragestellung wird hergestellt, da das Ziel der Studie Forschungsempfehlungen und Konzeptionsansätze sowohl für die Prävention von Teenagerschwangerschaften, als auch für die Beratung und Betreuung von schwangeren Jugendlichen und minderjährigen Müttern zu entwickeln ist. Dies deckt sich mit der Fragestellung der Bachelorarbeit.

## 5. Theorie- Praxis Transfer

### 5.1 Konzeptentwicklung einer kontinuierlichen Betreuung von Teenagern prä-, sub- und postpartal in Anlehnung an Sayn-Wittgenstein

Die Autorinnen entwickeln hier Ansätze für ein umfassendes, kontinuierliches Betreuungskonzept für die Begleitung von Teenagern während der Schwangerschaft, Geburt und des Wochenbettes auf Grund ihren Erkenntnissen aus den gesichteten Literaturquellen und den durchgeführten Gesprächen mit Betroffenen und Experten zum Thema.

#### 5.1.1 Modell nach Sayn-Wittgenstein

Das von den Autorinnen entwickelte Konzept baut auf dem Betreuungsbogen nach Sayn-Wittgenstein auf und wird an die Bedürfnisse der Teenager angepasst und durch die Autorinnen modifiziert. Die Autorinnen haben den Teil der Familienplanung weggelassen, da die meisten Teenager ungewollt schwanger werden.

*Abbildung 8. Betreuungsbogen nach Sayn-Wittgenstein*



in Anlehnung an Sayn-Wittgenstein (2007)

Wie Knorz & Sayn-Wittgenstein (2008) auf dem Kongress "Armut und Gesundheit" erläutern, ist die Zeit der Schwangerschaft, Geburt, des Wochenbetts und der Stillzeit eine Zeit voller Veränderung, während derer ein besonderer Versorgungsbedarf besteht. In Anlehnung an Gloger-Tippelt (1988) sagen Knorz & Sayn-Wittgenstein (2008) aus, dass diese sensible,

verletzliche Lebensphase als chancenreiche, biographische Übergangssituation zu verstehen sei. Durch adäquate Unterstützung und gute soziale Einbettung ist es von grosser Wahrscheinlichkeit, dass Krisen vorgebeugt werden kann und ein individuelles Wachstum entsteht.

Der Betreuungsbogen basiert auf der kontinuierlichen Betreuung durch die Hebamme. Dies scheint den Autorinnen ein besonders geeignetes Konzept für die Betreuung von schwangeren Teenagern und Müttern, da diese Population besonders von einer kontinuierlichen Betreuung profitiert.

Durch ihren breit gefächerten Wissenstand und den gesetzlichen Grundlagen sind Hebammen in der Lage Frauen während des gesamten beschriebenen Zeitraums präventiv zu betreuen.

Wie die Integration des Betreuungsbogens nach Sayn-Wittgenstein (2007) aussieht, wird in der nachfolgenden Beschreibung des Vorgehens im Fallbeispiel erläutert.

### **5.1.2 Einführung**

Eine der wichtigsten Erkenntnisse der Autorinnen ist, dass die Aufgabe der Betreuung von schwangeren Teenagern und jungen Eltern einen hohen Anspruch an das (medizinische) Fachpersonal stellt. Wie Scott Stiles (2005) erwähnt ist es wichtig, dass diese Aufgabe im interdisziplinären Team bewältigt wird. Die Bedeutsamkeit der interdisziplinären Betreuung ergibt sich aus einem Gefüge von multiplen Bedürfnissen der schwangeren Teenagern und jungen Eltern.

### **5.1.3 Das interdisziplinäre Team**

Die enge Zusammenarbeit mit anderen Fachstellen wird von Whitworth & Cockerill (2010) als wichtig beschrieben, um eine optimale und multidisziplinäre Versorgung der Teenager zu gewährleisten.

Wie im Guide "Teenage- parents: who cares?" (2008) des "Departement of Health" von Grossbritannien beschrieben wird, sollte dieses Team idealerweise aus Männern und Frauen bestehen, um den Teenagern eine Betreuung durch eine Fachperson mit dem Geschlecht ihrer Wahl zu ermöglichen. Die Autorinnen können sich die Zusammensetzung und Zusammenarbeit dieses interdisziplinären Teams wie nachfolgend dargestellt vorstellen.

Der Kommunikationsaustausch zwischen den einzelnen Mitgliedern wird über eine passwortgeschützte Internetplattform stattfinden. Die, an dem Fall beteiligten Fachpersonen, schreiben nach jeder Sitzung mit der Klientin einen Kurzrapport zum Inhalt des Gespräches in ein Onlineformular. Somit ist der Informationsaustausch innerhalb des interdisziplinären Teams zeitnah sichergestellt. Es finden zusätzlich monatliche Fallbesprechungen statt. Um die gemeinsame Weiterbildung zum Thema interdisziplinäre Betreuung von Teenagerschwangerschaften sicherzustellen finden halbjährlich Workshops mit Fachreferaten von Experten statt.

Als erstes Mitglied dieses Teams definieren die Autorinnen, die *Hebamme* als Fachperson für die medizinischen und emotionalen Bedürfnisse der Teenager während der Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett. Laut Sayn-Wittgenstein (2007) umfassen die Lebensphasen von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit ursprünglich physiologische und vitale Prozesse im Leben einer Frau. Diese Tatsache birgt ungenutztes Potential für die Versorgung durch Hebammen. Die Berufskompetenzen der Hebamme, erlauben ihr, die Frauen von der Konzeption bis hin zum Ende der Stillzeit zu begleiten. Daher liegt es auf der Hand, dass die *Hebamme* als Hauptansprechperson für die Teenager sowie für die Mitglieder des interdisziplinären Team's fungieren sollte. Laut Hertfeld Wahn, von Post & Nissen (2006) beruht eine hohe Wichtigkeit auf der Tatsache, ob sich die jungen Frauen ernst genommen fühlen oder nicht. Wenn sich die Frauen ernst genommen fühlen entsteht eine Vertrauensbasis auf welche die Hebamme aufbauen kann. Es ist wichtig, dass die Teenager die Hebamme als Unterstützung und Hilfe sehen und nicht als Kontrollinstanz.

Als zweites Mitglied des interdisziplinären Versorgungsteam definieren die Autorinnen den *Sozialarbeiter* als Fachperson für die Informationen über die bestehenden Möglichkeiten zur zukünftigen Alltagsbewältigung. Laut Sayn-Wittgenstein (2007) ist es wichtig die Frau im Kontext ihres sozialen Umfeldes und ihrer Lebenswelt zu betrachten.

Als drittes Mitglied des interdisziplinären Teams definieren die Autorinnen den *Gynäkologen* als Fachperson für die nötigen ärztlichen Untersuchungen und Interventionen während der Schwangerschaft, Geburt und des Wochenbettes. Als weiteres Mitglied des interdisziplinären Teams definieren die Autorinnen den *Psychologen* als Fachperson für die seelischen Belange der jungen Frauen.

Je nach Einschätzung der individuellen Bedürfnisse und Bereitschaft der jungen Schwangeren oder Mutter an weiteren Beratungsangeboten teilzunehmen, sollten grosszügig weitere Fachpersonen hinzugezogen werden. Dies könnten beispielweise Berufsberater oder Fachanwälte für Familienrecht sein.

#### **5.1.4 Bedarfsabklärung**

Um den Bedarf spezieller Betreuung schwangerer Teenager zu identifizieren wurde durch Atrill (2008) (zitiert im Guide Teenage parents- who cares, 2008) ein Instrument entwickelt, welches im folgenden Abschnitt durch die Autorinnen übersetzt und erläutert wird. Es wurden kleine Änderungen an der Formulierung der Kriterien durch die Autorinnen vorgenommen, um die Übertragbarkeit in den deutschsprachigen Raum zu erleichtern.



Abbildung 9. Bedarfsabklärungsinstrument

SCORE	0	1	2	3
<b>Alter</b>	>18 Jahre bei der Konzeption	17 Jahre bei der Konzeption	16 Jahre bei der Konzeption	< 16 Jahre bei der Konzeption
<b>Psychische Gesundheit/ Probleme</b>	Keine/ gesund	Unbehandelte Depressionen in der Vergangenheit	Selbstverletzung (>1 Jahr her)	Selbstverletzung ( innerhalb des letzten Jahres)
<b>Gefährdung durch Drittpersonen</b>	Keine	Verbale Beschimpfungen	Körperlicher Missbrauch in der Vergangenheit	Körperlicher Missbrauch in den letzten Monaten
<b>Bedarf an intensiver Erziehungshilfe</b>	Hat Erfahrungen im Umgang mit Erziehung oder gute Vorbilder in Bezug auf Erziehung	Hat gute Wahrnehmung oder Vorstellungen was eine adäquate Erziehung ist	Unrealistische Vorstellungen in Bezug auf Erziehung und Elternschaft	Unrealistische Einschätzung in Bezug auf Bedarf an Erziehungshilfen
<b>Straffälliges Verhalten</b>	Keines	In der Vergangenheit in Kontakt mit straffälligem Verhalten	Aktuell in Massnahme wegen straffälligem Verhalten	Aktives straffälliges Verhalten
<b>Risiko für Drittpersonen einschliesslich Frage des Kinderschutzes</b>	Keine Gefahr für Drittpersonen und /oder milde Bedenken in Bezug auf den Kinderschutz	Einige Bedenken in Bezug auf Kinderschutz	Professionelle Intervention nötig	Kindwohl gefährdet
<b>Obdachlos oder potentiell obdachlos</b>	Nein	Kleines Risiko	Moderates Risiko	Obdachlos während der Schwangerschaft
<b>Soziale Unterstützung</b>	Adäquat eingebettet in stabiles soziales Netz	Soziale Unterstützung durch Familie	Soziale Unterstützung durch Partner	Keine Unterstützung

SCORE	0	1	2	3
<b>Bewältigung des täglichen Lebens</b>	Unabhängig	Mit Unterstützung	Einige Hinweise auf Unabhängigkeit und auf Abhängigkeit von Unterstützung	Keine Hinweise auf Unabhängigkeit oder Abhängigkeit
<b>Körperliche Behinderung</b>	Keine	Leichte körperliche Behinderung, keinen Einfluss auf Ausübung der Elternschaft	Moderate körperliche Behinderung mit Einfluss auf Ausübung der Elternschaft	Schwere körperliche Behinderung mit Bedarf an intensiver Unterstützung in der Ausübung der Elternschaft
<b>Substanzmissbrauch</b>	Keinen	In der Vergangenheit Einnahme milder Drogen  (Schlafmittel, Steroide etc.)	In der Vergangenheit oder aktuell Einnahme von moderaten Drogen  (Amphetamine, Cannabis, Codein etc.)	In der Vergangenheit oder aktuell Einnahme von harten Drogen  (Heroin, Kokain, Ecstasy, LSD, etc.)
<b>Diagnostizierte psychische Erkrankungen</b>	Keine	Milde psychische Erkrankung, keinen Einfluss auf die Ausübung der Elternschaft	Moderate psychische Erkrankung mit Einfluss auf die Ausübung der Elternschaft	Schwere psychische Erkrankung mit Bedarf an intensiver Unterstützung in der Ausübung der Elternschaft
<b>Sozialarbeiter</b>	Vor dem 16. Lebensjahr involviert gewesen	Ab dem 16. Lebensjahr involviert gewesen, aktuell nicht mehr	Aktuell involviert	Bedarf angemeldet, noch nicht involviert
<b>Teilnahme an Schule, Ausbildung, Arbeitsstelle</b>	Nimmt bereits teil	Möchte teilnehmen	Schwer in Teilnahme integrierbar	Nicht in Schule, Ausbildung oder Arbeit involviert
<b>Total Score in Punkten</b>	<b>Score &lt; 15:</b> normale Betreuung ausreichend	<b>Score von 15-20:</b> normale Betreuung mit zusätzlichen Angeboten nach Bedarf	<b>Score von 21-30:</b> intensive Betreuung nötig, falls von der Kapazität der Betreuungspersonen her machbar	<b>Score von 31-45:</b> Fälle mit Priorität zur intensiven Betreuung durch ein interdisziplinäres Team

### **5.1.5 Anforderungen an eine Teenagerfreundliche Sprechstunde**

Whitworth & Cockerill (2010) beschreiben im Review "Antenatal management of teenage pregnancy" einige Empfehlungen für speziell auf Teenager abgestimmte Sprechstunden.

Sie empfehlen Termine ausserhalb der Schulzeiten anzubieten, um den jungen Frauen die Teilnahme am Schulunterricht weiterhin zu ermöglichen.

Die Räumlichkeiten der Sprechstunden sollten mit den öffentlichen Verkehrsmitteln leicht erreichbar sein, wenn möglich an einem Ort, wo sich die Teenager ohnehin schon aufhalten. Laut dem Guide "Teenage- parents: who cares?"(2008) könnten diese Räumlichkeiten beispielsweise in bestehenden Jugendzentren untergebracht werden.

Der Eingangsbereich sollte ansprechend gestaltet sein und Zugang zu geeigneter Literatur bieten.

In dieser vulnerablen Situation ist es wichtig, dass sich die Teenager allgemein wohl und sicher fühlen, um sich auf die Beratung einlassen zu können. Laut Hertfelt Wahn et al. (2006) haben die Teenager ein ausgeprägtes Bedürfnis ernst genommen zu werden. Wenn die Fachpersonen die Jugendlichen jederzeit mit Respekt behandeln, können sie Vertrauen aufbauen und somit eine Stütze für die Teenager sein. Die damit verbundene Wahrung der Autonomie der Teenager spiegelt sich auch in den Zusammenfassungen der Gespräche mit Betroffenen wieder. Deshalb ist es nötig ausreichend Zeit in den Beziehungsaufbau zu investieren.

Wichtig ist es, dass die Schweigepflicht stets gewahrt wird, da viele Teenager auf Grund ihres Alters Bedenken haben, dass die Schweigepflicht zum Beispiel gegenüber ihrer Eltern nicht gewahrt wird.

Die Forscherinnen Whitworth & Cockerill (2010) weisen in diesem Zusammenhang auf Broschüren der " The Young People's Health Special Interest Group of the Royal College of Paediatrics and Child Health" aus Grossbritannien hin, welche den Teenagern ihre Rechte in verständlicher Sprache näher bringen. Empowerment sollte eine zentrale Rolle während einer Beratung einnehmen, da viele Teenager ein niedriges Selbstvertrauen haben.

Laut dem Guide "Teenage-parents: who cares?" (2008) können mit den "You're Welcome" Qualitätskriterien Gesundheitseinrichtungen für jungen Menschen attraktiv gemacht werden. Diese "You're Welcome" Kriterien decken sich mit den oben erwähnten Empfehlungen von Whitworth & Cockerill (2010). Sie beschreiben zusätzlich noch einige Aspekte wie zum Beispiel die Möglichkeit Termine ohne Unterstützung und/oder Information der Eltern auszumachen.

Weiter empfehlen die Autoren des Guide "Teenage-parents: who cares?" (2008), den Einsatz verschiedener Kommunikationskanälen (wie zum Beispiel Handy, SMS, E-Mail) um den Jugendlichen die Kontaktaufnahme oder Kontaktaufrechterhaltung zu den Fachpersonen zu erleichtern.

### **5.1.6 Zusammenarbeit im interdisziplinären Team an Hand eines Fallbeispiels**

#### Beschreibung des Vorgehens

Die Autorinnen werden sich in diesem Beispiel an den Flussplan<sup>8</sup> der Schwangerenvorsorge anlehnen, welcher im Guide "Antenatal Care" (2010) des "National Institute for Health and Clinical Excellence" (kurz NICE) beschrieben wird. In dieser Arbeit gehen die Autorinnen besonders auf die Rolle der Hebamme in Bezug auf die Beratung und Unterstützung ein und weisen an geeigneten Stellen auf die anderen Fachpersonen hin. Sie verzichten jedoch darauf, die genauen Inhalte der Gespräche mit anderen Fachpersonen auszuführen, um den Rahmen dieser Bachelorarbeit einzuhalten. Weiter verzichten die Autorinnen darauf, die routinemässigen Untersuchungen bei den jeweiligen Kontrollen durch die Hebamme (wie zum Beispiel Urinkontrolle, Vitalzeichenkontrolle, Ausführung der Leopold'schen Handgriffe etc.) näher zu erläutern.

#### Evaluation des Konzeptes

Hertfelt Wahn (2007) hat in Anlehnung an House (1981) ein Beurteilungsinstrument für die Wahrnehmung der Unterstützung durch die Hebamme entwickelt welches auf zwölf Statements beruht.

House (1981) nennt vier Attribute von sozialer Unterstützung. Dies sind die informative, die würdigende, die emotionale sowie die instrumentelle Unterstützung. Aussagen des Beurteilungsinstrument von Hertfelt Wahn (2007) sind beispielsweise:

- "Die Hebamme hat mich während den Vorsorgeuntersuchungen ernst genommen." (Würdigende Ebene)
- "Die Hebamme gab mir die gewünschten Informationen." (Informative Ebene)
- "Ich hatte grosses Vertrauen in die Hebamme." (Emotionale Ebene)
- "Die Hebamme ging mir in alltagspraktischen Dingen zur Hand." (Instrumentelle Ebene)

---

<sup>8</sup> Wird im Anhang erläutert.

Jedes Statement konnte mit einer der vier Einschätzungen bewertet werden. Von voller Zustimmung mit: "Ich stimme voll und ganz zu." über "ich stimme zu" oder "ich stimme nicht zu" bis hin zu "ich stimme überhaupt nicht zu." Anschliessend wurden die Ansichten mit Punkten verknüpft. Für die niedrigste Zustimmung gab es einen Punkt und für die höchste Zustimmung 4 Punkte. Dieses Instrument verwenden die Autorinnen, um ihr Konzept zu evaluieren. Um die Zufriedenheit der Teenager mit dem interdisziplinären Team zu messen, müsste das Beurteilungsinstrument den anderen Fachpersonen angepasst werden.

### Fallbeispiel

Anna, eine 16-jährige Primigravida stellt sich in der 6.SSW in der Hebammenpraxis vor. Aktuell befindet sie sich in einer Ausbildung zur Detailhandelsangestellten im ersten Lehrjahr. Anna wohnt zusammen mit ihrem Partner (19 Jahre alt) bei seinen Eltern. Zu ihrer eigenen Familie hat sie nach einem heftigen Streit keinen Kontakt mehr. In ihrer Freizeit geht sie gerne mit ihren Freunden aus und treibt gelegentlich Sport. Die Schwangerschaft tritt für Anna unerwartet ein. Anna schildert, dass sie vor kurzem an einer Magenverstimmung gelitten hat. Möglicherweise kam die Schwangerschaft durch einen Anwendungsfehler der Pille zustande.

### Erster Besuch in der Hebammenpraxis

Anna hat vergangenes Wochenende einen Schwangerschaftstest durchgeführt, da ihre Menstruation über zwei Wochen ausblieb. Nach dem ersten Schock hat sie beschlossen sich bei der Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle, welche sie im Internet gefunden hat, zu melden. Nach einem ausführlichen Gespräch am Telefon und Beratung vor Ort durch die Fachpersonen hat sich Anna entschieden, dass sie das Kind austragen möchte. Die Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle hat mit den Hebammen der Hebammenpraxis Kontakt aufgenommen und für Anna einen Termin vereinbart. Anna stellt sich heute zum ersten Mal in der Hebammenpraxis vor. Sie wirkt angespannt und ängstlich. Anna äussert dass grosse Angst vor dem was auf sie zukommt und hat bedenken, wie sie das alles schaffen soll. Das

grosse Informationsdefizit belastet Anna sehr, sie hat viele Fragen, welche sie bestenfalls alle sofort klären möchte.

Zuerst nimmt die Hebamme eine ausführliche Sozial-, Familien- und Gesundheitsanamnese auf. Im Anschluss gibt die Hebamme Anna die Möglichkeit erste Fragen zu klären.

Anna möchte von ihrer Hebamme wissen, wie sie sich nun verhalten soll. Ob sie noch Sport treiben darf und ob sie noch mit ihren Freunden ausgehen kann. Ausserdem klagt sie über starke morgendliche Übelkeit.

Die Hebamme klärt Anna über die Vor- und Nachteile der einzelnen Verhaltensweisen in Bezug auf Sport und allgemeines Verhalten auf. Sie betont die Wichtigkeit der Nikotin-, Drogen- und Alkoholabstinenz. Die Hebamme führt eine Ernährungsberatung durch, um Anna über mögliche Gefahren einzelner Lebensmittel und günstige Ernährungsgewohnheiten zu informieren.

#### Erster Besuch bei der Gynäkologin

Um das genaue Gestationsalter zu bestimmen und um die ärztlichen Untersuchungen durchzuführen wird Anna von der Hebamme an ihre Gynäkologin überwiesen. Diese bespricht in einem weiteren Termin mit Anna folgende Dinge:

- Die Entwicklung des Fetus
- Supplementierung von Vitaminen und Nährstoffen (wie zum Beispiel Folsäure)
- Ablauf der drei Ultraschalluntersuchungen
- Erhebung der Blutgruppe und Erhebung der allgemeinen Laborparameter (wie zum Beispiel Hb, Hk, Rubella, HIV etc.)
- Screening der Geschlechtskrankheiten (wie zum Beispiel Chlamydien)
- Diskussion über die Möglichkeit der pränatal diagnostischen Möglichkeiten
- Aufnahme Allgemeinzustand inkl. Grösse, Gewicht, BMI
- Vervollständigung der bereits aufgenommen Anamnese

### Zweiter Besuch in der Hebammenpraxis

Anna ist inzwischen in der 14. Schwangerschaftswoche. Neben anderen schwangerschaftsspezifischen Beschwerden macht Anna sich momentan sehr grosse Sorgen um ihre finanzielle Zukunft. Sie hat festgestellt, dass sie und ihr Partner nicht länger bei dessen Eltern wohnen können, da der Platz auf Dauer zu eng wird. Ihr Lehrbetrieb hat grosse Erwartungen an Anna, sie kann diesen momentan nicht gerecht werden und fühlt sich stark unter Druck gesetzt. Die Hebammen stellen für Anna den Kontakt zu einer Sozialarbeiterin des Jugendamtes her.

### Gespräch mit der Sozialarbeiterin

Anna sucht die Sozialarbeiterin des Jugendamtes für ein ausführliches Gespräch auf.

Inhalt des Gespräches:

- Finanzierung des Lebensunterhalts,
- Motivation und Möglichkeiten für Beendigung der Ausbildung
- Sorgerechtsfragen
- Längerfristige Beratung und Unterstützung bei der Regelung behördlicher Angelegenheiten

Es finden regelmässige Treffen zwischen Anna und der Sozialarbeiterin statt.

### Zweiter Besuch bei der Gynäkologin

Anna sucht heute ihre Gynäkologin für die routinemässige Ultraschalluntersuchung in der 20. Schwangerschaftswoche auf. Die Gynäkologin nimmt bei Anna eine körperliche Untersuchung vor und erhebt notwendige Parameter wie Gewichtsveränderung, Blutwerte etc.



### Dritter Besuch in der Hebammenpraxis

Anna ist nun in der 24.Schwangerschaftswoche. Sie wirkt sehr bedrückt. Auf Nachfragen der Hebamme gibt Anna die momentan schwierige Beziehung zu ihrem Partner, den abnehmenden Kontakt zu ihren Freunden sowie der Kontaktabbruch zu ihrer eigenen Familie als Grund an. Nach einem längeren Gespräch mit Anna schlägt die Hebamme vor, dass sich Anna mit einer Psychologin, welche auf Familientherapie spezialisiert ist, treffen sollte um ihre Anliegen mit einer Fachperson zu besprechen.

Um die soziale Deprivation etwas zu verringern, weist die Hebamme Anna auf ein Forum im Internet hin, in welchem sich Teenagerschwangere und Mütter über ihre Freuden und Sorgen austauschen. Die Mitglieder dieses Forums treffen sich monatlich in der Hebammenpraxis für einen gemeinsamen Austausch.

### Besuch bei der Psychologin

Anna besucht in der folgenden Woche die Psychologin. Es werden folgende Themen angesprochen:

- Partnerschaftskonflikte
- Suchen und finden der neuen Rolle als Mutter
- Veränderung oder Verlust der Peer-group
- Konfliktberatung zusammen mit der Ursprungsfamilie

### Vierter Besuch in der Hebammenpraxis

Anna kommt heute zusammen mit ihrem Partner Marko in der 30.Schwangerschaftswoche zu einer Beratung in die Hebammenpraxis. Die beiden wirken entspannt. Marko stellt seine Fragen, welche die Hebamme beantwortet und verweist ihn auf ein Forum für junge, werdende Väter, wo er sich mit Jugendlichen in derselben Situation austauschen kann.

Anna erwähnt, dass ihr das Arbeiten inzwischen Mühe bereitet, das lange Stehen ohne Pausen fördert Wassereinlagerungen und Rückenschmerzen. Die Hebamme klärt Anna über ihre Rechte auf zusätzliche Arbeitspausen und therapeutische Massnahmen bei Ödemen auf.

Marko berichtet, dass sie nun schon seit einer Woche in der gemeinsamen Wohnung wohnen und dass sich die Sozialarbeiterin kompetent um ihre

Anliegen und Sorgen kümmert. Dies hat dem jungen Paar eine grosse Last von der Schulter genommen. Nächste Woche gehen die beiden mit der Sozialarbeiterin aufs Amt und klären die zukünftige Finanzierung durch das Sozialamt sowie die Fragen in Bezug auf das Sorgerecht und die Vaterschaftsanerkennung.

Die Hebamme bespricht mit Anna und Marko die Zeichen der bevorstehenden Geburt sowie den Geburtsablauf der Beleggeburt durch die Hebamme und notiert sich die Wünsche des jungen Paares. Weiter spricht die Hebamme an, wie sich das Spital- und häusliche Wochenbett gestaltet.

#### Dritter Besuch bei der Gynäkologin

Anna geht gemeinsam mit Marko zur Ultraschalluntersuchung bei der Gynäkologin. Sie befindet sich nun in der 34. Schwangerschaftswoche. Anna teilt der Gynäkologin das geplante Geburtsspital mit, damit sie die Unterlagen überweisen kann. Die Gynäkologin bespricht mit Anna und Marko, wie die zukünftige Verhütung praktiziert werden kann.

#### Fünfter Besuch in der Hebammenpraxis

Anna ist inzwischen in der 36. Schwangerschaftswoche.

Die Hebamme bespricht mit Anna wie sie ihr Kind ernähren möchte. Anna hat sich für das Stillen entschieden und die Hebamme klärt sie über Vor- und Nachteile sowie die Fertigkeiten in Bezug auf das Stillen auf.

In Absprache mit Anna hat die Hebamme organisiert, dass sie und Marko während des Spitalaufenthaltes eine praxisbezogene Schulung im Umgang mit der Pflege eines Neugeborenen erhalten, da beide keine Erfahrungen im Umgang mit Säuglingen haben. Die Hebamme wird, sobald Anna und das Baby aus dem Spital entlassen werden, täglich nach Bedarf vorbeischauen und sie wo nötig unterstützen.

Die Hebamme weist Anna darauf hin, sich auch nach der Geburt ausreichend Zeit für sich selbst zu nehmen und die angebotene Hilfe auch anzunehmen. Sie betont, dass die angebotene Hilfe nicht als Kritik an der Ausübung ihrer Mutterrolle zu sehen ist, sondern als Entlastung, welche jede Mutter, egal welchen Alters, benötigt.

Weiter weist die Hebamme Anna darauf hin, dass die Gefahr an einer postpartalen Depression zu erkranken im Teenageralter hoch ist.

### Geburt

Anna meldet sich telefonisch mit regelmässigen, kräftigen Kontraktionen alle fünf Minuten. Die Hebamme beschliesst gemeinsam mit Anna und Marko ins Krankenhaus zu fahren. Die kontinuierliche eins zu eins Betreuung durch die Hebamme empfinden Anna und Marko als sehr angenehm. Das junge Paar kann wenige Stunden später ein gesundes Mädchen in die Arme schliessen.

### Wochenbett/ Zuhause/ Stillzeit

Anna bleibt vier Tage im Spital und ist heute nach Hause gekommen. Sie hat die Hebamme telefonisch informiert und einen Termin für den frühen Abend abgemacht. Das Stillen klappt problemlos, die Kleine ist gesund. Anna fühlt sich gut. Marko blüht in seiner Rolle als Vater auf. Die Hebamme kommt in den nächsten Tagen täglich ein bis zwei Mal vorbei, um dem Paar Sicherheit im Umgang mit dem Neugeborenen zu vermitteln.

Nach den ersten 15.Tagen beschliesst die Hebamme nur noch nach Bedarf vorbei zu kommen und gibt die kontinuierliche Betreuung an die zuständige Sozialarbeiterin weiter.

## 6. Schlussfolgerungen

Aus der vorliegenden Arbeit ergeben sich für die Autorinnen die folgenden drei Schlussfolgerungen.

### Kontinuität der Betreuung

Die Wichtigkeit der kontinuierlichen Betreuung ist bei Teenagern besonders wichtig, da sie sich eher öffnen werden, wenn sie im Vorfeld Vertrauen aufbauen konnten.

### Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Da die Teenager meist von multifaktoriellen Herausforderungen tangiert werden, empfiehlt es sich, die Teenager in einem interdisziplinären Team mit Fachpersonen beider Geschlechter zu betreuen, um den Anforderungen gerecht werden zu können.

### Do they really cope well?

Die betreuenden Fachpersonen müssen sich bewusst werden, dass manche der schwangeren Teenager und der jungen Mütter versuchen eine perfekte Fassade nach aussen aufrecht zu erhalten. Die jungen Eltern fühlen sich durch die Gesellschaft besonders beobachtet und leben mit der Angst, dass man ihnen ihr Kind wegnehmen könnte, wenn sie Schwächen oder Fehler zugeben würden.

### 6.1 Forschungsbedarf

Die Autorinnen sehen Forschungsbedarf im Gebiet der spezifischen Konzeptentwicklung zur Betreuung und Begleitung von schwangeren Teenagern und deren Evaluation. Es gibt einige Konzepte zur Betreuung und Begleitung, jedoch wurden nur wenige davon evaluiert und publiziert.

Weiterer Forschungsbedarf besteht darin, eine erweiterte Bedürfnisanalyse aus Sicht der schwangeren Teenager vorzunehmen, wie dies Hertfelt Wahn (2007) in Schweden getan hat. Sie empfiehlt in Anlehnung an Kvale (1996) eine Bedürfnisanalyse mittels halbstrukturierten Einzelinterviews durchzuführen, da dies die beste Methode sei um persönliche Erfahrungen der schwangeren Teenagern zu sammeln und den jungen Müttern Gehör zu verschaffen.

## **6.2 Zukunftsaussicht**

Wie die Autoren des Guide "Teenage- parents: who cares?" des "Departement of Health" von Grossbritannien (2008) empfehlen, sollten zur Betreuung und Begleitung von schwangeren Teenagern und jungen Müttern die verschiedenen, neuen Kommunikationskanäle wie beispielsweise E-Mails oder Internet genutzt werden. Dies deckt sich mit den Aussagen der Betroffenen.

Nun ist es an den Hebammen, solche Angebote im Internet aufzubauen, zu etablieren und zu betreuen, um eine umfassende Betreuung nach den speziellen Bedürfnissen der Teenager gewährleisten zu können.

## Literaturverzeichnis

Anonym. (2011, January 17). (J. Albrecht, Interviewer)

Aujoulat, I., Libion, F., Berrewaerts, J., Noirhomme-Renard, F., & Deccache, A. (2010). Adolescent mothers' perspectives regarding their own psychosocial and health needs: A qualitative exploratory study in Belgium. *Patient Education and Counseling* , 81 (3), pp. 448-453.

Buchacher, R. (2009, 09 06). *Abtreibungsland Österreich: Wie Politik und Kirche Prävention verhindern*. Retrieved 01 10, 2011, from <http://www.profil.at/articles/0939/560/251983/abtreibungsland-oesterreich-wie-politik-kirche-praevention>

Bund deutscher Hebammen. (2005, 10). Teenager als Mütter. *Hebammen Forum* .

*Bundesamt für Statistik*. (2011). Retrieved 12 18, 2010, from Statistik Schweiz: <http://www.bfs.admin.ch/>

Cambridge University Press 2011. (2011). *Cambridge Dictionaries Online Advanced Learner's*. Retrieved 02 22, 2011, from <http://dictionary.cambridge.org/>

Chase, E., Maxwell, C., Knight, A., & Aggleton, P. (2006). Pregnancy and parenthood among young people in and leaving care: what are the influencing factors, and what makes a are the influencing factors, and what makes a are the influencing factors, and what makes a difference in providing support? *Journal of Adolescence* , pp. 437–451.

de Jonge, A. (2001). Support for teenage mothers: a qualitative study into the views of women about the support they received as teenage mothers. *Journal of Advanced Nursing* , 36 (1), pp. 49-57.

Department of Health. (2008). Teenage parents: who cares? *A guide to commissioning and delivering maternity services for young parents* . United Kingdom.

Domenico, D. M., & Jones, K. H. (2007). Adolescent Pregnancy in America: Causes and Responses. *The Journal for Vocational Special Needs Education* , 30 (1), pp. 4-12.

Durex. (2010). The Face of Global Sex 2010. *They won't know unless we tell them* .

Experten. (2010/2011). diverse Gespräche zum Thema Teenagerschwangerschaft. (A. Bosshard, Interviewer)

Friedrich, M., Remberg, A., & Geserick, C. (2005). Wenn Teenager Eltern werden. *Lebenssituation jugendlicher Schwangerer und Mütter sowie jugendlicher Paare mit Kind* . (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Ed.) Cologne, Germany.

Furey, A. (2004). Are support and parenting programmes of value for teenage parents? Who should provide them and what are the main goals? *Public Health* , 118 (40), pp. 262-267 .

Hanna. (2010, December 22). (A. Bosshard, Interviewer)

Hartmann, I. (2008). Teenagerschwangerschaften - Wenn Mädchen Mütter werden. *Wie kann es jungen Müttern gelingen ihr Leben mit Kind zu meistern?* Bielefeld, Germany.

Häussler- Sczepan, M., Wienholz, S., Busch, U., Michel, M., & Jonas, A. (2008). Teenagerschwangerschaften in Berlin und Brandenburg. *Angebote und Hilfebedarf aus professioneller Sicht* . (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Ed.) Cologne, Germany.

Hertfelt Wahn, E. (2007). Teenage Childbearing in Sweden. *Support from social Network and Midwife* . Stockholm, Sweden.

Hertfelt Wahn, E., von Post, I., & Nissen, E. (2007). A description of Swedish midwives' reflections on their experience of caring for teenage girls during pregnancy and childbirth. *Midwifery* , 23, pp. 269-278.

Katrin. (2010, December 15). (J. Albrecht, Interviewer)

Knorz, B., & Sayn- Wittgenstein, F. (2008). *Wer, wie, was, wieso, weshalb, warum...? Was brauchen sozial benachteiligte schwangere Mädchen und Frauen?* Retrieved 02 25, 2011, from Gesundheit Berlin: [http://www.gesundheitberlin.de/download/Knorz,\\_Barbara.pdf](http://www.gesundheitberlin.de/download/Knorz,_Barbara.pdf)

Michaela. (2010, December 9). (A. Bosshard, Interviewer)

Mietzel, G. (2002). *Wege in die Entwicklungspsychologie. Kindheit und Jugend*. Weinheim, Germany: Psychologie Verlags/Union.

Münstermann, K. (2007). Schwangerschaft und Mutterschaft in der Adoleszenz. *Bewältigungsanforderungen und Interventionsansätze im Hinblick auf unterstützende Faktoren und Risiken* . Magdeburg-Stendal, Germany.

Nathalie. (2011, January 21). (A. Bosshard, Interviewer)

Oerter, R., & Montada, L. (1998). *Entwicklungspsychologie-Ein-Lehrbuch* (4 ed.). Weinheim, Germany: Beltz PVU.

Psychrembel, W. (2010). *Psychrembel online* . Berlin, New York, Germany, United States of America : de Greuyter.

*Quick reference guide antenatal care.* (2010). Retrieved 03 15, 2011, from National Institute for Health and Clinical Excellence:

<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11947/40110/40110.pdf>

Quinlivan, J. A., Box, H., & Evans, S. F. (2003). Postnatal home visits in teenage mothers: a randomised controlled trial. *The Lancet* , 361, pp. 893–900.

Reim- Hofer, U., & Meyer, A. (2010). *Teenager werden Eltern*. Norderstedt, Germany: Books on Demand GmbH.

Renteria, S.-C. (2008). Schwangerschaft und Geburt bei Jugendlichen in der Schweiz- Teil 1: Besonderheiten im Beratungs- und Betreuungsprozess. *Gynäkologie* , pp. 10-12.

Sarina. (2010, November 22). (J. Albrecht, Interviewer)

Sayn- Wittgenstein, F. (2007). *Geburtshilfe neu denken*. Bern, Switzerland: Hans Huber.

Schmidt, G., & Thoss, E. (2009). Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen. *Ausgewählte Ergebnisse einer Studie des Bundesverbands der pro familia, gefördert durch die BZGA* .

Schmidt, G., Matthiesen, S., Block, K., & Mix, S. (2009). Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen. (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Ed.) Cologone, Germany.

Schmidt, G., Thoss, E., Matthiesen, S., Weiser, S., Block, K., & Mix, S. (2006). Jugendschwangerschaften in Deutschland- Ergebnisse einer Studie mit 1801 schwangeren Frauen unter 18 Jahren. *Zeitschrift für Sexualforschung* , 19 (4), pp. 334–373.

Scott Stiles, A. (2005). Parenting Needs, Goals, & Strategies of Adolescent Mothers. *American Journal of Maternal Child Nursing* , 30 (5), pp. 327-333.

Stahl, K. (2008, 02). Beurteilung von Einzelstudien. *Evidenzbasiertes Arbeiten* , pp. 24-30.

*Statistik Austria.* (2010). Retrieved 12 18, 2010, from Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2009: <http://www.statistik.at>

*Statistisches Bundesamt Deutschland.* (2011). Retrieved 12 18, 2010, from <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/>

van Loon, J. (2003). *Deconstructing the Dutch Utopia- Sex education and teenage pregnancy in the Netherlands*. Retrieved 01 22, 2011, from The Family Education Trust: <http://www.famyouth.org.uk/pdfs/DDU.pdf>



Wellings, K., Wilkinson, P., Grundy, C., Kane, R., Lachowycz, K., Jacklin, P., et al. (2005). *The Teenage Pregnancy Strategy Evaluation (TPSE) - Final Report Synthesis*. Retrieved 02 15, 2011, from Departement for Education:  
<http://www.education.gov.uk/publications/standard/publicationdetail/page1/RW38>

Whitworth, M., & Cockerill, R. (2010). Antenatal management of teenage pregnancy. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine* , 20 (11), pp. 323-328.

Whychurch. (n.d.). *Teenage pregnancies*. Retrieved 01 15, 2011, from  
<http://www.whychurch.org.uk/teenpreg.php>

World Health Organization. (2007). *Adolescent pregnancy: unmet needs and undone deeds. a review of the literature and programmes* . Geneva, Switzerland.

## **A. Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Teenagerschwangerschaften in Europa

Abbildung 2: Entwicklungsaufgaben nach Havinghurst

Abbildung 3: Studienzusammenfassung: Aujoulat, I., Libion, F., Berrewaerts, J., Noirhomme-Renard, F. & Deccache, A. (2010). Adolescent mothers' perspectives regarding their own psychosocial and health needs

Abbildung 4: Studienzusammenfassung: Schmidt, G., Thoss, E., Matthiesen, S., Block, K. & Mix, S. (2009). Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen

Abbildung 5: Studienzusammenfassung: de Jonge, A. (2001). Support for teenage mothers

Abbildung 6: Studienzusammenfassung: Hertfelt Wahn, E., von Post, I. & Nissen, E. (2007). A description of Swedish midwives' reflections on their experience of caring for teenage girls during pregnancy and childbirth

Abbildung 7: Studienzusammenfassung: Häussler- Sczegan, M., Wienholz, S., Busch, U., Michel, M. & Jonas, A. (2008). Teenager- Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg

Abbildung 8: Betreuungsbogen nach Sayn- Wittgenstein

Abbildung 9: Bedarfsabklärungsinstrument

## **B. Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1. Auszug der Resultate der Datenbankrecherche

Tabelle 2. Geburten in der Schweiz

Tabelle 3. Schwangerschaftsabbrüche in der Schweiz

Tabelle 4. Geburten in Deutschland

Tabelle 5. Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland

Tabelle 6. Geburten in Österreich

### C. Glossar

Fachterm	Erklärung
Anamnese	In Worte bringen der Vergangenheit. Umfasst die Erhebung der medizinischen Vorgeschichte und aktuellen Befindlichkeit eines Patienten
anteperatal	Vor der Geburt
Bedürfnissanalyse	Analysenart zur Feststellung eines bestimmten Bedarfs in einer bestimmten Region, einer bestimmten Personengruppe oder in einem bestimmten Zeitraum
Beleggeburt	Geburt des Kindes in der Klinik mit einer Beleghebamme
Copingstrategie	kognitive, emotionale und verhaltensorientierte Anstrengungen, die dazu dienen Belastung und Stress zu bewältigen
Desillusionierung	Enttäuschung, eine tiefgreifende negative Erfahrung, die zu Resignation führen kann
divergieren	voneinander abweichen
empirische Studie	Dabei verwendete Verfahren und Methoden sind an bestimmte Hypothesen, welche auf den Theorien über den Untersuchungsgegenstand gebildet werden, ausgerichtet
evaluieren	beschreiben, analysieren und bewerten
Fertilität	Fruchtbarkeit
Gestationsalter	Schwangerschaftsalter
Koituserfahrung	erster sexueller Kontakt
Konzeption	Empfängnis
Leopold'sche Handgriffe	Handgriffe zum Feststellen der fetalen Lage
Menstruation	Monatliche Blutung
Menstruationszyklus	Zeitspanne vom ersten Blutungstag bis zum ersten Tag der folgenden Blutung
Multipara/Multiparität	Frau, welche mehr als ein Kind geboren hat
Outcome	komplexes Ergebnis, das durch eine präventive Massnahme oder medizinische Therapie erzielt wird
Ovulation	Eisprung

<b>Fachterm</b>	<b>Erklärung</b>
Parameter	aggregierende Parameter oder Masszahlen die wesentlichen Eigenschaften einer Häufigkeitsverteilung zusammenfassen.
physiologisch	der natürlichen Funktion entsprechend
Population	Speziell definierte Gruppe von Individuen
postpartal	nach der Geburt
präpartal	vor der Geburt
Präservative	Kondome
Primigravida	Frau welche zum ersten Mal schwanger ist
psychosozial	Erleben und Verhalten einer Person, insoweit es ihre Interaktion mit anderen Personen oder/und Handlungen betrifft
publizieren	veröffentlichen
Reintegration	Wiedereingliederung
Schwangerschaftskonfliktberatung	psychosoziale Beratung einer Frau, die ihre Schwangerschaft in innerem Konflikt mit anderen persönlichen Werten erlebt und einen Schwangerschaftsabbruch erwägt
soziale Deprivation	Fehlen von sozialen Kontakten
Stigmatisierung	Prozess, durch den Individuen bestimmte andere Individuen in eine bestimmte Kategorie von Positionsinhabern einordnen
subpartal	während der Geburt
vulnerable Situation	Situationen in welchen Personen besonders leicht emotional verletzt werden können

## **D. Danksagung**

An dieser Stelle möchten wir uns als erstes bei unserer Dozentin und Begleiterin der Bachelorarbeit, Frau Karin Brendel, von ganzem Herzen bedanken. Sie stand uns in mancher schweren Stunde mit einem guten, wohlwollenden Rat innerhalb kürzester Zeit zur Seite. Ohne sie würde diese Arbeit nicht in der jetzigen Qualität vorliegen.

Als Zweites möchten wir uns bei den schwangeren Teenagern und Müttern für die Offenheit und überwältigend grosse Bereitschaft zur Teilnahme an unseren Gesprächen bedanken. Dank euch hat die Arbeit eine persönliche Note aus dem Leben erhalten. Ein grosser Dank gilt auch den Experten zum Thema Teenagerschwangerschaften für den Einblick in ihre Arbeit.

Als Drittes möchten wir uns bei Andreas Albrecht, Hanspeter Bosshard und Roland Heim für das Korrekturlesen der Arbeit bedanken.

Zu guter Letzt möchten wir uns bei unseren Freunden und Familien bedanken, welche uns während dem Verfassen dieser Arbeit fortwährend motiviert, unterstützt und begleitet haben. Ohne euch wäre es nicht möglich gewesen diese Arbeit zu einem so guten Ende zu bringen.

Herzlichen Dank!

### **E. Eigenständigkeitserklärung**

Hiermit erklären wir, die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst zu haben.

Konstanz (D) und Wetzikon, im Mai 2011

---

Janine Albrecht

---

Anouk Bosshard

## **F. Wortzahl**

### **Wortzahl des Abstracts**

Das Abstract umfasst 197 Wörter.

### **Wortzahl der Bachelorarbeit**

Die Bachelorarbeit umfasst 11'788 Wörter, ohne Tabellen, Abbildungen, sowie deren Beschriftungen, aller Verzeichnisse und Anhang.



## Anhang

### NICE Guidelines of antenatal care

#### Basic principles of antenatal care

Midwives and GPs should care for women with an uncomplicated pregnancy, providing continuous care throughout the pregnancy. Obstetricians and specialist teams should be involved where additional care is needed.

Antenatal appointments should take place in a location that women can easily access. The location should be appropriate to the needs of women and their community.

Maternity records should be structured, standardised, national maternity records, held by the woman.

In an uncomplicated pregnancy, there should be 10 appointments for nulliparous women and 7 appointments for parous women.

Each antenatal appointment should have a structure and a focus. Appointments early in pregnancy should be longer to provide information and time for discussion about screening so that women can make informed decisions.

If possible, incorporate routine tests into the appointments to minimise inconvenience to women.

Women should feel able to discuss sensitive issues and disclose problems. Be alert to the symptoms and signs of domestic violence.

12 NICE clinical guideline 62

Quick reference guide

#### Schedule of appointments

##### First contact with a healthcare professional

Give specific information on:

- folic acid supplements
- food hygiene, including how to reduce the risk of a food-acquired infection
- lifestyle, including smoking cessation, recreational drug use and alcohol consumption
- all antenatal screening, including risks, benefits and limitations of the screening tests.

Give information (supported by written information and antenatal classes), with an opportunity to discuss issues and ask questions.

Be alert to any factors, clinical and/or social, that may affect the health of the woman and baby.

For further information about lifestyle see pages 23–25.

NICE clinical guideline 62

Quick reference guide 13

Give information (supported by written information and antenatal classes), with an opportunity to discuss issues and ask questions.

Be alert to any factors, clinical and/or social, that may affect the health of the woman and baby.

**Booking appointment (ideally by 10 weeks)**

**Checks and tests**

- Identify women who may need additional care (see pages 8 and 9) and plan pattern of care for the pregnancy.
- Measure height and weight and calculate body mass index.
- Measure blood pressure and test urine for proteinuria.
- Determine risk factors for pre-eclampsia and gestational diabetes (refer to 'Diabetes in pregnancy' [NICE clinical guideline 63], available from [www.nice.org.uk/CG063](http://www.nice.org.uk/CG063)).
- Offer blood tests to check blood group and rhesus D status, and screening for anaemia, haemoglobinopathies, red-cell alloantibodies, hepatitis B virus, HIV, rubella susceptibility and syphilis.
- Offer screening for asymptomatic bacteriuria.
- Inform women younger than 25 years about the high prevalence of chlamydia infection in their age group, and give details of their local National Chlamydia Screening Programme.
- Offer screening for Down's syndrome.
- Offer early ultrasound scan for gestational age assessment and ultrasound screening for structural anomalies.
- Identify women who have had genital mutilation (FGM).

14 NICE clinical guideline 62

Quick reference guide

- Ask about any past or present severe mental illness or psychiatric treatment.
- Ask about mood to identify possible depression.
- Ask about the woman's occupation to identify potential risks.

**Give specific information on:**

- how the baby develops during pregnancy
- nutrition and diet, including vitamin D supplements
- exercise, including pelvic floor exercises
- antenatal screening, including risks and benefits of the screening tests
- the pregnancy care pathway
- planning place of birth (refer to 'Intrapartum care' [NICE clinical guideline 55], available from [www.nice.org.uk/CG055](http://www.nice.org.uk/CG055)).
- breastfeeding, including workshops
- participant-led antenatal classes
- maternity benefits.

Give information (supported by written information and antenatal classes), with an opportunity to discuss issues and ask questions.

Be alert to any factors, clinical and/or social, that may affect the health of the woman and baby.

NICE clinical guideline 62

Quick reference guide 15

Give information (supported by written information and antenatal classes), with an opportunity to discuss issues and ask questions.

Be alert to any factors, clinical and/or social, that may affect the health of the woman and baby.

**For women who choose to have screening, arrange as appropriate:**

- blood tests (blood group, rhesus D status, screening for anaemia, haemoglobinopathies, red-cell alloantibodies, hepatitis B virus, HIV, rubella susceptibility and syphilis), ideally before 10 weeks
- urine tests (proteinuria and asymptomatic bacteriuria)
- ultrasound scan to determine gestational age using:
  - crown–rump measurement between 10 weeks 0 days and 13 weeks 6 days
  - head circumference if crown–rump length is above 84 mm
- Down's syndrome screening using either:
  - 'combined test' between 11 weeks 0 days and 13 weeks 6 days
  - serum screening test (triple or quadruple test) between 15 weeks 0 days and 20 weeks 0 days
- ultrasound screening for structural anomalies, normally between 18 weeks 0 days and 20 weeks 6 days.

16 NICE clinical guideline 62

Quick reference guide

## 16 weeks

### Checks and tests

- Review, discuss and record the results of screening tests.
- Measure blood pressure and test urine for proteinuria.
- Investigate a haemoglobin level below 11 g/100 ml and consider iron supplements.

Give specific information on:

- the routine anomaly scan.

### Anomaly scan: 18 to 20 weeks

#### Checks and tests

- If the woman chooses, an ultrasound scan should be performed between 18 weeks 0 days and 20 weeks 6 days to detect structural anomalies.
- For a woman whose placenta extends across the internal cervical os, offer another scan at 32 weeks.

Give information (supported by written information and antenatal classes), with an opportunity to discuss issues and ask questions.

Be alert to any factors, clinical and/or social, that may affect the health of the woman and baby.

NICE clinical guideline 62

Quick reference guide 17

Give information (supported by written information and antenatal classes), with an opportunity to discuss issues and ask questions.

Be alert to any factors, clinical and/or social, that may affect the health of the woman and baby.

### 25 weeks – *for nulliparous women*

#### Checks and tests

- Measure blood pressure and test urine for proteinuria.
- Measure and plot symphysis–fundal height.

### 28 weeks

#### Checks and tests

- Measure blood pressure and test urine for proteinuria.
- Offer a second screening for anaemia and atypical red-cell alloantibodies.
- Investigate a haemoglobin level below 10.5 g/100 ml and consider iron supplements.
- Offer anti-D prophylaxis to women who are rhesus D-negative<sup>1</sup>.
- Measure and plot symphysis–fundal height.

<sup>1</sup> The technology appraisal guidance 'Guidance on the use of routine antenatal anti-D prophylaxis for RhD-negative women' (NICE technology appraisal 41) is being updated and is expected to be published in June 2008.

18 NICE clinical guideline 62

Quick reference guide

### 31 weeks – *for nulliparous women*

#### Checks and tests

- Review, discuss and record the results of screening tests undertaken at 28 weeks.
- Measure blood pressure and test urine for proteinuria.
- Measure and plot symphysis–fundal height.

### 34 weeks

#### Checks and tests

- Review, discuss and record the results of screening tests undertaken at 28 weeks.
- Measure blood pressure and test urine for proteinuria.
- Offer a second dose of anti-D prophylaxis to women who are rhesus D-negative<sup>1</sup>.
- Measure and plot symphysis–fundal height.

#### Give specific information on:

- preparation for labour and birth, including the birth plan, recognising active labour and coping with pain.

Give information (supported by written information and antenatal classes), with an opportunity to discuss issues and ask questions.

Be alert to any factors, clinical and/or social, that may affect the health of the woman and baby.

<sup>1</sup> The technology appraisal guidance 'Guidance on the use of routine antenatal anti-D prophylaxis for RhD-negative women' (NICE technology appraisal 41) is being updated and is expected to be published in June 2008.

NICE clinical guideline 62

Quick reference guide 19

Give information (supported by written information and antenatal classes), with an opportunity to discuss issues and ask questions.

Be alert to any factors, clinical and/or social, that may affect the health of the woman and baby.

### 36 weeks

#### Checks and tests

- Measure blood pressure and test urine for proteinuria.
- Measure and plot symphysis–fundal height.
- Check the position of the baby. If breech, offer external cephalic version.

#### Give specific information (at or before 36 weeks) on:

- breastfeeding: technique and good management practices, such as detailed in the UNICEF Baby Friendly Initiative ([www.babyfriendly.org.uk](http://www.babyfriendly.org.uk))
- care of the new baby, vitamin K prophylaxis and newborn screening tests
- postnatal self-care, awareness of 'baby blues' and postnatal depression.

### 38 weeks

#### Checks and tests

- Measure blood pressure and test urine for proteinuria.
- Measure and plot symphysis–fundal height.

#### Give specific information on:

- options for management of prolonged pregnancy<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> The clinical guideline 'Induction of labour' is being updated and is expected to be published in June 2008.

### 40 weeks – *for nulliparous women*

#### Checks and tests

- Measure blood pressure and test urine for proteinuria.
- Measure and plot symphysis–fundal height.
- Further discussion of management of prolonged pregnancy<sup>2</sup>.

### 41 weeks

#### Checks and tests

For women who have not given birth by 41 weeks:

- offer a membrane sweep<sup>2</sup>
- offer induction of labour<sup>2</sup>
- measure blood pressure and test urine for proteinuria
- measure and plot symphysis–fundal height.

From 42 weeks, offer women who decline induction of labour increased monitoring (at least twice-weekly cardiotocography and ultrasound examination of maximum amniotic pool depth).

<sup>2</sup> The clinical guideline 'Induction of labour' is being updated and is expected to be published in June 2008.

## Antenatal interventions NOT routinely recommended

- Repeated maternal weighing.
- Breast or pelvic examination.
- Iron or vitamin A supplements.
- Routine screening for chlamydia, cytomegalovirus, hepatitis C virus, group B streptococcus, toxoplasmosis, bacterial vaginosis.
- Routine Doppler ultrasound in low-risk pregnancies.
- Ultrasound estimation of fetal size for suspected large-for-gestational-age unborn babies.
- Routine screening for preterm labour.
- Routine screening for cardiac anomalies using nuchal translucency.
- Gestational diabetes screening using fasting plasma glucose, random blood glucose, glucose challenge test or urinalysis for glucose.
- Routine fetal-movement counting.
- Routine auscultation of the fetal heart.
- Routine antenatal electronic cardiotocography.
- Routine ultrasound scanning after 24 weeks.

22 NICE clinical guideline 62

Quick reference guide

## Lifestyle advice

Work	Reassure women that it is usually safe to continue working. Ascertain a woman's occupation to identify risk. Refer to the Health and Safety Executive ( <a href="http://www.hse.gov.uk">www.hse.gov.uk</a> ) for more information. Tell women about their maternity rights and benefits.
Nutritional supplements	Recommend supplementation with folic acid before conception and throughout the first 12 weeks (400 micrograms per day). Advise women of the importance of vitamin D intake during pregnancy and breastfeeding (10 micrograms per day). Ensure women at risk of deficiency are following this advice. Do not recommend routine iron supplementation. Advise women of the risk of birth defects associated with vitamin A, and to avoid vitamin A supplementation (above 700 micrograms) and liver products.
Avoiding infection	Advise women how to reduce the risk of listeriosis and salmonella, and how to avoid toxoplasmosis infection.
Medicines	Prescribe as few medicines as possible, and only in circumstances where the benefit outweighs the risk. Advise women to use over-the-counter medicines as little as possible.

*continued*

NICE clinical guideline 62

Quick reference guide 23



## Lifestyle advice

Complementary therapies	Advise women that few complementary therapies have been proven as being safe and effective during pregnancy.
Exercise	There is no risk associated with starting or continuing moderate exercise. However, sports that may cause abdominal trauma, falls or excessive joint stress, and scuba diving, should be avoided.
Sexual intercourse	Reassure women that intercourse is thought to be safe during pregnancy.
Alcohol	Advise women planning a pregnancy to avoid alcohol in the first 3 months if possible. If women choose to drink alcohol, advise them to drink no more than 1 to 2 UK units once or twice a week (1 unit equals half a pint of ordinary strength lager or beer, or one shot [25 ml] of spirits. One small [125 ml] glass of wine is equal to 1.5 UK units). At this low level there is no evidence of harm. Advise women to avoid getting drunk and to avoid binge drinking.
Smoking	Discuss smoking status and give information about the risks of smoking during pregnancy. Give information, advice and support on how to stop smoking throughout the pregnancy. Give details of, and encourage women to use, NHS Stop Smoking Services and the NHS Pregnancy Smoking Helpline (0800 169 9 169). Discuss nicotine replacement therapy (NRT). <del>If women are unable to quit, encourage them to reduce smoking.</del>

24 NICE clinical guideline 62

Quick reference guide

Cannabis	Discourage women from using cannabis.
Air travel	Long-haul air travel is associated with an increased risk of venous thrombosis, although the possibility of any additional risk in pregnancy is unclear. In the general population, compression stockings are effective in reducing the risk.
Car travel	Advise women that the seat belt should go 'above and below the bump, not over it'.
Travel abroad	Advise women to discuss flying, vaccinations and travel insurance with their midwife or doctor.

NICE clinical guideline 62

Quick reference guide 25

## Studienmatrixen

### Adolescent mothers' perspectives regarding their own psychosocial and health needs: A qualitative exploratory study in Belgium, Isabelle Aujoulat, France Libion, Joelle Berrewaerts, Florence Noirhomme-Renard, Alain Deccache, 2010

Ziel der Studie / Forschungsfrage	Teilnehmerinnen	Design / Methode / Datensammlung	Analyse / Resultate	Bedeutung für eigene Fragestellung
Die Forscherinnen sahen die frühe Schwanger- und Elternschaft als Chance, das Verständnis für die reproduktive Gesundheit und die daraus resultierenden Bedürfnisse von heranwachsenden Mädchen zu erweitern.	Zwölf Frauen im Alter von 17. bis 45. Jahren zum Zeitpunkt des Interviews, zum ersten Mal schwanger waren diese Frauen im Alter von 14. bis 17. Jahren. Die Rekrutierung der Teilnehmerinnen war schwierig. Die Forscherinnen rekrutierten sieben Frauen in einer Allgemeinarztpraxis und von zwei Sozialarbeitern, die weitem fünf Teilnehmerinnen wurden mit dem Schneeballprinzip rekrutiert.	Für die Datenerhebung wurde ein qualitativ explorativer Ansatz verwendet. Es wurden Interviews mittels eines flexiblen Interviewleitfadens erhoben.  Die Interviews wurden wörtlich transkribiert und danach analysiert.	<b>Gesundheitsbildung vor der Schwangerschaft:</b> Bis auf zwei haben alle Teilnehmerinnen Aufklärungsunterricht in der Schule genossen. Diese Informationen waren jedoch zu technisch und gingen nicht auf die emotionalen Bedürfnisse der Teenager ein. Die Schwangerschaft wird im Aufklärungsunterricht als unerwünschtes Ereignis dargestellt, welches es zu vermeiden gilt. Den Teenagern fehlte die Möglichkeit zur Diskussion über sexuelle und reproduktive Gesundheit. <b>Psychosoziale und gesundheitliche Bedürfnisse präpartal:</b> Es wurden eine Vielfalt von Bedeutungen einer frühen Mutterschaft identifiziert wie zum Beispiel Stärkung des Selbstwertgefühls oder das Kind als Zeichen von Reife und Verantwortung. Die Bedürfnisse der Teenager sind: Information über medizinische, soziale und finanzielle Aspekte, Möglichkeit eine informierte Entscheidung zu treffen. Zwei der Teilnehmerinnen betonten die Wichtigkeit der kontinuierlichen Betreuung während der gesamten Schwangerschaft. Besonders wichtig ist dies, wenn keine Unterstützung durch die Herkunftsfamilie vorhanden ist (n=5). <b>Bedürfnisse subpartal:</b> Frauen, welche nicht durch ihre Herkunftsfamilien unterstützt werden, berichten von grösseren Bedürfnissen unter	Die Relevanz der Studie für die Fragestellung der Autorinnen kann erst während der Analyse der Resultate bestätigt werden, da dort die Bedürfnisse von schwangeren Frauen und Müttern genannt werden.  Die Teilnehmerinnenanzahl ist ausreichend, es wird detailliert beschrieben, wie man diese rekrutiert hat. Eine ausführliche Tabelle gibt zusätzliche, detaillierte Informationen zu den Teilnehmerinnen.



			<p>Geburt. Eine Teilnehmerin wünscht sich Geburtsvorbereitungskurse und Spitalrundgänge nur für Teenager. Die Forscherinnen betonen die Wichtigkeit der Information über mögliche psychische Erkrankungen postpartum, da einige Probandinnen erwähnten, dass sie hier ein grosses Informationsdefizit hatten.</p> <p><b>Bedürfnisse postpartal:</b> Elf der Teilnehmerinnen haben den Wunsch nach einer seriösen Diskussion und Beratung zur Prävention einer erneuten Schwangerschaft. Als Erwachsene angesehen und angesprochen werden war den Teenagern wichtig. Zwei Teilnehmerinnen hätten es begrüsst, wenn sie an einem Programm hätten teilnehmen können, in welchem sie im Prozess des Elternwerdens unterstützt werden. Die Forscherinnen identifizieren Betreuungsplätze( auch stundenweise) als weiteres Bedürfnis, damit die Frauen sich auch mal um sich selber kümmern können.</p>	
--	--	--	---	--

**Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen, Gunter Schmidt, Elke Thoss, Silja Matthiesen, Karin Block, Svenja Mix, 2009.**

Ziel der Studie/ Forschungsfrage	Teilnehmerinnen	Design / Methode / Datensammlung	Analyse Resultate	Bedeutung für eigene Fragestellung
<p>Es wird untersucht, welchen Aufklärungsbedarf bei jugendlichen Schwangeren besteht und welche Faktoren am ehesten zu einer ungewollten Schwangerschaft führen können.</p>	<p><b>Stichprobe:</b> 1801 schwangere Frauen unter 18 Jahren <b>Erhebungszeit:</b> 06/05 bis 02/06 <b>Setting:</b> 138 von 160 (86%) pro familia Beratungsstellen in allen Bundesländern <b>Teilnahmequote:</b> 79% aller schwangeren Minderjährigen, die im Erhebungszeitraum diese Beratungsstellen konsultierten.</p> <p>Die Studie umfasst etwa 20% aller Frauen unter 18 Jahren, welche im Erhebungszeitraum in der Bundesrepublik schwanger waren. Die hohe Stichprobe der quantitativen Studie ist von Vorteil um realistische Ergebnisse zu erzielen.</p>	<p><b>Instrument:</b> Standardisierter Dokumentationsbogen • Soziodemo-graphische &amp; biographische Daten • Angaben zum Partner, zu den Umständen der Konzeption, zu Sexuellen- und Beziehungserfahrungen</p> <p>Es wird weiter darauf verwiesen, dass eine weitere qualitative Teilstudie durchgeführt wird, welche sich aber noch in der Phase der Datenerhebung befindet.</p>	<p><b>Alter:</b> Derzeit werden etwa 2,6 % aller Frauen vor ihrem 18. Geburtstag mindestens einmal schwanger.</p> <p><b>Risiko:</b> Frauen mit geringer Schulbildung und die dadurch resultierenden mangelnden Zukunftsperspektiven haben ein höheres Risiko einer ungewollten Teenagerschwangerschaft. Einerseits liegt dies an der höheren sexuellen Aktivität, andererseits auch am labileren Verhütungsverhalten, wozu es allerdings keine verlässlichen Studienaussagen gibt.</p> <p><b>Riskante Situation:</b> das Risiko bei erstem sexuellem Kontakt mit einem neuen Sexualpartner sei am höchsten. Gleichzeitig steigt das Risiko in Situationen in denen die Frauen ihre sexuelle Selbstbestimmung nicht in der nötigen Form durchsetzen können gleichfalls.</p> <p>Um dem steigenden Risiko entgegenzuwirken, sollten junge Frauen darüber informiert werden, dass in diesen Konstellationen das Risiko besonders hoch ist.</p> <p><b>Gründe der Schwangerschaft:</b> Anwendungsfehler bei der</p>	<p><b>Prävention:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sinnvolle Angebote für sozial benachteiligte Jugendliche (wie Hauptschülerinnen, Fremduntergebrachte Mädchen)</li> <li>• beruflichen Perspektiven verbessern</li> </ul> <p>Durch das Setting der Studie ist zu erwarten, dass die Ergebnisse sehr repräsentativ sind, da jungen Frauen normalerweise eine Beratungsstelle aufsuchen, wenn eine ungewollte Schwangerschaft diagnostiziert wird.</p> <p>Die Studie setzt sich kritisch mit der vorhandenen Literatur auseinander und bezieht sich zumeist auf Studien, welche Zeitgerecht, also jünger als zehn Jahre alt sind und zusätzlich auch auf ältere Daten.</p>

			<p>Verhütung haben zu einem hohen Anteil der ungewollten Schwangerschaften geführt.</p> <p><b>Gründe der Austragung:</b></p> <p><b>Alter:</b> mit zunehmendem Alter nimmt die Tendenz zum Abbruch ab, wobei das Partneralter einen stärkeren Einfluss hat als das Alter der Frau.</p> <p><b>Herkunft:</b> Minderjährige Frauen aus den neuen Bundesländern tragen die Schwangerschaft eher aus, als Frauen aus den alten Bundesländern</p> <p><b>Perspektiven:</b> Gute Ausbildungs-, Berufs- und Karriereperspektiven sind die stärksten Barrieren gegen die Entscheidung "Austragen".</p>	
--	--	--	---	--

**Support for teenage mothers: a qualitative study into the views of women about the support they received as teenage mothers, Ank de Jonge, 2001**

Ziel der Studie/ Forschungsfrage	Teilnehmerinnen	Design / Methode / Datensammlung	Analyse Resultate	Bedeutung für eigene Fragestellung
<p>Einen Einblick in die Unterstützung, welche junge Schwangere und Mütter während der Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett erhalten haben, zu gewinnen. Sowie die Meinungen der Jugendlichen zur Zweckdienlichkeit einer speziellen Teenagerunterstützungsgruppe zu erfassen.</p>	<p>Es wurden total 26 Teilnehmerinnen mittels Flyerverteilung in 50 verschiedenen Zentren (wie zum Beispiel in Kindertagesstätten) rekrutiert. Davon schieden neun noch vor der Interviewphase wieder aus, da sie die Vorabklärungstermine verpasst haben oder ihre Kontaktdaten nicht mitgeteilt haben. In der Pilotstudie nahmen total fünf Frauen teil, somit blieben für die Hauptstudie noch zwölf Teilnehmerinnen. Die Rekrutierung der Probandinnen war schwierig.</p>	<p>Die Studie wurde zwischen Juni 1999 und Mai 2000 in Edinburgh durchgeführt. Es wurden zehn Einzelinterviews und ein Paarinterview durchgeführt. Die Interviews waren halbstrukturiert und wurden auf Tonband aufgenommen um sie später zu transkribieren sowie zu analysieren.</p>	<p><b>Deprivation:</b> Die meisten Frauen geben an Schwierigkeiten in Bezug auf den Lebensunterhalt zu haben. Sie sehen die staatliche Unterstützung nicht als Grundsicherung, da sie weniger Geld zur Verfügung hätten, würden sie einen Aushilfsjob annehmen. Die Nachteile der Arbeitslosigkeit sind die soziale Isolation, der mangelnde Respekt und die fehlende Vorbildfunktion für die Kinder. <b>Vorbilder/ Rollenbilder:</b> Einzelne Teilnehmerinnen sahen die Schwangerschaft als Chance dem traditionellen Rollenbild der Frau zu folgen und sich somit nicht um Ausbildung und Beruf zu kümmern, da die Aussichten auf eine Ausbildungs- und Arbeitsstelle schlecht sind. Eine Teilnehmerin assoziiert ihre frühe Mutterschaft mit dem Gefühl von Reife und sozialer Verantwortung. <b>Psychische Gesundheit:</b> Teilnehmerinnen hätten sich mehr Informationen zur psychischen Gesundheit sowie die Möglichkeit an einer postpartalen Depression zu erkranken gewünscht. Keine der Probandinnen hat eine angemessene Behandlung in Bezug auf ihre postpartale Depression erhalten. <b>Informationsdefizit:</b> Zehn Teilnehmerinnen hatten ein Informationsdefizit in Bezug auf verfügbare Unterstützungsangebote identifiziert. Neun der Probandinnen hatten Unsicherheiten, welche Leistungen angeboten werden und was ihnen zusteht.</p>	<p>Die Studie ist insofern relevant für die Fragestellung, da hier retrospektiv analysiert wird, welche Unterstützung die schwangeren Teenager und Mütter erhalten haben und was sie vermisst haben.</p> <p>Die Anzahl der Teilnehmerinnen ist klein, jedoch ausreichend für diese Studie, zumal auch beschrieben wird, dass die Rekrutierung von Probandinnen schwierig ist.</p> <p>Eine Tabelle gibt zusätzliche Informationen zu den Teilnehmerinnen.</p>

			<p><b>Teenagerunterstützungsgruppe:</b> Lediglich eine Teilnehmerin war komplett gegen die Idee einer Gruppe speziell für Teenager, vier von ihnen äusserten Bedenken, dass man durch so eine Gruppe eventuell stigmatisiert werden könnte. Die restlichen Teilnehmerinnen sahen Vorteile wie zum Beispiel Unterstützung durch Frauen in ähnlichen Situationen und Vertrauen zu anderen Menschen zu bilden oder die Möglichkeit ausser Haus zu gehen.</p>	
--	--	--	---	--

**A description of Swedish midwives' reflections on their experience of caring for teenage girls during pregnancy and childbirth, Elisabeth Hertfelt Wahn, Irene von Post, Eva Nissen, 2006**

Ziel der Studie/ Forschungsfrage	Teilnehmerinnen	Design / Methode / Datensammlung	Analyse Resultate	Bedeutung für eigene Fragestellung
<p><b>Ziel:</b> Schwedische Hebammen reflektieren ihre Erfahrungen im Umgang mit schwangeren Teenagern und Müttern</p>	<p>24 schwedische Hebammen im Alter von 32-61 Jahren, welche auf freiwilliger Basis teilgenommen haben. Die Hebammen wurden in verschiedenen Geburtskliniken rekrutiert.</p>	<p>Es wurden drei Fokusgruppeninterviews mit je 8 Teilnehmerinnen durchgeführt. Die Fokusgruppeninterviews wurden durch die Erstautorin moderiert, die dritte Forscherin machte während dessen Notizen. Alle Interviews wurden auf Kassette aufgenommen und später wortwörtlich transkribiert. Die Datenanalyse wurde mit hermeneutischem Ansatz durchgeführt.</p>	<p>Zwei Hauptthemen: "die Teenagermütter" und "die Hebammen" mit je drei <i>Unterthemen</i> kristallisierten sich heraus.  <b>Die Teenagermütter:</b> Es gibt <i>Teenager</i>, welche <i>stolz</i> sind, dass sie nun Mütter sind und gut mit dieser neuen Situation zurechtkommen. Diese wollen nicht als Teenager behandelt werden, sondern als normale werdende Mütter. Es gibt aber auch <i>Teenager</i>, welche <i>unvorbereitet auf die Mutterschaft</i> sind. Diese möchten am liebsten mit ihrem bisherigen Lifestyle weiterfahren. Sie haben Schwierigkeiten, die neue Situation zu akzeptieren, deshalb erscheinen sie auch erst später in der Schwangerschaft zur Vorsorge. Den unvorbereiteten schwangeren Teenagern wird häufig auch eine komplexe soziale Situation und schlechte Beziehungen zur Ursprungsfamilie zugeordnet. Die <i>Teenager mit Migrationshintergrund</i> sind das dritte Unterthema, bei den meisten gilt es in ihrem Ursprungsland als normal im Teenageralter Mutter zu werden. Diese Teenager können entweder auf extreme Unterstützung der Ursprungsfamilie zählen oder aber werden durch den Vater ganz aus der Familie ausgeschlossen.  <b>Die Hebammen:</b> Die Hebammen sind sich einige, dass die Teenager ernst genommen werden müssen, sie müssen den Teenagern Respekt entgegenbringen und ihnen eine vertrauensvolle Freundschaft anbieten. Es ist ein Balanceakt für die Hebammen, man muss aufpassen was man wie sagt um die Teenager nicht zu bevormunden oder gar zu verletzen. <i>Die Teenager ernst nehmen</i> bedeutet, dass man sie an ihren Aufgaben wachsen lassen</p>	<p>Diese Studie ist für die Fragestellung insofern bedeutsam, da sich die Studie mit den Erfahrungen von Hebammen im Umgang mit schwangeren Teenagern befasst. Aus den Ergebnissen lassen sich relevante Bedürfnisse und Verhaltensweisen für die zukünftige Arbeit der Autorinnen mit den schwangeren Teenagern ableiten.</p> <p>Die Teilnehmerinnengrösse ist ausreichend, es ist detailliert beschrieben, wie sie rekrutiert wurden. Es wird auch beschrieben, wie die Datenanalyse genau vorgenommen wurde.</p>

			<p>soll, ihnen hilft, ihre Stärken zu entdecken und herausfindet, was sie glücklich oder traurig macht bzw. was sie verletzt.</p> <p>Sobald die Hebamme zu einer Vertrauensperson geworden ist, ist sie eine grosse Stütze im Leben der schwangeren Teenagern und kann sie optimal durch den Prozess von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett begleiten und eventuelle Ängste abbauen. <i>Die Hebamme als Vertrauensperson</i> kann die schwangeren Teenager und Mütter vor Diskriminierungen durch die Gesellschaft schützen. <i>Die Hebamme als Hilfe</i> für die schwangeren Teenager bedeutet, dass die Hebamme für die Anliegen der Teenager ansprechbar ist und ihr dabei helfen kann ihre Probleme zu lösen.</p>	
--	--	--	---	--

**Teenager- Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg. Angebote und Hilfebedarf aus professioneller Sicht  
Monika Häussler- Sczepan, Sabine Wienholz, Ulrike Busch, Marion Michel, Anja Jonas, 2008**

Ziel der Studie/ Forschungsfrage	Teilnehmerinnen	Design / Methode / Datensammlung	Analyse Resultate	Bedeutung für eigene Fragestellung
<p>Schwerpunkt im Erfahrungswissen von Expertinnen und Experten über die Hilfe- und Beratungsangebote für minderjährige Schwangere und Mütter. Anhand von leitfadengestützten Interviews sollten die Befragten die aktuelle Situation bezüglich Bedarf, Angeboten und Vernetzung einschätzen. Dabei sollte das Ziel verfolgt werden, Forschungsempfehlungen und Konzeptionsansätze sowohl für die Prävention von Teenagerschwangerschaften, als auch für die Beratung und Betreuung von schwangeren Jugendlichen und minderjährigen Müttern zu entwickeln.</p>	<p>100 Interviewpartner aus Zielgruppen-relevanten Einrichtungen für die Befragung gewonnen werden, jeweils 50 in Berlin und 50 in Brandenburg, darunter Schwangerschafts-beratungsstellen, Mutter-Kind-Einrichtungen, Jugendämter, Bildungseinrichtungen, Agenturen für Arbeit, niedergelassene Gynäkologinnen und Gynäkologen sowie Hebammen und ergänzend in Berlin Vereine und Begegnungsstätten.</p>	<p>50 Interviews von 11/05 bis 04/06 in Berlin und Brandenburg. Die Beratungsgespräche fanden in der Regel im Beisein einer vertrauten Person, meist der Mutter der Minderjährigen statt. Einerseits um altersbedingte Unsicherheiten zu verringern, andererseits birgt das aber auch die Gefahr, dass die Interessenwahrung der jungen Frau in den Hintergrund gerät.</p>	<p><b>Statistik:</b> Minderjährige Schwangere und Mütter sind laut Statistik eine zahlenmässig kleine Gruppe. Anstieg an Teenagerschwangerschaften lässt sich auf eine veränderte Wahrnehmung und Auseinandersetzung mit dieser Thematik zurückführen.  <b>Informationen:</b> Beratungs- und Betreuungsangebote v.a. durch die niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen.  <b>Informationsaustausch:</b> zwischen den Beratungsstellen und den Ärztinnen und Ärzten wurde in Berlin als besonders gut beschrieben. Ansonsten durch das private Umfeld oder die Minderjährigen selbst kannten die Anlaufstellen bereits.  <b>späte Kontaktaufnahme:</b> Gründe hierzu seien mangelnde Körperwahrnehmung, angstgesteuerte Verdrängungsmechanismen oder bereits vorhandene Hilfeleistungen durch das eigene familiäre Netzwerk. Ängste und Hemmschwellen, eine geringe Motivation oder fehlender Selbstbezug, sowie Unwissenheit über die Hilfestruktur können allerdings auch grundsätzliche Barrieren bei der Nutzung der Angebote darstellen.  <b>Hauptanliegen der Frauen:</b> Informationen zur Grundsicherung (z.B. finanzielle Unterstützungsangebote, mögliche</p>	<p><b>Hilfe beim Zukunftskonzept:</b> speziell abgestimmte Angebote im beraterischen, betreuenden und ausbildenden, aber auch im finanziellen und medizinischen Bereich geben unterstützende Impulse.  <b>Informations- und Erfahrungsaustausch:</b> mit fachübergreifender Verständigung und Vermittlungsmöglichkeiten an kompetente Fachkräfte wurden als Vorteile der Vernetzung genannt, welche zur Optimierung des Hilfeangebotes und so zur Qualitätssteigerung führt. In Berlin wurde auf die gute Infrastruktur innerhalb der Bezirke hingewiesen.  <b>Veränderungsvorschläge:</b> intensiveren Kontakt zu den niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen, das Bündeln zahlreicher Informationen (z.B. durch Schaffen einer zentralen Anlaufstelle), unbürokratische Vorgehensweisen sowie die Gründung eines speziellen Arbeitskreises für Teenagerschwangerschaften.  <b>Prävention:</b> adäquate</p>



			<p>Wohnformen)  <b>Hauptanliegen der Beratern und Betreuern:</b> Themen zu Partnerschaft, privatem Netzwerk sowie zur aktuellen Ausbildungssituation.          Angleichung der Erwartungen und Zielstellungen beider Seiten ist somit unverzichtbar.  <b>Zukunftsvorstellungen:</b> oft unrealistisch, unkritisch und naiv, häufig verbunden mit traditionellen Familienbildern.  <b>Entscheidung zur Austragung:</b> Der Wunsch nach Persönlichkeitsentwicklung und Lösung familiärer Konflikte spielen ebenso wie die ethisch-moralische Haltung gegen die Möglichkeit eines Schwangerschaftsabbruchs, sowie berufliche Perspektivlosigkeit eine tragende Rolle zur Entscheidung für oder gegen die Austragung der Schwangerschaft.  <b>Zukunftsperspektiven:</b> abhängig von der Ressourcenlage und der Motivation der Betroffenen. Probleme bei der Bewältigung der Aufgaben der täglichen Lebenssituationen.</p>	<p>Aufklärungskonzepte, die durch sinnvolle Kompetenztrainingseinheiten und Schulungen zu den Anforderungen und Aufgaben einer Elternschaft ergänzt werden sollten. Auf der anderen Seite sahen die Befragten jedoch die Notwendigkeit, den Heranwachsenden berufliche Perspektiven aufzuzeigen. Dabei wurde besonders die Sozial- und Jugendarbeit hervorgehoben, verbunden mit dem Wunsch, weitere finanzielle Unterstützung für verschiedenste Projekte und Massnahmen zu erhalten.</p>
--	--	--	--	--