



Jugendliche aus sozial benachteiligten Kontexten

Internationale Literaturrecherche zu Angeboten für sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte

Elisabeth Pracht

Inhalt

1. Vorwort	4
Preface	5
2. Gefährdete junge Menschen	6
Project Jiwsj	6
Patienten/-innen am Rande des Gesundheitswesens	6
3. Teenagerschwangerschaften international	7
Jugendliche Schwangere und Mütter	7
Teenager Birth in Rich Nations	8
Unsicheres Verhütungsverhalten junger Mädchen Eine Sekundäranalyse der Studie	
Jugendsexualität 2001	8
A snapshot of the health of young people in Europe	9
Conceptualising Risk Calculation: Developing typologies of 'risk takers'	9
Effective Work with sexually exploited children and young people	9
Benachteiligte Jugendliche: Zielgruppenbestimmung, Programme und politische Lobbyarbeit	9
4. Verdrängte und verheimlichte Schwangerschaft	11
Von der verdrängten Schwangerschaft bis zur Kindstötung	11
Denial of pregnancy: population based study	11
Verheimlichte und verdrängte Schwangerschaften – eine Herausforderung für die Klinik	12
Characteristics of Women Who Deny or Conceal Pregnancy	12
Child murder by mothers: patterns and prevention	12
Frau und Seelische Störungen	13
Concealed pregnancy and birth	13
5. Anonyme Kindesabgabe	15
Babyklappen und anonyme Geburt – ohne Alternative?	15
Das Problem der anonymen Kindsabgabe	16
Streitfall Babyklappe	17
Unintended Consequences: 'Safe Haven' Laws are Causing Problems, Not Solving Them.	18
Die Unmöglichkeit der Mutterrolle und anonyme Geburt	18
Accouchement sous X: les nouvelles dispositions legislatives	19
Étude sur les mères de naissance qui demandent le secret de leur identité lors de leur accouchement	19
6. Projekte	21
Le Pass'Contraception	21
Web-site über die Rechte Jugendlicher	21
Familienhebamme für Problemgruppen	21
Jugendgesundheitsförderung auf dem Lande	22
Jugendgesundheitstag	22
YoungMum – Begleitung für schwangere Teenager	22
Mamis-in-Not	23
Schwanger unter 20	23
Feel ok	23
MiMi-Gesundheitsprojekt	23
The National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy	23
Brook advisory centres	24
Schulprojekt Internet	24
Youth at risk	24
SexInfo	24
Girls sexual health textback service	24

7. Projekte der Familienplanungsorganisationen

von International Planned Parenthood Federation (IPPF)	25
Belgien: Youth internet counseling	25
Finland: With a teenager	25
Großbritannien: Speakeasy, Sleepin' Safe, Sexin' Safe	25
Irland: ASK	26
Litauen: Youth internet counseling	26
Österreich: Herzklopfen	26
Russland: Internetauftritt für junge Menschen	26

8. Forschung 27

Zugang zu sozial benachteiligten Familien.	27
Contraceptive Use Patterns Across Teens' Sexual Relationships	28
World Development Report 2007	28
Das Body und Grips Mobil	28
Wie werden sozial benachteiligte schwangere Mädchen und Frauen für die Geburtsvorbereitung interessiert?	29
Inanspruchnahme von medizinischen und psychosozialen Beratungs- und Betreuungseinrichtungen durch jugendliche Mütter in Wien.	30
Women who do not attend parental education classes during pregnancy and after birth	31
Sexual Risk Taking	31
Health, Risk-Taking Behavior and Sexuality in Swedish Adolescents	32
Adolescent Sexuality and Sexual Abuse – A Swedish Perspective	33
Child of two Worlds	33
Young Fathers	34
Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen	34
Jugendschwangerschaften in Deutschland	35

9. Evaluation 36

What are the most effective strategies for reducing the rate of teenage pregnancies?	36
Teenage pregnancy and parenthood: a review of reviews	36
What works for adolescent reproductive health.	37
Adolescent STI/HIV Prevention Programs: What Works for Teens?	37
The impact of schools and school programs upon adolescent sexual behavior.	38
Effective approaches to reducing adolescent unprotected sex, pregnancy, and childbearing.	39
Behavioral interventions to reduce incidence of HIV, STD, and pregnancy among adolescents: a decade in review.	39
Bedarf und Ansprüche von sozial benachteiligten Jugendlichen an die sexualpädagogischen Angebote von Beratungsstellen	40

10. Kinderwunsch, Kinderlosigkeit und Politik 41

Ursachen für Veränderung der Familiengrößen	41
Pronatalistische Politik	42
Endnoten	44

Vorwort

Der ungehinderte Zugang zu sexuellen und reproduktiven Gesundheitsdiensten ist ein Anliegen aller auf diesem Feld tätigen Dienstleister. Die Überwindung von Barrieren durch Information, Bildung, Ausbildung, zielgruppen - spezifische Ausrichtung der Angebote, leichte Erreichbarkeit hat dazu beigetragen, dass Frauen, Männer und Jugendliche ihr Recht auf Information und Beratung zu Fragen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit informierter und selbstbestimmter in Anspruch nehmen können.

Forschungsergebnisse zeigen, dass bestimmte Gruppen von Jugendlichen besonders schwer mit Angeboten zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit zu erreichen sind.

Bei den schwer erreichbaren Zielgruppen handelt es sich um:

- ▶ jugendliche Frauen, die ihre Schwangerschaft nicht wahrnehmen oder ignorieren und oftmals erst mit der Geburt ihres Kindes ihre veränderte Realität erkennen und zum Teil für Mutter und Kind schädigende Reaktionen entwickeln sowie
- ▶ sozial benachteiligte Jugendliche, die – wie die pro familia-Studie zu Jugendschwangerschaften gezeigt hat – häufiger ungeschützten Geschlechtsverkehr haben, bzw. unsichere Verhütungsmittel anwenden als andere Jugendliche.

Der Literaturrecherche zu Grunde liegende Fragestellungen sollen sein:

Lassen sich in der internationalen Literatur Beschreibungen von jugendlichen Frauen finden, die Gefahr laufen, eine ungewollte Schwangerschaft zu ignorieren bzw. nicht zu erkennen? Was weiß man darüber, mit welchen Angeboten junge Frauen in solchen Ausnahmesituationen erreicht werden können, um sie und ihre Kinder vor gesundheitlichen Schäden zu bewahren?

Welche Bedürfnisse an die Dienste der sexuellen und reproduktiven Gesundheit haben Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Kontexten? Wie können sie im Sinne des Empowerments für SRGR erreicht werden?

Bemerkungen

Teilweise wurde in den Zusammenfassungen der recherchierten Unterlagen wortwörtlich zitiert, teilweise wurde der Inhalt verkürzt wiedergegeben. Die unterschiedliche Darstellung wurde nicht immer explizit gekennzeichnet. Die angeführten Projekte und Studien erheben nicht den Anspruch auf Vollständigkeit.

Extra angeführte Links sollen zusätzliche Informationen zugänglich machen und eine weitere vertiefende Suche ermöglichen.

Studien, bei denen keine Links angegeben sind, sind entweder mit dem Titel über Google zu finden oder wurden mir zur Verfügung gestellt und sind nicht über das Internet verfügbar.

Dank

Bedanken möchte ich mich für die Unterstützung der Partnerorganisationen der pro familia im Verband der IPPF EN und zwar insbesondere bei:

Sensoa (Belgien), Bulgarian Family Planning and Sexual Health Association (Bulgarien), Väestöliitto (Finnland); Mouvement Français pour le Planning Familial (Frankreich), fpa (Großbritannien), Rutgers Nisso Groep (Niederlande), Associação Para o Planeamento da Família (Portugal), Riksförbundet för Sexuell Upplysning (Schweden) und natürlich beim pro familia Bundesverband.

E.P.

Young people from socially disadvantaged backgrounds: International review of literature on sexual and reproduction health and rights services.

Preface

The unrestricted access to sexual and reproductive health services is a concern of all service providers involved in this field. Overcoming barriers - through information, education, training, targeting of services at specific groups and ease of accessibility - has contributed to the ability of women, men and young people to exercise their right to information and advice on issues of sexual and reproductive health in a more informed and empowered manner.

Research results show that certain groups of young people are very difficult to reach with sexual and reproductive health services. These hard-to-reach target groups are:
Young women who are oblivious to or ignore their pregnancy and are often only aware of their changed reality with the birth of their child and in some cases react in ways that are damaging for mother and child
Socially disadvantaged young people who, as the pro familia survey into teenage pregnancy has demonstrated, have unprotected sexual intercourse or use unsafe contraception more frequently than other young people

This review of the literature aims to start with the questions:

Does the international literature include descriptions of young women who are at risk of ignoring or failing to recognise an unwanted pregnancy? What do we know about how to reach young women in such exceptional situations and the types of services that will safeguard them and their children from damaging their health? What kinds of needs do children and young people from socially disadvantaged backgrounds have for sexual and reproductive health services? How can they be reached in terms of SRHR empowerment?

Remarks

In providing summaries of the documents researched, in some cases the text is quoted word for word while in other cases the content has been précised. This difference is not always highlighted as such.

The projects and studies featured do not claim to be complete.

The additional links are intended to provide access to further information and facilitate more in-depth enquiry. Studies where no link is provided can either be found on Google by entering the title or were made available to me and cannot be accessed online.

Acknowledgements

I would like to thank pro familia's partner organisations in the IPPF EN network for their support, in particular: Sensoa (Belgium), Bulgarian Family Planning and Sexual Health Association (Bulgaria), Väestöliitto (Finland), Mouvement Français pour le Planning Familial (France), fpa (UK), Rutgers Nisso Groep (Netherlands), Associação Para o Planeamento da Família (Portugal), Riksförbundet för Sexuell Upplysning (Sweden) and, of course, pro familia federal branch.

E. P.

Gefährdete junge Menschen

Project Jiws

United Kingdom Family Planning Association

<http://www.fpa.org.uk/communityprojects/youngpeople#jiws>

Die englische(n) Familienplanungsorganisation ist ein Bildungsprojekt für Gemeinden, das Erziehung im Bereich der Sexualität und der Partnerschaftsbeziehungen für gefährdete junge Menschen bereitstellt. Jiws arbeitet mit jungen Menschen unter 25 Jahren, die gefährdet sind unerwünscht schwanger zu werden, sich mit einer STI zu infizieren oder mit anderen Problemen im Bereich der sexuellen Gesundheit konfrontiert zu sein.

Als gefährdete Gruppen wurden definiert:

- ▶ Junge Menschen, die im Begriff sind die Betreuung zu verlassen oder gerade verlassen haben
- ▶ Körperlich behinderte junge Menschen
- ▶ Junge Menschen mit Lernschwierigkeiten
- ▶ Von der Schule ausgeschlossene junge Menschen
- ▶ Sozial benachteiligte junge Menschen
- ▶ In ländlich isolierten Gebieten lebende junge Menschen
- ▶ Kinder und junge Menschen bis 18 Jahren, die aus familiären Gründen in Betreuung des Jugendamtes sind
- ▶ Junge Straftäter
- ▶ Angehörige ethnisch er Minoritäten
- ▶ Junge Flüchtlinge
- ▶ Junge Romas
- ▶ Junge Homosexuelle, Bisexuelle, Transgender Personen
- ▶ Junge Obdachlose
- ▶ Junge Menschen, die gefährdet sind missbraucht zu werden
- ▶ Junge Menschen, die gefährdet sind andere zu missbrauchen
- ▶ Junge Eltern
- ▶ Junge Menschen, die gefährdet sind ungewollt schwanger zu werden oder sich mit einer STI zu infizieren auf Grund uninformatierter riskanter sexueller Aktivitäten
- ▶ Junge Menschen mit mentalen Problemen
- ▶ Junge Autisten
- ▶ Andere Junge Menschen, die von Professionellen, die in Kontakt mit ihnen stehen, als gefährdet betrachtet werden

Im Gegensatz zu anderen Projekten im Bereich der sexuellen Gesundheit arbeitet Jiws meistens mit gemischt-geschlechtlichen Gruppen. Jiws hat die Erfahrung gemacht, dass junge Menschen gerne Erfahrungen über das unterschiedliche Geschlechtsverhalten teilen und sich auch gegenseitig zu Annahmen über das andere Geschlecht herausfordern können.

Patienten/-innen am Rande des Gesundheitswesens

R. Winkler

http://web81.webbox3.server-home.org/mk_winkler_2010.pdf

Kinder und Jugendliche in wirtschaftlich und sozial benachteiligten Familien sind einem erhöhten Krankheitsrisiko ausgesetzt. Armut ist hierbei ein wesentlicher „Krankheitstrigger“ – auch für psychische Erkrankungen. Ziel einer bedarfsorientierten Behandlung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen muss die niederschwellige und frühzeitige Versorgung von Patienten/-innen und ihrer Angehörigen sein, um dauerhafte Auswirkungen im Erwachsenenalter weitgehend zu verhindern. Hierzu bedarf es in Österreich einer raschen Anpassung an internationale Qualitätsstandards. Dies bedeutet insbesondere für den niedergelassenen Bereich eine Aufstockung an niedergelassenen Fachärzten/-innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Kassenverträgen. Abseits der ärztlichen Versorgung ist auch die kostenlose wohnortnahe Psychotherapie für Kinder und Jugendliche bei weitem nicht ausreichend bzw. nahezu gar nicht vorhanden. Dringender Handlungsbedarf ergibt sich somit für politische Entscheidungsträger/innen, um auch der jüngsten Bevölkerungsgruppe (und ihren Angehörigen) eine bedarfsorientierte und leistbare Versorgung zu ermöglichen.

Teenagerschwangerschaften international

BzgA

<http://www.bzga.de/infomaterialien/forum-sexualaufklaerung/forum-sexualaufklaerung-heft-2-2007-teenager-schwangerschaften-international/>

Im Jahr 2005 gab es 7.230 Abbrüche und 6.592 Geburten bei Frauen unter 18 Jahren.

Die minderjährigen Schwangeren und deren Partner stammen aus einem benachteiligten sozialen Milieu, haben ein geringes Wissen über Verhütung, geringe Zukunfts-/Berufsperspektiven, die frühe Elternschaft wirkt identitätsstiftend fürs Erwachsensein. Von den Schwangerschaften waren 92 Prozent ungeplant, 4 Prozent geplant und 4 Prozent ließen es darauf ankommen.

Teenager um die es in Deutschland geht

0,73 Prozent der Geburten in Deutschland sind bei Jugendlichen unter 18 Jahren

4.837 Geburten von 665.126 im Jahr 2009

Jugendliche Schwangere und Mütter

Ulrike Busch und Jutta Franz

<http://forum.sexualaufklaerung.de/index.php?menu1=2&menu2=9&menu3=4>

Die wachsende Zahl von Teenager-Schwangerschaften ist auch lesbar als individuelle Antwort auf gesellschaftliche Defizite. Schwangerschaften Minderjähriger stellen zahlenmäßig nur ein kleines Problem dar. Individuell gesehen können sie zu gravierenden Problemen in der Entwicklung und für die Lebensperspektive der jungen Frauen und Mädchen führen, wenn die gesellschaftliche Antwort ausbleibt. Oft sind auch unzureichende Lebensperspektiven Motive für die Akzeptanz einer ungeplanten Schwangerschaften auf Grund eines niedrigen sicheren Verhütungsverhalten und der Beruf Mutter wird ergriffen, der bedingt durch Sozialleistungen Unabhängigkeit von den eigenen Eltern gewährt.

Ungeplante Schwangerschaften treten in sogenannten Schwellensituationen auf. Minderjährige können auf Konflikte mit einer Schwangerschaft reagieren. Konflikte können sein:

- ▶ widersprüchliche Lebenskonzepte zwischen Familienideal und Berufsperspektive, die oft als nicht miteinander vereinbar empfunden werden,
- ▶ der Wunsch nach Unabhängigkeit und einem gewissen Grad an Wohlstand, dessen Erfüllung aber über einen langen Ausbildungsweg und entsprechende materielle Einschränkungen schwer erreichbar erscheint,
- ▶ die rechtliche Abhängigkeit von den Eltern im Widerspruch zu einer zunehmenden inneren Distanzierung von deren Werten und Zielvorstellungen,
- ▶ Unsicherheiten bei der Rollenfindung als Frau beziehungsweise Mann und bei der Entwicklung einer individuellen Geschlechtsidentität,
- ▶ die Diskrepanz zwischen der Sehnsucht nach stabiler Partnerschaft einerseits und der Tatsache, dass der Partner die gewünschte Rolle nicht oder nur unzureichend übernimmt beziehungsweise aufgrund eigener Unreife noch gar nicht übernehmen kann,
- ▶ mangelnde eigene Fähigkeiten und Ressourcen zur Übernahme von Verantwortung und zur Problembewältigung einerseits und andererseits die Herausforderung, sich selbst und der Umwelt das Erwachsenenwerden zu beweisen.

Fehlendes Basiswissen über die Zusammenhänge von Fruchtbarkeit, körperlicher Entwicklung und Sexualität und die unzureichende Auseinandersetzung mit den eigenen Wünschen und Vorstellungen bezüglich Partnerschaft, Familien- und Lebensplanung bewirken falsches Verhalten wenn Verhütung konsequent umgesetzt werden sollte.

Es ist davon auszugehen, dass die Vorverlagerung des ersten Geschlechtsverkehrs für eine kleine Gruppe Jugendlicher eher psychosoziale denn biologische Gründe hat. Vor allem unterprivilegierte Jugendliche mit geringem Bildungsniveau sind die „sexuellen Frühstarter“, die zudem nicht konsequent verhüten.

Sexualpädagogische Konzepte erfordern die Integration der Themen rund um Kinderwunsch, Familien- und Lebensplanung. Sexualpädagogik ohne die Thematisierung von Wert- und Zukunftsvorstellungen, Wünschen und Träumen, Sehnsüchten und Ängsten Jugendlicher greift zu kurz.

Sexualpädagogik kann über die Sensibilisierung gegenüber diesen Themen, aber auch über die Erweiterung von Wissen und Handlungskompetenzen zu Verhütungsfragen dazu beitragen, die Zahl ungewollter Schwangerschaften vor allem bei Minderjährigen zu reduzieren.

Gesellschaftlich betrachtet sollte die Prävention ungewollter Schwangerschaften und die bestmögliche Betreuung minderjähriger Schwangerer aus grundsätzlichen humanistischen Erwägungen, aber auch zur Vermeidung gravierender Folgeschäden und -kosten einiges mehr wert sein, als dies bislang der Fall ist.

Die Autorinnen meinen, dass gesellschaftlich und politisch viel mehr Augenmerk darauf gerichtet werden muss,

dass Jugendliche das Potenzial einer Gesellschaft darstellen und mit größtmöglicher Unterstützung und Wertschätzung zu fördern sind. Bildung, Ausbildung und Arbeitsplätze sind dafür nicht nur einfache Schlagwörter, sondern die entscheidenden Faktoren für die Lebensperspektiven junger Menschen. Das gilt für alle Jugendlichen unter allen Umständen, aber vor allem dann, wenn ein Mädchen „in anderen Umständen“ ist.

Teenager Birth in Rich Nations

UNICEF

<http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/repcard3e.pdf>

Die nordeuropäischen Länder sind führend bei der Reduzierung von Teenagerschwangerschaften in der Welt. Ursachen dafür sind hohe Schwangerschaftsabbruchsziffern und gutes Kontrazeptionsverhalten. So werden in Dänemark etwa zweidrittel der Teenagerschwangerschaften durch Abbruch beendet, in Frankreich und Norwegen etwa 60 Prozent, in Schweden etwa 70 Prozent. Schweden hat 1975 das Curriculum für Sexualerziehung geändert mit einem Schwerpunkt auf Verhütung, ein flächendeckendes Netz von Jugendkliniken mit freien und vertraulicher Verhütungsberatung und -abgabe und die Schwangerschaftsabbruchsgesetzgebung (Abbruch auf Verlangen und kostenfrei) wurde geändert. Folglich fielen die schwedischen Teenagergeburten um 80 Prozent.

Aber nicht nur Schweden machte Fortschritte sondern auch die Niederlande, für deren Erfolg vor allem die Offenheit bezüglich Sexualität und Kontrazeption zu einem unbefangenen Gesprächsklima beitrug. Die offene Haltung gegenüber Sexualität in der Gesellschaft ermöglicht Gespräche über Sexualbeziehungen bereits in einem frühen Alter, ohne dass das Thema peinlich wäre. So sind holländische Jugendliche älter beim ersten Geschlechtsverkehr, bedauern jenen seltener, sprechen vermehrt mit ihrem/r Partner/in über Sexualität und Verhütung und verwenden effektiver und zu einem großen Teil Verhütungsmittel. Da das Alter des ersten Geschlechtsverkehrs über die Jahre hin stabil bei etwa 17 Jahre liegt, kann so auch das Argument entkräftet werden, dass Sexualerziehung frühe Promiskuität fördert.

Um die Motivation eine frühe Schwangerschaft zu vermeiden, bedarf es Zukunftsperspektiven und Hoffnung darauf in den Genuss der Benefits einer ökonomisch determinierten Gesellschaft zu kommen. Daher sind Aktionen auf einer bedeutend breiteren Basis erforderlich.

Unsicheres Verhütungsverhalten junger Mädchen Eine Sekundäranalyse der Studie Jugendsexualität 2001

BzgA

<http://forum.sexualaufklaerung.de/index.php?docid=505>

Von ihrem soziodemographischen Hintergrund her unterscheiden sich Mädchen mit guter/weniger guter Verhütung bzw. mit frühen resp. späteren sexuellen Erfahrungen vor allem in drei Punkten: Alterszusammensetzung, Familienkonstellation und religiöse Einstellung.

Alter: Der Anteil der 14-jährigen Mädchen ist in der Gruppe, die nicht immer verhütet, signifikant höher als in der Gruppe, die immer genau ist. (...)

Familienkonstellation Mädchen mit frühen sexuellen Erfahrungen und Mädchen mit weniger guter Verhütung kommen häufiger aus nicht vollständigen Familien, vor allem wohnen signifikant mehr 14- bis 15-jährige mit Geschlechtsverkehr-Erfahrung (25 Prozent) nur bei der Mutter.

Konfessionszugehörigkeit. Die Konfessionszugehörigkeit der Mädchen selbst spielt keine Rolle, wohl aber der konfessionelle Hintergrund der Elternhäuser. Die Eltern der Mädchen, die konsequent verhüten, sind häufiger katholisch (...), Eltern von Mädchen, die nicht immer verhüten, sind häufiger konfessionslos (...). Gleiches gilt für die Eltern 14- bis 15-Jähriger mit Geschlechtsverkehr im Vergleich zu Eltern älterer Mädchen oder Gleichaltriger ohne sexuelle Erfahrungen (...). Wesentlicher ist aber noch die religiöse Einstellung, hinsichtlich der sich auch die Mädchengruppen unterscheiden. In der Gruppe derjenigen, die nicht immer verhüten, bezeichnen signifikant mehr Mädchen ihr Verhältnis zur Religion als „ablehnend“ (...), während unter Mädchen, die immer genau verhüten, die Zahl derjenigen mit „loser“ Beziehung zur Religion größer ist. (...)

A snapshot of the health of young people in Europe

WHO

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/70114/E93036.pdf

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung ist in Bezug auf Alter, Geschlecht, sozioökonomischen Hintergrund Ethnie, Lebensregion, Land in Europa ungleich verteilt. Zusätzlich zu allgemeinen medizinischen Dienstleistungen haben junge Menschen einen besonderen Bedarf am leichten Zugang zu Spezialdiensten wie Beratung zur sexuellen Gesundheit und Behandlung. Die Auswirkungen sind unmittelbar und zeigen sich in bestimmten Gesundheitsindikatoren und Gesundheitsverhalten während der Kindheit und Adoleszenz.

Untersuchungen zeigen, dass der Anteil Teenagerschwangerschaften in den letzten 20 Jahren abgenommen haben. Mehr als 40 Prozent dieser Schwangerschaften in den Industrieländern sind ungeplant und 28 Prozent enden mit einem Schwangerschaftsabbruch. In Europa bestehen massive Unterschiede zwischen West- und Osteuropa, dies mag daran liegen, dass die Verfügbarkeit von Kontrazeptiva limitiert und die Preise hoch sind. Chlamydien sind die gebräuchlichste Geschlechtskrankheit in Europa, HIV gibt noch immer Anlass zur Sorge und im Jahr 2006 lagen die Neuinfektionen bei 26.220. Die höchsten Raten sind in Estland und Portugal zu finden, etwa 11 Prozent davon betrafen junge Menschen und 34 Prozent der Infizierten waren Frauen. Die meisten Fälle finden sich in Spanien, Italien, Frankreich und Großbritannien. Drogenkonsumenten waren die Personen, die am meisten von der Epidemie im Baltikum betroffen waren.

Große Unterschiede sind in den verschiedenen Regionen der EU zu finden, woraus zu erkennen ist, dass ein Bedarf besteht, den Zugang zu adäquater SRG-Diensten in Europa für alle junge Menschen zu verbessern. Die Indikatoren der RG, die in der EU verwendet werden sind unterschiedlich und ebenso die Alterskategorien, wodurch ein Ländervergleich schwierig wird.

Conceptualising Risk Calculation: Developing typologies of 'risk takers'

Sarah Hannaford

http://sociology.ie/docstore/dls/pages_list/28_sai_conference_2010_programme_with_abstracts_finished.pdf

Die Teilnahme an riskanten Aktivitäten wird manchmal als eine irrational, ungebildete Entscheidung bei unerfahrenen Jugendlichen gesehen. Daher wurde eine Vielzahl von Initiativen unternommen, um Jugendlichen über die Gefahren zu informieren, die mit risikoreichen Aktivitäten verbunden sind. Diese Untersuchung erläutert die zwischen Erziehung und Prävention und beleuchtet die gesellschaftlichen, kulturellen und individuellen Faktoren, die den Prozess der Risikoabwägung beeinflussen und eine Typologie des 'Risikonehmers' wurde entwickelt

Effective Work with sexually exploited children and young people

http://www.barnardos.org.uk/effective_work_with_sexually_exploited_children_young_people_2008-2.pdf

Im Zuge der Evaluation seiner Arbeit mit missbrauchten Kindern hat Barnardos festgestellt, dass die Risiken von Kindern, die Gefahr laufen sexuell ausgebeutet zu werden folgende sind:

- ▶ Eine zerbrochene Familie, Trennung und Betreuung durch das Jugendamt
- ▶ Eine Vergangenheit, in der Missbrauch und Benachteiligung vorkamen
- ▶ Problematische Eltern – inkonsistente und schlechte Beziehungen
- ▶ Loslösung von der Schule/Ausbildung – Ausschluss oder Schwänzen
- ▶ Weglaufen von zu Hause oder aus der Betreuung
- ▶ Drogen und Alkohol Missbrauch
- ▶ Schlechte Gesundheit und Wohlbefinden, geringes Selbstwertgefühl

Im Zuge der Evaluation hat Barnardo's festgestellt, dass seine Angebote positive Auswirkungen auf das Leben der Jugendlichen haben und das Risiko der Ausbeutung abgenommen hat:

- ▶ Reduzierung der Ausreißversuche
- ▶ Weniger Konflikte und bessere Beziehung zu Eltern und Betreuer
- ▶ Zugang zu einer sicheren und permanenten Unterkunft
- ▶ Verbesserte Fähigkeit risikoreiche und ausbeuterische Beziehungen zu erkennen
- ▶ Erhöhtes Bewusstsein der eigenen Rechte

Benachteiligte Jugendliche: Zielgruppenbestimmung, Programme und politische Lobbyarbeit

Paul Fülbier

<http://www.mehrchancen.de/archiv/downloads/fuelbier.pdf>

Soziale Benachteiligungen liegen vor allen Dingen bei jungen Menschen mit defizitärer Sozialisation in den Bereichen Familie, Schule, Ausbildung, Berufsleben und sonstige Umwelt vor. Von einer sozialen Benachteiligung ist in der Regel immer dann auszugehen, wenn die altersmäßige gesellschaftliche Integration wenigstens nicht durchschnittlich gelungen ist, „insbesondere bei Haupt- und Sonderschülern ohne Schulabschluss, Absolventen eines Berufsvorbereitungsjahres, Abbrechern und Abbrecherinnen von Maßnahmen der Arbeitsverwaltung, Abbrecherinnen und Abbrechern schulischer und beruflicher Bildungsgänge, Langzeitarbeitslosen, jungen Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen, jungen Menschen mit Sozialisationsdefiziten, jungen Menschen, die in besonderen sozialen Schwierigkeiten sind, bei ausländischen jungen Menschen und Aussiedlern (mit Sprachproblemen) auch dann, wenn ihre schulischen Qualifikationen höher als der Hauptschulabschluss liegen; schließlich bei jungen Menschen mit misslungener familiärer Sozialisation und durch gesetzliche Rahmenbedingungen benachteiligte Mädchen und Frauen.

Individuelle Beeinträchtigungen sind insbesondere psychische, physische oder sonstige persönliche Beeinträchtigungen individueller Art, „dazu zählen insbesondere Lernbeeinträchtigung, Lernstörung, -schwächen, Leistungsbeeinträchtigung, -störungen, -schwächen, Entwicklungsstörungen“.

Zur förderungsfähigen Zielgruppe gehören:

1. lernbeeinträchtigte Auszubildende:

- a) Auszubildende ohne Hauptschul- oder vergleichbaren Abschluss bei Beendigung der allgemeinen Schulpflicht,
- b) Abgänger aus Sonderschulen/Förderschulen für Lernbehinderte unabhängig vom erreichten Schulabschluss,
- c) Schulabgänger mit Hauptschul- oder vergleichbarem Abschluss bei Beendigung der allgemeinbildenden Schulpflicht ausnahmsweise nur dann, wenn bei ihnen wegen ihrer gleichwohl noch bestehenden beruflich schwerwiegenden Bildungsdefizite ein erfolgreicher Abschluss der Berufsausbildung ohne die Hilfen nach diesen Bestimmungen nicht zu erwarten ist. Wird die Teilnahme an einer BÜE erwogen, ist der Psychologische Dienst des Arbeitsamtes einzuschalten (dort bei Eilbedürftigkeit ausnahmsweise Begutachtung nach Aktenlage).

2. Sozial benachteiligte Auszubildende

unabhängig von dem erreichten allgemeinbildenden Schulabschluss, insbesondere

- a) Jugendliche, die nach Feststellung des Psychologischen Dienstes verhaltensgestört sind,
- b) Legastheniker,
- c) Jugendliche, für die Hilfe zur Erziehung im Sinne des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) geleistet worden ist oder wird, soweit sie nicht aus diesen Gründen in einem Heim ausgebildet werden,
- d) ehemals drogenabhängige Jugendliche,
- e) strafentlassene Jugendliche,
- f) junge Strafgefangene, wenn durch die Maßnahme eine Berufsausbildung ermöglicht wird, deren Fortsetzung nach Entlassung aus dem Strafvollzug sonst nicht sichergestellt werden könnte,
- g) junge Straffällige/Strafgefangene, wenn die Aufnahme oder Fortsetzung einer Berufsausbildung strafmindernd wirkt oder zu einer Strafaussetzung zur Bewährung führt,
- h) jugendliche Spätaussiedler mit Sprachschwierigkeiten,
- i) ausländische Jugendliche, die Aufgrund von Sprachdefiziten oder nach bestehender sozialer Eingewöhnungsschwierigkeit in einem fremden soziokulturellen Umfeld der besonderen Unterstützung bedürfen.

3. bei ausbildungsbegleitenden Hilfen auch andere Auszubildende, wenn deren betriebliche Ausbildung gemessen an den bisherigen Erkenntnissen über den Ausbildungsverlauf oder aufgrund sozialer Schwierigkeiten ohne Gewährung von ausbildungsbegleitenden Hilfen zu scheitern droht.

Links

<http://www.incluso.org/manual/social-exclusion-marginalised-youth>

<http://www.esd.org.uk/solutions4Inclusion/groupsearch.aspx>

Verdrängte und verheimlichte Schwangerschaft

Definition

Es können unterschieden werden¹

1. Verdrängte/negierte Schwangerschaft

Es können drei Typen von Verdrängung festgestellt werden:

a) Tiefgreifende Verdrängung: nicht nur die emotionale Bedeutung, sondern die eigentliche Existenz der Schwangerschaft wird aus dem Bewusstsein verdrängt; Gewichtszunahme, Amenorrhö, Wachstum der Brüste kommen entweder nicht vor oder werden falsch interpretiert. Oft nehmen auch Partner und Familie die Schwangerschaft nicht wahr.

b) Affektive Verdrängung: Diese Frauen sind sich zwar ihrer Schwangerschaft bewusst, aber verändern sich weder gefühlsmäßig noch körperlich; sie denken, fühlen und handeln weiter so wie vor der Schwangerschaft.

c) Psychotische Verdrängung: Diese Art der Verdrängung kann bei psychotischen Frauen oder bei Frauen vorkommen, denen man Kinder weggenommen hat.

2. Verheimlichte Schwangerschaft

Diese Frauen sind sich ihrer Schwangerschaft bewusst, aber verbergen sie aktiv vor Partner, Familie und Umfeld. Gründe dafür sind die Angst vor der Reaktion des Umfelds auf die Schwangerschaft. Dies kann unverheiratete Frauen in sozial und religiös rigidem Umfeld betreffen; Frauen, die befürchten, ihr Kind werde ihnen weggenommen; und Frauen, die aktiv planen, ihr Kind zur Adoption freizugeben.

Von der verdrängten Schwangerschaft bis zur Kindstötung

N.Schlotz, J.Louda, A.Marneros, A. Rohde:

<http://resources.metapress.com/pdf-preview.axd?code=e124514417178048&size=largest>

Die Negierung einer Schwangerschaft kann verschiedene Formen annehmen und so die aktive Auseinandersetzung mit derselben und den vorhandenen Lösungsmöglichkeiten verhindern. Im Rahmen der Neonatizid-Forschung konnte festgestellt werden, dass Mütter Tötungen begehen, die ihre Schwangerschaft negiert haben. Als Grundlage für Negierung der Schwangerschaft können Verknüpfungen zwischen vorhandenen psychosozialen Belastungsfaktoren (Partnerschaft, Lebenssituation, Stress etc.) und der Unfähigkeit Probleme zu kommunizieren gesehen werden. Zusätzlich unterstützt mangelhafte Körperwahrnehmung und fehlende Interpretation von Schwangerschaftssymptomen die Verdrängung. Nach dem Grad des bewussten Wissens kann unterschieden werden zwischen nicht wahrgenommener, verleugneter oder ignorierte Schwangerschaft. Bei einer von 2.455 Geburten bleibt die Schwangerschaft bis zur Entbindung unbemerkt. Bei einer von 475 Schwangerschaften bleibt jene bis zur 20. Schwangerschaftswoche oder länger unbemerkt. Die Schwangerschaftsdiagnose ergibt sich oft zufällig wie beim Arztbesuch auf Grund anderer Beschwerden oder durch den Einsatz der Wehen.

Denial of pregnancy: population based study

Jens Wessel & Ulrich Buscher:

<http://www.bmj.com/content/324/7335/458.1.full.pdf>

Die Studie basiert auf den Daten der 19 Geburtskliniken und 5 Geburts- und Hebammenpraxen in Berlin aus dem Jahr 1995/1996. Gesamt gab es 62 Frauen, die bis zur 20 Schwangerschaftswoche ihre Schwangerschaft nicht realisierten. Die vorgekommenen Schwangerschaften in diesem Zeitraum betrugen 29.462, damit wurde eine von 475 Schwangerschaften negiert. Bei 37 Frauen wurde die Schwangerschaft erst vor der Geburt diagnostiziert und bei 12 Frauen wurde die Schwangerschaft erst während der Wehen festgestellt. Beim Umlegen der Berliner Zahlen auf die Bundesrepublik kann bei einer Anzahl von Geburten in der Höhe von 770.000 (im Jahr 1995/1996) von etwa 1600 Schwangerschaften ausgegangen werden, die erst in der 20. Woche oder später diagnostiziert wurden und von etwa 300 Frauen, die ihre Schwangerschaft bis zur Geburt negierten.

In früheren Arbeiten wurden Faktoren wie soziale Isolierung, niedrige Intelligenz und Sozialstatus, jüngeres Alter, voreheliche Konzeption, Unwissenheit über die körperlichen Vorgänge bei der Fortpflanzung als Ursachen für negierte Schwangerschaften gesehen. Es konnte aber eine große Heterogenität der Frauen festgestellt werden, sowohl sehr junge Frauen, als auch solche über 40 Jahre sind davon betroffen. Die meisten Fälle treten bei Erstgebärenden auf, aber es finden sich auch Zweitgebärende und Frauen mit vorangegangenen Abbrüchen bzw. Aborten. Nur fünf der Frauen waren ohne Partner, ihre Schulbildung/Intelligenz war ebenfalls sehr heterogen. Insgesamt liegt der Schwangerschaftsverdrängung wohl keine einheitliche strukturelle Ursache zugrunde. Vielmehr ist eine jeweils spezifische individuelle Psychodynamik anzunehmen, unter Beteiligung unterschiedlicher innerer Konflikte und individueller Verarbeitungsmodi.

Verheimlichte und verdrängte Schwangerschaften – eine Herausforderung für die Klinik

B. Bass, M. Fleischli, B. von Castelberg:

<http://www.kup.at/kup/pdf/4526.pdf>

Bei einer Amenorrhoe muss häufiger ein Schwangerschaftstest durchgeführt werden, da Frauen mit Anorexie oder Drogenkonsum und jahrelanger Amenorrhoe durchaus schwanger sein können. Das Fehlen einer guten geburtshilflichen Betreuung kann zu prä- und perinatale Komplikationen führen. Da der Arzt/die Ärztin mit den Problemen einer negierten Schwangerschaft oft überfordert ist, bedarf es eines interdisziplinären Netzwerks zur Unterstützung.

Der nicht wertende Umgang mit der Patientin ist ausschlaggebend für das Vertrauen der Patientin, die die Gewissheit braucht, dass sie für ihr zeitweise unkooperatives Verhalten nicht bestraft wird und ihre Probleme die notwendige Aufmerksamkeit finden. Die enge Zusammenarbeit aller involvierten Stellen ermöglicht die Bildung eines Netzwerks (wie zum Beispiel Klinik mit medizinischem

Personal, der Sozialarbeiterin und der Wohngruppe, der Streetworkerin, der Sozialarbeiterin des Sozialzentrums, der Fachstelle für Adoption, den Behörden und den involvierten Vertrauenspersonen der Patientin (Bruder, Freundin)), damit alle Aufgaben bewältigt werden können. Die Klinik musste außerdem bereit sein sich auf ein fremdes soziokulturelles System zum Schutz der Patientin einzulassen. Das Spannungsfeld zwischen Freiheit der Patientin und dem Schutz des ungeborenen Kindes muss von Situation zu Situation neu abgeklärt werden.

Als Ursachen für verdrängte Schwangerschaften können starke unbewusste Ängste angenommen werden, die Verdrängung ist die unbewusste Reaktion auf den emotionalen Konflikt einer unerwünschten Schwangerschaft.

Trotzdem gibt es keine

uniformen, strukturellen Ursachen, sondern unterschiedliche innere Konflikte und Verarbeitungsmodi in Verbindung mit entsprechend individueller Psychodynamik. Ansonsten sind die Frauen häufig psychisch unauffällig und funktionieren in ihrem Umfeld vollkommen normal. Als Gefahr der Verdrängung kann der unzureichende Reifungsprozess, der auf die Rolle der Mutter vorbereitet, erachtet werden. Da bei verdrängten Schwangerschaften vermehrte Komplikationen (wie tiefes Geburtsgewicht oder Frühgeburtlichkeit) auftreten sind solche Graviditäten immer als Risikoschwangerschaften zu behandeln.

Characteristics of Women Who Deny or Conceal Pregnancy

Susan Hatters Friedman, Amy Heneghan & Miriam Rosenthal:

<http://psy.psychiatryonline.org/cgi/content/full/48/2/117>

Frauen, die ihre Schwangerschaft verdrängen oder verheimlichten, waren im Durchschnitt Anfang 20, lebten zum größten Teil mit ihrer Mutter, die als soziale Unterstützung von beiden Gruppen gesehen wurde. 66 Prozent der Frauen mit verdrängter und 45 Prozent mit verheimlichter Schwangerschaft hatten die High School absolviert.

Frauen mit verdrängter Schwangerschaft waren vermehrt berufstätig, wohingegen jene mit verheimlichter Schwangerschaft eher Studentinnen waren. Missbrauch kam nur zu 8 Prozent und 12 Prozent vor.

Tätige im Gesundheitsbereich waren ziemlich unsensitiv zu der Idee eine psychiatrische Beurteilung auf Grund der Verdrängung bzw. Verheimlichung der Schwangerschaft anzuordnen. Die rechtzeitige Identifizierung von gefährdeten Personen könnte den Anteil angemessener Schwangerenvorsorge verbessern und würde psychiatrische und soziale Interventionen ermöglichen, um diese Frauen auf eine erfolgreiche Mutterschaft vorzubereiten.

Child murder by mothers: patterns and prevention

Susan Hatters Friedman & Philip J Resnick

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2174580/>

Motive für die Kindstötung mögen altruistisch oder psychotisch sein, aus einer fatalen Kindesmisshandlung resultieren, das Kind kann ungewollt sein oder aus Rache am Partner erfolgen. Mütterliche Motive für Kindstötungen stellen ein Regelwerk für die Prävention von Kindstötungen bereit. Selbstmordgefährdung, Psychosen und Depressionen erhöhen das Risiko ebenso wie Missbrauchserfahrungen als Kind. Psychisch kranke Mütter, die ihre Kinder töten haben ein anderes Risikoprofil als solche, die ihre Kinder zu Tod prügeln. Prävention gestaltet sich schwierig, da viele Risikofaktoren, wie mütterliche Depression und soziale Benachteiligung ebenso bei Müttern gegeben sind, die ihre Kinder nicht töten.

Frau und Seelische Störungen

Volker Faust

<http://www.psychosoziale-gesundheit.net/pdf/frau8.pdf>

Die Ursachen eines solchen Phänomens zeigen ein breites Spektrum: Es reicht von der Nicht-Wahrnehmung bei wenig ausgeprägtem Körpergefühl bis hin zur völligen Verleugnung der Schwangerschaft, obgleich sie vorher schon einmal festgestellt worden war. Dabei gibt es natürlich verschiedene Übergänge. Als krankhaft gilt die völlige Verdrängung bzw. Verleugnung einer nicht erwünschten Schwangerschaft, wobei im Einzelfall sogar die Tötung des Neugeborenen droht.

Nicht-Erkennen ist die einfachste Form einer verdrängten Schwangerschaft, ein unregelmäßiger Zyklus, leichte Blutungen während der Schwangerschaft und fortgeschrittenes Alter lässt Frauen eine Schwangerschaft abschließen.

Beim Ignorieren weiß die betroffene Frau zwar um ihre Schwangerschaft, nimmt aber weder Vorsorge-Untersuchungen noch Geburtsvorbereitung in Anspruch. Die durch die Schwangerschaft verursachten Körperveränderungen werden der Umwelt anders erklärt. Kontakt mit der Frauenklinik erfolgt erst im Stadium der Wehentätigkeit. Oft wird das Neugeborene von der Frau nicht anerkannt, sondern sie lässt ihr Kind unter Angabe falscher Personalien in der Klinik zurück.

Bei der völligen Verleugnung kann die Schwangerschaft, kann die Geburt als ein völlig überraschendes Ereignis empfunden werden, die Mutter kann dabei in Panik geraten und das Kind töten. Selbst nach Feststellung der Schwangerschaft, ja sogar nach der Geburt ist die Mutter nicht in der Lage, sich darauf einzulassen. Hier liegt eine tiefer gehende seelische Störung vor.

Die konkreten Diagnosen bei solchen Vorkommnissen erstrecken sich von der persönlichkeits-spezifischen Unfähigkeit, über realistische Konfliktlösungs-Strategien nachzudenken, geschweige denn sie einzusetzen, bis hin zu ernsteren psychischen Erkrankungen.

Concealed Pregnancy: A case-study approach from an Irish setting

Catherine Conlon

<http://www.crisispregnancy.ie/pub/conceal.pdf>

Aus den Ergebnissen der Studie wurden detaillierte Empfehlungen entwickelt, die zur Entwicklung einer nationalen Politik beitragen können und Grundlagen für ein Regelwerk für Dienstleistungen im medizinischen, sozialen, beraterischen und unterstützenden Bereich bereitstellt.

Empfehlungen an die Crisis Pregnancy Agency zielten darauf ab kulturelle Änderung, Bildung und das Bewusstsein zu beeinflussen. Außerdem sollte Personal in Versorgungseinrichtungen fortgebildet werden, den Informationsfluss zwischen Praktikern fördern und Kompetenzen unter 'Key Contacts' im Gesundheitsbereich, auf Gemeindeebene und innerhalb der Familie aufbauen.

Empfehlung für das Gesundheitswesen zielten auf die Sammlung von Daten über verheimlichte Schwangerschaften ab, die Bereitstellung von Ressourcen für praktische Ärzte um Schwangerschaftstest durchzuführen und zusätzliche Bereitstellung von Dienstleistungen der Sozialarbeit und auf eine Überprüfung der Politik der Pflugschaft.

Weitere Empfehlungen wandten sich an Beratungseinrichtungen, praktische Ärzte, Manager von Krankenhäusern, Familienhebammen, Adoptionsagenturen etc.

Concealed pregnancy and birth

West Sussex Local Safeguarding Children Board:

http://www.westsussex.gov.uk/yourcouncil/ppri/sci/PDF_files/cs48_concealed_pregnancy.pdf

Die entwickelten Richtlinien wenden sich an Professionelle, die mit Frauen, die ihre Schwangerschaft verheimlichen, konfrontiert sind. Durch die Koordination zwischen den einzelnen Abteilungen des Gesundheits-, Jugend-, Bildung- und Sozialbereich kann es zu einer effektiven internen Zusammenarbeit kommen, die notwendig ist um die Probleme bei verheimlichten Schwangerschaften zu lösen.

Neben den oben angeführten Gründen für verdrängte und verheimlichte Schwangerschaft wird auch noch „Freebirthing“ (kommend aus den USA) angeführt. Darunter ist zu verstehen, wenn eine Frau sich entschließt allein zu gebären, wobei in manchen Fällen Schwangerenvorsorge in Anspruch genommen wird. Studien zeigen auf, dass die Mehrheit der Frauen, die die Schwangerschaft verdrängt oder verheimlicht haben, das Krankenhaus ohne jegliche Beurteilung der geistigen Gesundheit verlässt. Ebenso ergaben Forschungen, dass Verheimlichung der Schwangerschaft in allen Altersgruppen gleich vertreten ist und nicht nur ein Teenager-Problem ist. Es bedarf einer ausgewogenen Balance zwischen den Bedürfnissen der Vertraulichkeit und der möglichen Sorge um die Gesundheit des ungeborenen Kindes.

Sämtliche Gesundheitsdienste, die Zugang zu Frauen haben, die ihre Schwangerschaft verbergen, sollen zusammenarbeiten und ihre Möglichkeiten nützen wenn ein Verdacht besteht.

Neben allgemeinen, umfassenden Anweisungen, in denen dem Jugendamt eine hervorragende Rolle zugewiesen wird, enthalten die Richtlinien noch Materialien, die die Vorgangsweise erleichtern sollen wie ein Flussdiagramm, das die Vorgangsweise beim Verdacht einer verheimlichten Schwangerschaft definiert und eine adaptiertes Regelwerk zur Beurteilung der Schwangerenvorsorge.

Ein ähnliches Handbuch wurde auch vom Hertforshire Safeguarding Children Board entwickelt:
Guidelines for the Provision of Care in the Presentation of Concealed Pregnancy or Late Booking in Pregnancy
http://hertsscb.proceduresonline.com/chapters/g_concealed_preg.html

Links

http://www.pregnancy-bliss.co.uk/concealed_pregnancy.html

http://www.hebamme.ch/x_data/heft_pdf/2008-09-04-06.pdf

Anonyme Kindesabgabe

Allgemein

Babyklappe, Babynest, Babykörbchen, Babyfenster,

safe-haven law, infant abandonment laws, baby hatch, baby drop, accouchement sous x

Bis zum 19. Jahrhundert war die anonyme Kindesabgabe mittels einer Drehlade bei Klöstern und Findelhäusern gebräuchlich und sollte dazu dienen, unverheirateten Frauen die Schande einer unehelichen Geburt zu ersparen, die Möglichkeit bieten und sich so eines „Fehltritts“ zu entledigen. Die erste dieser Drehladen gab es im Hospital des Vatikans Santo Spirito seit Ende des 12. Jahrhunderts. Der ursprünglichen Idee damit Kindstötungen zu vermeiden, widersprachen steigende Zahlen von Kindesaussetzungen bei Vorhandensein von Drehladen. Dies führte zu einer Abschaffung der seit dem Mittelalter gängigen Praxis ohne mit einem Ansteigen der Kindstötungen verbunden zu sein. Seit dem 19. Jahrhundert nehmen Tötungen von Neugeborenen in Europa ab, so verzeichnet die deutsche Kriminalstatistik in Deutschland 1954 noch 153 Fälle, 1971 noch 55 und 1997 noch 20 Fälle². Im Jahr 1999 wurden in Deutschland Babyklappen vermehrt von kirchlichen aber auch freien Trägern eingerichtet, mit dem neuerlichen Ziel Babytötungen zu vermeiden.

Es gibt in Deutschland mehrere Formen der anonymen Kindesabgaben³:

Babyklappe: Ablage eines Babys in einem Wärmebettchen, das im Umfeld eines Krankenhauses eingerichtet ist

Anonyme Übergabe: mit dem Anbieter wird ein Termin zur anonymen Arm-zu-Arm-Übergabe vereinbart

Anonyme Geburt: Entbindung und Zurücklassung des Kindes ohne Angabe von Daten der Eltern

Vertrauliche bzw. geheime Geburt: die Personalien der Mutter sind der Beratungsstelle, die die Mutter berät bekannt, Informationen für das Kind werden in einem Brief hinterlassen, die jenem ab dem 16. Geburtstag übermittelt werden, Jugendamt, Standesamt und Adoptionsvermittlungsstelle erhalten keine Daten der Mutter.

Babyklappen und anonyme Geburt – ohne Alternative?

terre des hommes Deutschland,

2007: <http://www.tdh.de/content/themen/weitere/babyklappe/Babyklappe.pdf>

Bernd Wacker, terre des hommes: „Die faktische Einführung der Anonymitätsgarantie als Mittel der Jugendhilfe hat sich nach allem, was wir bis dato wissen – das heißt unter Vorbehalt einschlägiger Studien, die überprüfbar zu anderen Ergebnissen kommen! – nicht bewährt. Die Zahl der getöteten oder ausgesetzten Neugeborenen ist seit Einführung von Babyklappe und anonymer Geburt nicht zurückgegangen, die Zahl anonymisierter Kinder aber ganz erheblich gestiegen.“ Das Operieren mit „Dunkelziffern“, wie es vor allem in den Medien geschieht, ist unseriös und die genannten Zahlen sind Produkte der Fantasie des/r jeweiligen Journalisten/in.

Christine Swientek, Expertin im Bereich der anonymen Kindesabgabe, emer. Professorin der Universität Hannover: „Wir zählen über 80 Babyklappen in Deutschland, nach mittelalterlichem Vorbild, aber mit High-Tech-Ausrüstung. Die Installierungskosten betragen je nach gestalterischem Anspruch der Betreiber pro Stück zwischen 20.000 und 80.000 Euro“. In den Medien wird immer von „Weihnachtsbabys berichtet, aber nicht von der Realität, dass zahlreiche schwer- und schwerstbehinderte Kinder in Klappen und nach anonymen Geburten abgegeben werden. Ebenso nicht darüber, dass Kinder abgelegt werden, die das“ angeblich so tötungsgefährdete Neugeborenenalter“ überschritten haben. Beamte der Jugendämter und die Geburt durchführende Gynäkologen geben an, dass es sich bei der Klientel, die die anonyme Geburt in Anspruch nehmen, nicht um „Asylbewerberinnen, Illegale, Jugendliche, Gewaltopfer, noch überhaupt um Frauen in existentiellen, lebensbedrohlichen Situationen handelt, sondern um Frauen, die durch bereits verfügbare Angebote erreichbar sind und die oft den einfach scheinenden Weg der „Kindsweglegung“ wählen.

Regula Bott, Gemeinsame Zentrale Adoptionsstelle Hamburg: „Zwischen 300 und 500 Kinder fanden sich (hochgerechnet aus Erhebungen von 2002, 2004 und 2006) in oder vor Klappen und namenlos hinterlassen von ihren Eltern (!) im Krankenhaus“. Interesse an der Installierung Babyklappen haben neben Gegnern/innen des Schwangerschaftsabbruchs auch Einrichtungen der Sozialarbeit, die durch Spenden reduzierte Budgets aufbessern wollen. Die Installierung von anonymer Kindesabgabe fällt zeitlich damit zusammen, dass es für katholische Beratungsstellen unmöglich wurde den Beratungsscheins in der Schwangerenpflichtberatung auszustellen und somit die betroffenen Beratungsstellen ein neues Tätigkeitsfeld suchten und fanden. Aber auch für den Staat sind „Babyklappen und anonyme Geburten – mitfinanziert durch private Spender und Sponsoren – ... erheblich kostengünstiger als die Bereitstellung von Beratungsstellen, Sozialhilfeleistungen, Einrichtungen zur Mütter-Kind-Betreuung, Maßnahmen zur schulischen oder beruflichen (Wieder-) Eingliederung“.

Anke Rohde, Gynäkologische Psychosomatik des Universitätsklinikum Bonn: basierend auf der Kriminalstatistik bis 1997 über Neonaziden und eigene Studien berücksichtigend, wo Neugeborene etwa die Hälfte der von den Eltern getöteten Kindern ausmachten, kommen auf 25.000 Geburten eine Tötung. „Um eine Babyklappe aufzu-

suchen und das Kind dort abzulegen oder eine anonyme Geburt einzufordern, benötigt eine betroffene Frau Kompetenzen im Kommunikations- und Handlungsbereich. In der Situation einer plötzlich und unerwartet einsetzenden Geburt nach verheimlichter oder nicht wahrgenommener Schwangerschaft (wobei die betroffene Frau sich dann in der Regel in einer psychischen Ausnahmesituation bis hin zur »absoluten Panik« befindet) ist damit nicht zu rechnen – auch wenn die Betroffene allgemein darüber verfügt“.

Kindestötungen und Aussetzungen sind nur dann präventiv entgegenzuwirken, wenn die entsprechenden psychischen Störungsbilder (wie etwa Depressionen, Psychosen etc.) sehr ernst genommen werden und zu entsprechenden Behandlungskonsequenzen führen.

Ulrike Herpich-Behrens, Landesjugendamt Berlin: „... ungewollt schwangere Frauen, die nicht wissen, ob sie ihre Kind behalten wollen, Mütter in Not- und Krisensituationen brauchen Beratung und Unterstützung, und sie brauchen Schutz vor unbedachten Entscheidungen. Was sie in einer solchen Situation gerade nicht brauchen, ist Anonymität. Ein anonymes Angebot wie die Babyklappe ist geradezu kontraproduktiv, weil es zu überstürzten Handlungen verleitet. Babyklappen sind kein letzter Ausweg, sie sind eher eine Falle, in die insbesondere die Mutter hineinläuft“. Als Ersatzmaßnahmen werden vorgeschlagen:

„Niedrigschwelligen Zugangsbedingungen“, wie zum Beispiel Abbruch der Beratung ohne Folgen, sind wichtige Voraussetzungen, damit diese Zielgruppe der Frauen in einer Ausnahmesituation überhaupt aktiv wird.

Zusicherung der Anonymität mindert die Angst in der Beratung und fördert das Vertrauen. Die meisten Hilfesuchenden wissen nicht, dass ein Recht auf Anonymität besteht.

Wichtig ist vor allem die professionelle Beratung, wodurch der Zugang zu einer Frau in einer solchen Ausnahmesituation möglich wird und ihr Entscheidungsprozess unterstützt werden kann.

In kürzester Zeit muss der Schwangerschaftskonflikt, der eigentlich in das erste Drittel der Schwangerschaft gehört, in der Beratung aufgearbeitet werden. Die Frau benötigt Zeit und, je nach Stand der Schwangerschaft, auch einen Ort, der Ruhe und gesundheitssichernde Bedingungen bietet.

„Die Auseinandersetzung mit dem Thema Babyklappe und anonyme Geburt bietet uns die Chance, die vorhandenen Angebote auf den Prüfstand zu stellen: Sind sie zu schwer zu erreichen, nicht bedarfsgerecht, nicht bekannt?“

Das Problem der anonymen Kindsabgabe

Deutscher Ethikrat, 2009

<http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-das-problem-der-anonymen-kindesabgabe.pdf>

Der deutsche Ethikrat hat Position gegen die Babyklappe und die anonyme Geburt bezogen. Die vorhandenen Angebote sind ethisch und rechtlich sehr problematisch und haben schwerwiegende Folgen für die Kinder, die an der Anonymität ihrer Herkunft lebenslang zu tragen haben, sowie für Mütter und manchmal auch Väter, denen der Kontakt zu ihren leiblichen Kindern lebenslang verschlossen ist.

Ausführlich beschreibt der Ethikrat in seiner Stellungnahme die Praxis der anonymen Kindsabgabe in Deutschland und listet das „reguläre“ Hilffsystem für Schwangere und Mütter auf. Unter anderem wird aufgezeigt, dass ein Rechtsanspruch auf anonyme Beratung im Rahmen des Schwangerschaftskonfliktgesetzes vorgesehen ist, wodurch niederschwellig die vielfältigen, auch vertraulich wahrzunehmenden Hilfsmöglichkeiten in Not- und Konfliktlagen zugänglich sind. Derzeit gibt es bundesweit fast 2.000 Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen, in denen sich Frauen und Männer über alle Hilfsmöglichkeiten und rechtlichen Ansprüche für Schwangere und Familien beraten lassen können. Nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz besteht ein Rechtsanspruch der Schwangeren auf anonyme Beratung. Damit gibt es auch ohne das Angebot anonymer Kindsabgabe den niederschwelligen, das heißt zunächst anonymen Zugang zur Beratung über die vielfältigen, auch vertraulich wahrzunehmenden Hilfsmöglichkeiten in Not- und Konfliktlagen.

Derzeit sind die unterschiedlichen Formen der Adoption von Inkognito Adoption bis zur offenen Adoption gesetzlich nicht geregelt. Die Zahl der Adoptionen hat über die Jahre kontinuierlich abgenommen.

Die Zahl der Kinder, die zur Adoption freigegeben werden, betrug im Jahr 2009 insgesamt 3.888 Adoptionen⁴, dies ist weniger als die Hälfte der im Jahr 1993 erfolgten Adoptionen. Die Erfahrungen in der Adoptionsvermittlungsstelle des Landesjugendamtes Berlin zeigen, dass abgabewillige Mütter Babyklappe und anonyme Geburt als reguläre Alternativen betrachten und in ihre Überlegungen mit einbeziehen.

Die Analyse der bekannt gewordenen Fälle ergab, dass Frauen, die anonym entbunden, häufig von Freundinnen, Freunden, Eltern oder Partnern begleitet wurden. Bei aufgeklärten Fällen im Fall der Abgabe in einer Babyklappe konnte festgestellt werden, dass die Frauen begleitet wurden oder nicht anwesend waren.

Der Ethikrat empfiehlt folgende Maßnahmen:

- ▶ Abschaffung der Babyklappe und der anonymen Geburt, größere öffentliche Kenntnis über die bestehenden legalen Hilfsangebote der freien Träger und staatlichen Stellen der Kinder- und Jugendhilfe und der Hilfen für Schwangere und Mütter in Not- und Konfliktlagen und Aufbau von Vertrauen über die Inanspruchnahme der legalen Hilfsangebote. Mehr Wissen über den Rechtsanspruch auf anonyme Beratung über die möglichen Hilfen in Not- und Konfliktlagen, Erreichbarkeit der legalen Hilfsangebote für Schwangere und Mütter in Not rund um die Uhr (wie zum Beispiel Telefon- und Online-Beratung), bessere Kooperation der Stellen untereinander um Weitervermittlung zu ermöglichen, Abstimmung der Angebote; fachkundige Beratung auch in Geburtskliniken, Betonung der Vertraulichkeit und des Schutzes, die gesellschaftliche Akzeptanz von Adoption muss gefördert werden.
- ▶ Babyklappen und anonyme Geburten sind vom Notstandsrecht und von der Hilfeleistungspflicht nicht gedeckt
- ▶ Mindestmaßnahmen im Fall der anonymen Kindesabgabe (Meldung beim Jugendamt, Bestellung eines unabhängigen Vormundes, Adoptionsvermittlung nicht durch empfangende Einrichtung, Rückgabe an Eltern nur durch das Jugendamt)
- ▶ Beschluss eines Gesetzes einer „vertraulichen Kindesabgabe mit vorübergehend anonymer Meldung“

Streitfall Babyklappe

Ein Jahr nach der Stellungnahme des Deutschen Ethikrates

Deutscher Ethikrat, 2011:

<http://www.ethikrat.org/veranstaltungen/forum-bioethik/streitfall-babyklappe>

Christiane Woopen, stellvertretende Vorsitzende des Deutschen Ethikrates: Stellungnahme wird durch die Anbieter und die Presse abgelehnt, neue Diskussion mit Politiker, Experten und Anbieter kam in Gang.

Über die Jahre konnten steigende Zahl von Babyklappen und anonymen Geburten festgestellt werden, der psychosoziale Hintergrund und die Motive der abgebenden Eltern sind unzureichend beforscht. Derzeit gibt es auf Grund der anonymen Abgabe über 500 Findelkinder, das ursprüngliche Ziel der Schutz von Neugeborenen wird laut der forensischen Psychiatrie nicht erreicht. Die Zahl der Kindestötungen und –aussetzungen sind über die Jahre gleich geblieben. Außer Acht bleibt das Leid der Frauen im späteren Leben, die Auswirkungen der Unwissenheit über die Herkunft auf die Findelkinder, und dass die Angebote rechtswidrig sind und neben einer Vielzahl von Gesetzen die Rechte des Kindes der Mutter und des Vaters verletzen. Die derzeitige Praxis könnte durch das niederschwellige Angebot der vertraulichen Kindsabgabe ersetzt werden.

Joelle Coutinho, Deutsches Jugendinstitut: führt eine Erhebung zur Babyklappe und anonymen Geburt in Deutschland durch Befragung von Jugendämtern und Anbietern durch, bei der die gängige Praxis erfasst wird inklusive Kooperationsstrukturen der Anbieter. Befragung der Jugendämter und der Anbieter einerseits und andererseits Befragung der Frauen, die anonyme Kindesabgabe in Anspruch genommen haben. Zweck der Studie ist Informationen über Fallzahlen, Anzahl der Betreiber und Vorhandensein von Kooperationsverträgen, Art der Abläufe und Infos über regionale Unterschiede zu erhalten. Es gab Kontakte mit allen 591 Jugendämter (54,5 Prozent haben geantwortet) und 343 Anbieter (30,6 Prozent haben geantwortet). Zweidrittel der Jugendämter haben keinen Kooperationsvertrag mit Anbietern, bei den Anbietern gab es heterogene Motive für die Installierung des Angebots, die Abläufe sind uneinheitlich, die Netzwerke der Anbieter und die Professionalität der Anbieter sind unterschiedlich.

Angebote auf Grund der Fragebogenaktion:

Anonyme Geburt		Babyklappe		Arm-zu Arm-Übergabe	
Jugendamt	Träger	Jugendamt	Träger	Jugendamt	Träger
66	64	71	57	18	9

Die Studie, die vom BMFSFJ gefördert wird, bemüht sich auch die Motive und Herkunft der abgebenden Frauen zu beforschen.

Die Studie wird im Rahmen einer geschlossenen Veranstaltung im Mai präsentiert und im Spätsommer der Öffentlichkeit vorgestellt.

Maria Elisabeth Thoma, Bundesvorsitzende des Sozialdienstes katholischer Frauen: der Bundesvorstand der SkF stimmt im wesentlichen dem Ethikrat zu, ist der Meinung, dass weder die Babyklappe noch die anonyme Geburt eine Lösung für Frauen in Not sind. Prinzipiell stellt sich die Frage, warum die Frauen in Not den Angeboten und deren Diskretion nicht vertrauen. Die Anonymität zwischen Eltern und Kind ist nicht gewollt, der

SkF hat auch keine neuen Babyklappen eröffnet, aber niederschwellige Angebote sind unbedingt notwendig. So könnten im Fall der vertraulichen Abgabe die Angebote bei den Frühen Hilfen angebunden werden, wobei aber eine Verbesserung der Professionalität der Mitarbeiter dringend notwendig wäre.

19 Ortsvereine engagieren sich im Bereich anonyme Kindesabgabe, die sich gegen die Position des Bundesvorstands aussprechen und der Meinung sind, dass Babyklappen und anonyme Geburt weiterhin angeboten werden sollen, solange die vertrauliche Geburt gesetzlich nicht umgesetzt ist.

Unintended Consequences: 'Safe Haven' Laws are Causing Problems, Not Solving Them

Evan B. Donaldson Adoption Institute

http://www.adoptioninstitute.org/whowe/lastreport_coverpage.html

In den USA wurden in den einzelnen Bundesstaaten seit 1999 Gesetze beschlossen, die die Abgabe von Neugeborenen bei Krankenhäusern, Polizeistellen, Feuerwehr, medizinische(n) Notfallstation(n) nicht unter Strafe stellt. Einige Staaten erlauben die Anonymität, andere fordern die Identität des abgebenden Elternteils. Der Zeitpunkt bis zu dem ein Neugeborenes abgegeben werden kann ist ebenfalls unterschiedlich geregelt (von 3 Tagen bis 90 Tage).

Evan B. Donaldson Adoption Institute hat in einer ausführlichen Dokumentation seine Position zum Gesetz dargelegt und kommt zu dem Schluss, dass es Anzeichen gibt, dass die Gesetze unbeabsichtigte Konsequenzen mit sich bringen:

Frauen werden ermutigt ihre Schwangerschaft zu verheimlichen und ihre Kinder im Stich zu lassen, welche legal adoptiert werden könnten oder bei ihren biologischen Eltern leben würden.

Es wird die Möglichkeit geschaffen, dass Kinder durch Familienmitglieder, Partner oder andere im Stich gelassen werden, ohne, dass die Mutter zustimmt.

Mütter können eine Möglichkeit ergreifen, die ihnen leichter erscheint als jene der Adoption oder der Annahme der Elternschaft nach unterstützender Beratung

Vätern wird ihr Recht genommen, sich um oder für ihre Töchter oder Söhne zu sorgen

Kindern haben keine Möglichkeit Informationen über ihre Herkunft zu erhalten oder über ihre Krankengeschichte

Die Möglichkeit eines persönlichen Kontaktes wird ausgeschlossen und jungen Menschen wird der Eindruck vermittelt, dass man keine Verantwortung für seine Handlungen übernehmen muss und dass das Verlassen eines Kindes akzeptabel ist.

Die Unmöglichkeit der Mutterrolle und anonyme Geburt

Catherine Bonnet

<http://www.anonyme-geburt.at/Bonnet2.html>

Obwohl es in Frankreich Möglichkeiten der sozialen und wirtschaftlichen Hilfe für junge Frauen in Not gibt, es Möglichkeiten der Verhütung und des Schwangerschaftsabbruchs gibt, die den Frauen erlaubt, ihre Fruchtbarkeit besser zu kontrollieren, gibt es noch immer Frauen die anonym entbinden. Von den Frauen, für die die Mutterrolle in ihrer aktuellen Situation unmöglich ist, entscheiden sich in Frankreich jedes Jahr etwa 700 für eine anonyme Geburt. Sie lehnen es ab, Mutter zu werden und eine andauernde Beziehung zu dem Kind aufzubauen. Die Gesellschaft vermutet vor allem wirtschaftliche Gründe, wenn eine Frau die Mutterrolle ablehnt. Auf Grund voriger Untersuchungen konnte der Schluss gezogen werden, dass die Gründe vor allem im psychologischen Bereich liegen. Die Verleugnung der Schwangerschaft, die bei diesen Frauen oft vorkommt, resultiert häufig aus einer erst kürzlichen Misshandlung (Vergewaltigung, sexueller Missbrauch, Inzest) oder aus einer Misshandlung in der Kindheit (körperlich, sexuell oder psychisch). Ohne psychologische und juristische Betreuung nach dem Bekanntwerden der Aggressionen kann das Wahrnehmen der Schwangerschaft, diese traumatischen Erfahrungen erneut in Erinnerung rufen.

Das Recht auf eine anonyme Geburt wurde 1993 in das Zivilrecht aufgenommen und wurde 1996 folgendermaßen ergänzt:

- ▶ Frauen, die sich von ihrem Kind trennen möchten, muss eine psychologische Betreuung angeboten werden;
- ▶ nach einer anonymen Geburt soll eine kurze Beschreibung der Situation, sowie der Eltern zusammengestellt werden, welche nicht zur Identifizierung der Eltern führen, aber dem Kind einige Angaben über seine Herkunft geben soll;
- ▶ Frauen haben zu einem späteren Zeitpunkt jederzeit die Möglichkeit die Anonymität aufzuheben

Accouchement sous X: les nouvelles dispositions legislatives

Roger Henrion

<http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=15647285>

1941 wurde unter der Vichy-Regierung die anonyme Geburt eingeführt, seit damals sind etwa 400.000 Franzosen/Französinen anonym geboren. Eine schwangere Frau kann, wenn sich die Geburt ankündigt, jede öffentlichen Klinik in Frankreich aufsuchen, dort gebären und das Baby zur Adoption freigegeben. Allerdings ist diese Entscheidung erst nach zwei Monaten rechtskräftig. Bis dahin hat die leibliche Mutter Zeit, sich noch für ihr Kind zu entscheiden.⁵

Die Studie des Ministeriums für Arbeit und Solidarität aus dem Jahr 1999 stellt fest, dass es unterschiedliche Gruppen von Frauen gibt, die die anonyme Geburt in Anspruch nahmen, dazu zählten:

Die sehr jungen Frauen, denen bis 2001 der Zugang zu einem Schwangerschaftsabbruch ohne Zustimmung der Eltern verwehrt war. Zweidrittel der Frauen waren jünger als 25 Jahre und jede zweite war jünger als 23 Jahre.

Die jungen muslimischen Frauen aus dem Maghreb oder dem Afrika südlich der Sahara, die noch bei ihren Eltern leben und für die eine Schwangerschaft außerhalb der Ehe einer Entehrung gleichkommt. Sie liegt zwischen 30 und 50 Prozent abhängig von der Region und beträgt in den Pariser Krankenhäusern über 50 Prozent und die Inanspruchnahme durch junge Musliminnen ist im Steigen. Die Konsequenzen einer unehelichen Schwangerschaft für diese Gruppe sind äußerst ernsthaft und können bis zum Tod führen.

Frauen, die kaum oder überhaupt nicht berufstätig sind, große finanzielle Schwierigkeiten haben und teilweise obdachlos sind. Die jüngeren unter ihnen, sind oft das erste Mal schwanger und noch in der Ausbildung (Schule oder Studium). Die älteren sind geschiedene oder verlassene Frauen, die oft Gewalt durch den Partner erlebt haben und meistens mehrere Kinder haben. Ein vernachlässigbarer Teil gehört einer wohlhabenden Schicht an, die auf Grund des Drucks der Familie ihre Kinder verlassen.

Etwa 20 Prozent der Fälle sind Frauen, die Opfer von Inzest und Vergewaltigung wurden und die deshalb das Kind ablehnten.

Im Gesamten handelt es sich um Personen in einer moralischen Notlage, die sich einer ungewollten Schwangerschaft gegenüber sahen. Das In-Stich-Lassen des Kindes ist eine Lösung auf Grund von Panik und Hoffungslosigkeit.

Die Installierung von CNAOP (Nationaler Rat betreffend den Zugang zu den persönlichen Wurzeln) im September 2002 hat zu 609 Anfragen betreffend der Herkunft der Betroffenen geführt. Derzeit liegen die Anfragen bei etwa 40 pro Monat (Mai 2003). 81 Prozent der Personen sind über 29 Jahre (37 Prozent älter als 50 Jahre, 44 Prozent zwischen 30 und 49 Jahre), etwa 3 Prozent kommen von Minderjährigen, 63 Prozent der Anfragen kommen von Frauen. Bis Mai wurden 80 Fälle bearbeitet, 1/3 der kontaktierten Frauen haben abgelehnt ihre Anonymität aufzugeben, andere waren bereit über die Umstände Auskunft zugeben ohne ihre Identität preiszugeben 48 der Frauen waren bereit ihr Geheimnis zu lüften.

Étude sur les mères de naissance qui demandent le secret de leur identité lors de leur accouchement

Catherine Villeneuve-Gokalp:

http://www.cnaop.gouv.fr/IMG/pdf/Bilan_mars.pdf

26 Prozent der Frauen, die ihre Anonymität wahren wollten, haben keinerlei Informationen für das Kind hinterlassen. 15 Prozent der Frauen wussten vor dem 4. Monat, dass sie schwanger waren, 32 Prozent haben es zwischen dem 4. und 5. Monat gewusst, 23 Prozent zwischen dem 6. und 7. Monat, 21 Prozent zwischen dem 8. und 9. Monat, 9 Prozent (24 Frauen) wussten nicht, dass sie gebären werden, als sie ins Krankenhaus gekommen sind (Gesamt 259 Frauen). 52 Prozent der Partner waren über die Schwangerschaft informiert, 40 Prozent kannten den Zeitpunkt der Geburt, 38 Prozent waren über die Absicht der Frau informiert, 13 Prozent haben die Frau ins Krankenhaus begleitet. 54 Prozent der Frauen waren zwischen 18 und 29 Jahren, die jüngste Frau war 12 Jahre, die älteste 47 Jahre (Gesamt 369 Frauen). 86 Prozent der Frauen waren Französinen, 11 Frauen lebten nicht in Frankreich, 17 Prozent der Frauen kamen ursprünglich aus Afrika. 252 Frauen waren alleinstehend und 86 lebten mit einem Partner. Mehr als die Hälfte hatte noch kein Kind geboren, 14 Prozent hatten mehr als drei Kinder, 20 Prozent der Frauen waren Kinder vom Sozialamt weggenommen worden. Sofern die Frauen Familie hatten, war diese zu etwa 50 Prozent über die Schwangerschaft informiert. Ein Drittel der Frauen wohnte bei den Eltern, wobei jene zu 62 Prozent über die Schwangerschaft informiert waren. 27 Prozent waren Schülerinnen oder Studentinnen, 24 Prozent arbeiteten Vollzeit, 27 Prozent waren arbeitslos, Teilzeit beschäftigt oder Hausfrauen. Als Gründe für die Abgabe wurde angeführt zu etwa 1/3 prekäre Verhältnisse, 30 Prozent zerbrochene Partnerschaft, 15 Prozent Ablehnung der Familie/Gemeinschaft und 26 Prozent Unfähigkeit ein Kind zu haben.

Links

<http://www.babyklappe.info/index.html>

<http://www.schwanger-in-bayern.de/schwangerenberatung/themen/schwangerschaft-geburt/babyklappe-anonyme-geburt.html>

<http://www.babyklappe-nein-danke.de/content/kritik.htm>

<http://www.nationalsafehavenalliance.org/law.php>

Projekte

Le Pass'Contraception

<http://www.iledefrance.fr/lactualite/social-solidarite/sante-social-solidarite/sante-des-jeunes-deux-nouvelles-mesures-regionales/>

http://www.jeunes.poitou-charentes.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=650:le-passcontraception-dans-votre-lycee-&catid=21&Itemid=42

In mehreren französischen Departements (zum Beispiel Ile de France, Poitou-Charente) wurde von staatlicher Seite mit dem „Verhütungspass“ ein Instrument geschaffen, das in einem Rahmen der Vertraulichkeit und Anonymität den Gratiszugang zu jeglicher Art der Verhütung für Minderjährige sicherstellt. Diese Jugendlichen haben aus finanziellen, sozialen oder familiären Gründen oder auf Grund ihres Status (Schüler/innen, Studenten/innen, Azubis oder Jugendliche, die das Schulsystem verlassen haben und ohne Beschäftigung sind) Schwierigkeiten beim Zugang zur Verhütung und sollen jene nach Vorlage des Passes beim/bei der Allgemeinmedizinerin, Gynäkologin, Kinderarzt/ärztin, Schulkrankenschwester für drei bis sechs Monate zu Beginn ihres sexuellen aktiven Lebens gratis erhalten. Zusätzlich soll der Pass auch noch einen Gutschein für eine Untersuchung, Blutabnahme und Labortests enthalten. Mit dieser Maßnahme sollen die ungewollten Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche reduziert werden und das Recht von Jugendlichen auf den Zugang zur Kontrazeption und Schwangerschaftsabbruch gefördert werden.

Web-site über die Rechte Jugendlicher

<http://www.droitsdesjeunes.gouv.fr/ddj05/interviews.php3?idinter=9>

Auf einer Website informiert das Ministerium der Bildung und Jugend unter anderem umfassend über die Rechte im Bereich Gesundheit, Sexualität, Frauen, Ausländer, Familie, Menschenrechte etc. und deren Ausübung. Neben generellen Informationen wird über Aktuelles informiert, besteht die Möglichkeit Fragen zu stellen, gibt es einen Quiz, werden die Fragen des Monats anonym veröffentlicht und es werden weiterführende Informationen wie Lexikon, Adressverzeichnis, Auskunft über finanzielle staatliche Zuwendungen und Briefvorlagen angeboten.

Familienhebamme für Problemgruppen

Familienhebammen sind staatliche examinierte Hebammen mit einer Zusatzqualifikation, deren Tätigkeit die Gesunderhaltung von Mutter und Kind fördert. Dabei liegt der Schwerpunkt der Arbeit auf der psychosozialen, medizinischen Beratung und Betreuung von vulnerablen Schwangere, Müttern mit Kleinkindern durch aufsuchende Tätigkeit und interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Institutionen. Familienhebammen arbeiten nicht alleine, sondern sind eingebunden in ein interdisziplinäres Netzwerk der „Frühen Hilfen“. Als Lotsinnen zwischen dem Sozial- und Gesundheitswesen benötigen sie daher sehr gute Kenntnisse über die Leistungen und Arbeitsweise der weiteren Berufsgruppen. 6 Bundesweiter Einsatz erfolgt u.a. mit Unterstützung der Stiftung „Eine Chance für Kinder“ (<http://www.eine-chance-fuer-kinder.de>).

Beispielhaft für die Arbeit von Familienhebammen wird jenes in der Lenzsiedlung beschrieben.

Familienprojekt Lenzsiedlung

<http://familienhebamme.de/lenzsiedlung.php>

Das Angebot der Familienhebamme richtet sich an jene Schwangere und Mütter, die das Gesundheitsvorsorgesystem nicht oder nicht ausreichend für sich und ihre Kinder zu nutzen wissen.

Erfahrungsgemäß sind dies u.a.:

- ▶ minderjährige Schwangere
- ▶ Schwangere mit Suchtproblemen
- ▶ Psychisch erkrankte Schwangere und Mütter
- ▶ Frauen in psychosozialen Problemfeldern
- ▶ Migrantinnen

Ziel ist, die oben genannten Frauen an die präventive Regelversorgung anzubinden und sie in das medizinische und soziale Hilffssystem überzuleiten. Bei besonders hilfsbedürftigen Frauen wird eine persönliche Einzelfallbetreuung im ersten Lebensjahr des Kindes geleistet.

Jugendgesundheitsförderung auf dem Lande

[http://public-health.meduni-graz.at/news/newsletter/Newsletter Prozent201_07.pdf](http://public-health.meduni-graz.at/news/newsletter/Newsletter%20Prozent201_07.pdf) (Seite 7)

<http://www.styriavitalis.at/>

Aus Sicht der Gesundheitsförderung sind Jugendliche im außerschulischen Bereich eine schwierig zu erreichende Zielgruppe. Styria vitalis und die ARGE Jugend gegen Gewalt und Rassismus kombinierten in ihrem Projekt, beauftragt vom Fonds Gesundes Österreich, die Expertisen der Gesundheitsförderung mit den Erfahrungen der modernen Jugendarbeit, um Strategien zur Jugendgesundheitsförderung zu entwickeln. Im Zentrum standen die Prinzipien der Ottawa Erklärung – Partizipation, Empowerment und Vernetzung.

Maßnahmen gab es auf drei Ebenen:

- ▶ Ideelle, praktische und finanzielle Unterstützung von 52 verschiedenen Jugend-Projekten.
- ▶ Von Freizeitaktivitäten bis zur inhaltlichen Planung eines Jugendtreffs, von kulturellen bis zu sportlichen und gemeinschaftsorientierten Aktivitäten wurden Ideen unter Beteiligung von Jugendlichen, die ihre Handlungskompetenzen erweitern konnten umgesetzt.
- ▶ Eine Zusammenstellung von 43 vielschichtigen Workshopangeboten mit regionalen Expertinnen unterstützte die Auseinandersetzungen.
- ▶ Qualifizierung von zehn jungen Menschen aus den Gemeinden zu Peerleaders, die Kompetenzen der jungen Menschen zu stärken und regionale Zusammenarbeit zu fördern.

Jugendgesundheitstag

<http://www.eundc.de/pdf/68000.pdf>

ist eine Kooperation der BzG und JuMed-Teams der Bundesärztekammer. Das Jugendalter ist eine Entwicklungsphase, in der Determinanten für die Gesundheit im Erwachsenenalter erlernt werden – auch riskantes Gesundheitsverhalten und Lebensstil. Um Gesundheit bei Jugendlichen zu thematisieren bedarf es einer zielgruppenspezifischen Ansprache das heißt eine persönliche Ansprache, wenig Printmedien, eine „interaktive“ Herangehensweise, Mitmach-Aktionen, die Vermittlung eindeutiger Botschaften und vor allem die Anknüpfung an den Lebensstil, die Lebenskultur, die Sprache und die Bedürfnisse von Jugendlichen.

Der Jugendgesundheitstag ist eine regionale, interdisziplinäre Plattform zur Förderung der Gesundheit und des Gesundheitsbewusstseins von Jugendlichen zwischen 12 und 16 Jahren.

Auf dem Jugendgesundheitstag werden Jugendliche mit Gesundheitsthemen und -partnern in Kontakt gebracht, Projekte zur Gesundheitsförderung in der Schule initiiert, Gesundheitsanbieter vernetzt und die interdisziplinäre Zusammenarbeit vor Ort gefördert.

Kern eines jeden Jugendgesundheitstags ist eine messeähnliche Veranstaltung, der Gesundheitsmarkt, der ein breites Themenspektrum mit vielen Interessen- und Risikobereichen des Pubertätsalters abdeckt und mit Aktionsständen, Workshops, Theater und Musik Inhalte der Gesundheitsförderung vermitteln will. Die behandelten Themen sind „jugendtypische“ Themen: Pubertät, Sexualität, legale und illegale Drogen, gesunde Ernährung, Bewegung/Fitness, Stressbewältigung sowie Informationen über die J 1 und Impfungen.

Ergänzend dazu bietet ein Forum Kontakt- und Vernetzungsmöglichkeiten für Erwachsene, insbesondere Eltern, Lehrer/innen, Trainer/innen, Ärzte/innen, Therapeuten/innen und andere interessierte Berufsgruppen, dessen Ziel es ist Projekte zur Gesundheitsförderung an Schulen vorzustellen, zu entwickeln und dauerhaft im Schulalltag zu implementieren.

YoungMum – Begleitung für schwangere Teenager

http://www.khgh.at/index_html?sc=291

Pro Jahr werden in Österreich rund 3.000 Babys von Teenager-Müttern auf die Welt gebracht, allein in Wien sind es über 800. Allen familiären und gesellschaftlichen Widerständen zum Trotz sagen die jungen Mütter „Ja“ zum Leben mit ihrem Baby. Diese jungen Frauen dürfen nicht allein gelassen werden in einer so schwierigen Zeit. Vor, während und ein ganzes Jahr nach der Geburt stehen den schwangeren Teenagern Hebammen, Gynäkologen, Sozialpädagogen und Psychologen zur Seite. Zudem können Kurse für schwangere Teenager wie Geburtsvorbereitung und die Mutter-Kind-Gruppe jederzeit besucht werden.

Mamis-in-Not

<http://www.mamis-in-not.de/>

Trotz intensiver sexueller Aufklärung in den vorangegangenen Jahren ist die Quote der ungewollten Schwangerschaften unter minderjährigen Mädchen nach wie vor unglaublich hoch. 16 von 1.000 jungen Mädchen zwischen fünfzehn und neunzehn Jahren passiert das in Deutschland. Jene Teenager, die unter fünfzehn Jahren schwanger werden, kommen noch hinzu. Laut UNICEF werden weltweit etwa fünfzehn Millionen Minderjährige unbeabsichtigt schwanger. Für jede Frau ist eine Schwangerschaft eine besondere Erfahrung, die mit der Freude auf die Geburt des Babys gekrönt wird. Aber häufig wird gerade die werdende Mutter vor eine Vielzahl von Problemen, im speziellen die finanzielle Mehrbelastung, gestellt so dass sie ihre Lebensplanung neu überdenken muss. Schwangere Frauen können durch unvorhersehbare Geschehnisse wie zum Beispiel Arbeitslosigkeit, Krankheit oder einen Unfall ohne Schuld in eine Notsituation kommen, deren Bewältigung sie ohne Unterstützung nicht in der Lage sind.

Die Website bietet Informationen zur Schwangerschaft, Teenagerschwangerschaft, Geburt, Stillen, Anlaufstellen für junge Schwangere, Mutter-Kind-Häuser, Babyklappen

Schwanger unter 20

<http://www.schwanger-unter-20.de/>

ist eine Internetseite der BzgA, die umfassend bei Teenager-Schwangerschaft berät. Neben Planer und Checklisten, einer Suchmaschine für Beratungsstellen informiert sie über Schwangerschaft und Geburt, Entwicklung des Fötus, Eltern werden, Vater sein etc. Sie gibt Tipps wie man mit Eltern und Freund, in der Schule und im Beruf die Nachricht kommuniziert.

Feel ok

http://www.feelok.ch/de_CH/jugendliche/jugendliche.cfm

ist eine Website, die mittels Infos, Spielen, Videos, Tests und Animationen zu Themen wie Alkohol, Arbeit, Sport, Cannabis, Ernährung, Sexualität, Tabak usw. informieren möchte. Die Website gibt es neben deutsch auch in französisch und italienisch und hat eine Sektion für Lehrer/innen und Personen, die im Jugendbereich tätig sind, auf der Materialien bereitgestellt werden mit denen gesundheitsrelevante Themen bearbeitet werden können.

MiMi-Gesundheitsprojekt

http://www.ethno-medizinisches-zentrum.de/index.php?option=com_content&view=article&id=28&Itemid=34

Zur Verbesserung des Wissens von Migrantinnen und Migranten über Gesundheit und die Nutzung des Deutschen Gesundheitsdienstes wurde das Projekt „MiMi – Mit Migranten für Migranten – Interkulturelle Gesundheit in Deutschland“ entwickelt. Als erstes werden erfolgreich integrierte engagierte Migrantinnen und Migranten, die über sehr gute Deutschkenntnisse und ein hohes Bildungsniveau verfügen, zu interkulturellen Gesundheitslotsen, so genannten Mediatoren ausgebildet und führen dann selbst Informationsveranstaltungen durch, indem sie ihren Landsleuten in deren Umgebung kultursensibel in der jeweiligen Muttersprache Informationen zu Gesundheitsförderung und Prävention vermitteln. Durch kontinuierliche Schulung wird die Expertise der Mitarbeiter erweitert und vertieft. Das MiMi-Projekt bezieht systematisch lokale und regionale Netzwerke mit ein. Die Mediatoren werden als Repräsentanten der Bedürfnisse ihrer Community gestärkt (Empowerment).

The National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy

<http://www.thenationalcampaign.org/about-us/default.aspx>

Um eine Reduzierung von Teenagerschwangerschaften zu erreichen, setzt sich die Kampagne für eine Durchsetzung von verantwortungsvollen Werten und Verhalten zwischen Frauen und Männern aber auch einer entsprechenden Politik sowohl im staatlichen wie auch privaten Sektor ein. Neben Bewusstseinsbildung am politischen Niveau und bei Programmentwickeln arbeitet die Kampagne auch mit Eltern und Glaubensgemeinschaften. Sie betont insbesondere die Rolle von Männern bei der Prävention und Planung von Schwangerschaften und unterstützt besonders Gemeinschaften mit hohen Teenagerraten (Latinos). Die Entwicklung, Erzeugung und Verteilung von Materialien, Videos und online-Produkten und die kreative Verwendung neuer Medien Blogs, (Twitter, Facebook) gehören zu wichtigen Aspekten der Tätigkeit.

Brook advisory centres

<http://www.brook.org.uk/pregnancy/abortion/what-if-im-under-16>

Brook hat ein Netzwerk von Beratungseinrichtungen überall in Großbritannien und bietet gratis vertrauliche Beratung und Zugang zur Verhütung für Personen unter 25 Jahren.

Neben Informationen für Jugendliche zum Thema Verhütung, STIs, Schwangerschaft, Beziehungen, Rechte, Körper und eines Sex-Lexikons propagiert Brook eine Sex Positiv Kampagne. Diese Aktivität hat einen freieren und aufgeschlosseneren Zugang zur Sexualität zum Ziel, indem Sexualerziehung verbessert wird, mehr und bessere Information über die Beratungseinrichtungen der sexuellen Gesundheit verfügbar sind und die Sexualität Jugendlicher nicht negiert und diskreditiert wird.

Brook unterhält auch eine Hotline namens Ask Brook über Telefon und SMS mit Informationen über sexuelle Gesundheit für junge Menschen unter 25 Jahren.

Schulprojekt Internet

<http://www.violetta-hannover.de/>

Viele Pädophile nutzen die Möglichkeiten des Internets, um Kontakt zu Mädchen und Jungen aufzunehmen. Sie bauen auf die Unvoreingenommen-, Offenheit und Naivität der Kinder und Jugendlichen und verstecken sich hinter der Maske eines Gleichaltrigen um mit ihnen „locker“ ins Gespräch zu kommen. So hoffen sie, dass es auch zum persönlichen Treffen kommt. Andere wiederum nehmen kein Blatt vor den Mund, belästigen die jungen Chatter/innen sexuell. In Fortbildungsveranstaltungen werden Eltern, Lehrerinnen und Lehrer auf die Problematik aufmerksam gemacht und darüber aufgeklärt, wie sie die Kinder und Jugendlichen vor sexuellen Übergriffen im Internet schützen können. Den Lehrpersonen wird Unterrichtsmaterial an die Hand gegeben, das sie gemeinsam mit den Schülern im Unterricht durcharbeiten können.

Youth at risk

<http://nyyouthatrisk.org/>

arbeitet mit Jugendlichen um Verhaltensänderungen mit Hilfe von Mentoren/innen herbeizuführen.

Im Bereich der SRGR gibt es ein Programm für junge Väter, das ihnen hilft, finanziell unabhängig zu werden und sich emotional am Leben ihrer Kinder zu engagieren. Für Mädchen gibt es ein Programm, um das sexuelle Debut hinauszuschieben, Verhütung zu propagieren, das Selbstwertgefühl zu stärken und bessere Beziehungen zu Eltern und Vormündern aufzubauen.

SexInfo

<http://www.sextextsf.org/>

ist ein Service, das Rat über sexuelle Gesundheit durch das Versenden von SMS bereitstellt. Außerdem bietet es Informationen an, wo Jugendliche Zugang zu vertraulichen, gratis zugänglichen Dienstleistungen der sexuellen Gesundheit haben.

Girls sexual health textback service

<http://www.health-improvement.cdd.nhs.uk/>

ist eine Dienstleistung, womit Menschen Stigmatisierung überwinden können, die mit Gesundheitsthemen verbunden sein können. Userinnen können an das Service SMS-Anfragen richten, die von Berater/innen mit einer Ausbildung im Bereich der sexuellen Gesundheit per SMS beantwortet werden.

Projekte der Familienplanungsorganisationen von IPPF

Belgien

Youth internet counseling

www.allaboutsex.be

ist eine Quelle von Informationen für Jugendliche und junge Erwachsene zum Thema Sexualität und Beziehung. Die Website ist ein interaktives Lexikon, das 650 Schlüsselwörter und mehr als 2.000 Fragen mit den passenden Antworten enthält. Die Besucher sind an der Weiterentwicklung der Website durch ihre Fragen beteiligt. Wenn die entsprechende Antwort nicht verfügbar ist, kann eine persönliche Frage, die binnen 48 Stunden beantwortet wird, gesendet werden.

84 Prozent der Besucher fühlen sich besser informiert über Sexualität, 46 Prozent fiel es leichter über Sexualität zu sprechen und 47 Prozent konnten unbefangener Fragen stellen.

Um die Website zu einem Erfolg zu machen, bedarf es einer spezialisierten Agentur, die sich im Web 2.0 auskennt und die nötigen attraktiven Inhalte (wie Blog, Forum etc.) gestaltet und eine einfache Struktur und Navigation entwickelt.

Finland

With a teenager

http://www.vaestoliitto.fi/in_english/

ist eine Website in Zusammenarbeit mit dem privaten Sektor, die sich an die Eltern von Teenagern wendet und Informationen über Adoleszenz und deren Einfluss auf Familie und Elternschaft beinhaltet. Die Website enthält auch eine Sammlung von FAQ, die Besorgnis bei den Eltern auslösen und schwieriger Situationen, die mit jungen Menschen auftreten können. Ebenso besteht die Möglichkeit, dass Eltern Fragen an die Experten stellen.

Men's Time bemüht sich die sexuelle Gesundheit und das Wohlbefinden von Jungen und Männern zu verbessern, sexuelle Gesundheitsdienste bereitzustellen, das männliche Rollenverhalten beweglicher zu gestalten und unterstützt Beziehung zwischen Paaren und Elternschaft. Das Jungen-Telefon ist Teil des Projekts, und mit einem männlichen Berater besetzt.

Großbritannien

Speakeasy

<http://www.fpa.org.uk/communityprojects/parentsandcarers>

ist ein Trainingsprogramm für Eltern und Betreuer, bei dem sie das Vertrauen und die nötigen Kenntnisse erwerben, um unbefangen mit ihren Kindern über Sex und Sexualität zu sprechen. Das Training ist so entwickelt, dass es lustig und entspannend ist und stellt eine Atmosphäre bereit wo Eltern miteinander aus ihren eigenen Erfahrungen lernen können. Bei der Evaluation des Projektes konnte festgestellt werden, dass es zu einer signifikanten Verbesserung beim(des) Vertrauens, bei den Kenntnisse und bei der Offenheit der Eltern kam. Derzeit werden Eltern gemeinsam mit Schulen als essentielle Quelle für die Bereitstellung von Sexualerziehung gesehen. Damit scheint Speakeasy ein erfolgreiches Mittel zu sein, Eltern fit für diese Rolle zu machen.

Großbritannien

Sleepin' Safe, Sexin' Safe

<http://www.fpa.org.uk/communityprojects/youngpeople#sleepin-safe>

In Zusammenarbeit mit Obdachlosenorganisationen für Jugendliche fördert das Projekt sexuelle Gesundheitsmöglichkeiten für obdachlose junge Menschen. Das Projekt bemüht sich das Wissen der Zielgruppe über SG zu verbessern und zu erhöhen und die Inanspruchnahme von SR-Diensten zu ermutigen. Im Rahmen des Projektes für die angesprochenen 16 bis 25-jährigen finden 12 Erziehungsmodule zur Sexualität und Partnerschaft in Form von Gruppenarbeit und Einzelsitzungen statt. Neben der Verbesserung des Wissens und des Zugangs zu Einrichtungen werden aber auch Dienste der sexuellen Gesundheit ein besseres Verständnis für die Bedürfnisse dieser Jugendliche haben und die Obdachlosenorganisationen werden besser in der Lage sein, Unterstützung für diese Jugendliche in dem relevanten Bereich bereitzustellen. Als wichtig hat sich erwiesen, dass die Projektleiter flexibel bei der Darbietung der Inhalte sein müssen.

Irland

ASK

<http://www.ifpa.ie/eng/Youth/ASK>

Ist eine Advocacy- Anstrengung von jungen Ehrenamtlichen der Familienplanungsorganisation, deren Ziel es ist, junge Menschen zu ermutigen für ihre SRR einzutreten und sich gegen die restriktive irische Politik auszusprechen. ASK bemüht sich einen Raum zu schaffen, in dem junge progressive Menschen Wissen und Kenntnisse teilen können und gegenseitig bei der Initiierung von Programmen im Bereich der SRGR für andere junge Menschen unterstützen.

Litauen

Youth internet counseling

<http://www.amor.ee>

Ist ein Beratungsdienst, der sich bemüht für junge Menschen ein offenes Umfeld bei Gespräche über Sexualität zu schaffen und durch positive Botschaften Bewusstsein für den sexuellen Bereich zu schaffen. Neben Information über SRG, Verhütung wird auch gratis Beratung geboten. Ein mit verschiedenen Professionen besetztes Team hat Standards der Web-Beratung entwickelt, in dem auch Youth-to Youth-Berater tätig sind. Die Mehrzahl der Anfragen (86 Prozent) kam von jungen Mädchen/Frauen und 93 Prozent der Kontaktsuchenden waren unter 24 Jahren.

Österreich

Herzklopfen

www.oegf.at/service

Herzklopfen ist eine Telefon- und Chatberatung, die zu Liebe, Sexualität und Partnerschaft berät. Das Team besteht immer aus einer Frau und einem Mann. Das Team setzt sich aus Ärzten, Psychologen, Sozialarbeiterinnen und Psychologinnen zusammen.

Merhaba Kondom

<http://www.merhabakondom.at/>

Ist eine Homepage, die sich an türkische Jugendliche wendet und Informationen zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit, Verhütung, Kondomverwendung, HIV/AIDS und Rechte bereitstellt.

Russland

Internetauftritt für junge Menschen

www.2beyoung.ru

Die Website ist ein Projekt der jungen Ehrenamtlichen der Familienplanungsorganisation, die sich an die verschiedenen Bedürfnisse junger Menschen wendet. Neben angemessener Information zur SRGR gibt es auch Hinweise auf Beratungseinrichtungen. Die Seite ermöglicht auch online Fragen und Antworten, Diskussionsforen und Unterhaltungssektionen.

Forschung

Zugang zu sozial benachteiligten Familien

T. Brand, T. Jungmann

http://www.sopaed.uni-rostock.de/fileadmin/Isoheilp/Brand_Jungmann_2_2010.pdf

Ein wichtiges Kriterium für die praktische Bedeutung von sozialen oder gesundheitlichen Präventions- oder Interventionsprogrammen ist das Ausmaß, in dem die angestrebte Zielgruppe erreicht wird. Für Präventionsprogramme stellt sich dieses Problem in besonderem Maße, da sie auf Freiwilligkeit beruhen, die potentiellen Teilnehmer sich definitionsgemäß in keiner akuten Notsituation befinden und somit ein hohes Maß an Motivation erforderlich ist, um die wahrgenommenen Kosten, wie den zeitlichen Aufwand oder die möglicherweise empfundene Stigmatisierung durch die Programmteilnahme, auszugleichen.

Geringe Teilnahmeraten sind auch deshalb problematisch, da es sich bei denjenigen, die eine Teilnahme ablehnen, häufig um die Personen handelt, bei denen – von außen betrachtet – ein erhöhter Bedarf für die Inanspruchnahme des Präventionsangebots besteht. Bei den Teilnahmeverweigerern handelt es sich häufig um jüngere Personen mit geringerem(m) Bildungsstand, oft in sozial benachteiligten Gegenden wohnend und häufiger selbst von sozialer Benachteiligung betroffen (sind). Die Verweigerung der Teilnahme an einem einzelnen Präventionsprogramm geht darüber hinaus auch mit einer insgesamt geringeren Nutzung von sozialen und gesundheitlichen Diensten einher.

Eine Möglichkeit, Zugangsbarrieren für sozial benachteiligte Familien abzubauen, besteht in der Implementation von „Geh-Strukturen“ in Form von aufsuchenden Unterstützungsangeboten (Niedrigschwelligkeit). Ein solches aufsuchendes Unterstützungsangebot ist auch das Modellprojekt „Pro Kind“. In diesem Hausbesuchsprogramm werden erstmals Schwangere in schwierigen Lebenslagen von der Schwangerschaft bis zum 2. Geburtstag des Kindes durch Hebammen und Sozialarbeiterinnen begleitet. „Pro Kind“ ist eine Adaption des evidenzbasierten, amerikanischen Nurse-Family-Partnership- (NFP-) Programms.⁷ Zielgruppenkriterien sind eine finanzielle Belastungssituation sowie mindestens ein weiterer sozialer oder persönlicher Belastungsfaktor (zum Beispiel Minderjährigkeit, kein Schulabschluss, eigene Misshandlungs- oder Vernachlässigungserfahrung). Die Teilnehmerinnen werden ab der 12. bis maximal zur 28. Schwangerschaftswoche in das Projekt aufgenommen. Ziele der Begleitung sind die Verbesserung der mütterlichen und kindlichen Gesundheit bereits während der Schwangerschaft, die Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenz sowie die Vernetzung der Teilnehmerinnen mit geeigneten öffentlichen Unterstützungsangeboten.

Bei der Rekrutierung von Teilnehmerinnen setzt das Modellprojekt „Pro Kind“ auf die Kooperation mit Multiplikatoren. Dazu zählen Gynäkologen/innen und andere Mediziner/innen, Hebammen, Jugendämter, Beratungsstellen, Angebote der Freien Träger der Jugendhilfe, ARGEN und Jobcenter, Schulen und andere Personen oder Einrichtungen, die im Kontakt zu potentiellen Teilnehmerinnen stehen. Der Erfolg der Zielgruppenrekrutierung hängt somit hauptsächlich von stabilen Kooperationsstrukturen mit den Multiplikatoren ab.

Hinderungsgründe der Inanspruchnahme

- ▶ Mangelndes Interesse der potentiellen Teilnehmerinnen
- ▶ Pro Kind ist für die betreffende Frau ein unangemessenes Angebot
- ▶ Frau wurde von der Multiplikatoren an ein angemesseneres Angebot weiterempfohlen
- ▶ Kontakthäufigkeit mit der Zielgruppe
- ▶ Bestehende Kooperationen mit anderen Angeboten

Contraceptive Use Patterns Across Teens' Sexual Relationships

Emily Holcombe, David Carrier, Jennifer Manlove & Suzanne Ryan,

http://www.childtrends.org/Files/Child_Trends-2008_02_20_FS_ContraceptiveUse.pdf

Teenager verhüten teilweise nicht konsistent, wodurch es zu ungeplanten Schwangerschaften und STD-Infektionen kommt. Untersuchungen fokussieren hauptsächlich auf die sozioökonomischen Merkmale der betroffenen Gruppe und wenig auf die Art der Beziehung die Teenager unterhalten. 59 Prozent der Teenager verwendeten immer Kontrazeptiva, 17 Prozent manchmal und 24 Prozent nie. Kontinuierliche Verwendung von Verhütung kann bei Teenagern festgestellt werden, die beim ersten Geschlechtsverkehr älter waren, eine romantische Beziehung hatten, emotionale Intimität in der Beziehung erlebten, Verhütung diskutierten vor dem ersten Mal und einen/e Partner/in hatten, mit dem sie Gemeinsamkeiten teilten. Sofern Verhütung in einer vorhergehenden Beziehung angewandt wurde, war es wahrscheinlich, dass dies in der gegenwärtigen und in künftigen Beziehung/en ebenso gemacht wurde.

Programme zur Vermeidung von Teenagerschwangerschaften sollten das Bewusstsein der vielfältigen Dimensionen von Beziehungen in Rollenspiele integrieren, um Teenagern zu helfen die Verwendung von Verhütung mit dem/der Partner/in zu verhandeln. Außerdem sollte beim Programmwurf die kritische Dimension der Teenagerbeziehungen, die die reproduktive Gesundheit beeinflussen, nicht negiert werden.

World Development Report 2007

Weltbank

http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSPContentServer/WDSP/IB/2006/09/13/000112742_20060913111024/additional/ch5.pdf

Das Wissen und Verhalten von Jugendlichen läuft auseinander, wie an Hand von HIV gezeigt werden kann, wo trotz Wissen die Kondomverwendung nachhinkt (siehe Kapitel 5/Seite 133/5.9 und 5–10)

Als erfolgsversprechende Aktivitäten können angesehen werden:

- ▶ Reformen der Schwangerschaftsabbruchsgesetze,
- ▶ Verbot von Kinderehen und Anhebung des Heiratsalters
- ▶ Integration von HIV-Angebote in jene der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und viceversa,
- ▶ In Lehrplänen verankerte Sexualerziehung, die Informationen mit Kommunikations- und Entscheidungstraining kombiniert und kulturell adäquate Informationen über riskantes Sexualverhalten und Gesundheitsrisiken beinhaltet,
- ▶ Kampagnen in Massenmedien für Verhütung kombiniert mit Peer-Programmen (Sozialmarketing),
- ▶ Ausgewogene Vermittlung des ABC-Ansatzes,
- ▶ Befürwortung des "Doppelten Schutzes",
- ▶ Behandlung und Beratung bei STIs,
- ▶ Bereitstellung von Notfallkontrazeption, Schwangerschaftsabbruchseinrichtungen und Versorgung bei Problemen nach Abbrüchen,
- ▶ Verabreichung von ART zur HIV-Behandlung und zur Vermeidung von Übertragung,
- ▶ Adaptierung von Dienstleistungen für sichere Mutterschaft
- ▶ Informationen über Stillen und Kinderpflege
- ▶ Information für Jungverheiratete über SRH
- ▶ Fortsetzung des Schulbesuchs der Teenagermütter

Das Body und Grips Mobil

Jugendrotkreuz & Barmer

<http://web.pregocms.de/jrk-westfalen/media/original/18100.pdf>

Das Projekt wurde von der BzG in der Broschüre „Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte“ erwähnt.

Das Projekt richtet sich an Jugendliche der Jahrgangsstufe 6–10 (11–16-Jährige) und wird bei Veranstaltungen zur Gesundheitsförderung, Projekten zur Gesundheitserziehung in Schulen oder Ferienfreizeiten und Aktionen rund um das Thema Gesundheit und Wohlbefinden eingesetzt. Das Mobil beinhaltet einen Stationen-Parcours: An insgesamt 15 Stationen werden spielerisch angelegte Inhalte zur Ernährung, Bewegung, Sucht, Sexualität und sozialem Miteinander vermittelt. Konfliktfähigkeit, selbstständiges und zielorientiertes Arbeiten und Lernen, Kommunikationsstärke, Handlungskompetenzen und Selbstvertrauen sollen vermittelt werden. Die 15 Stationen behandeln fünf gesundheitsrelevante Themen. An den Stationen besteht ein ausgewogenes Verhältnis aus spielerisch-praktischer Wissensvermittlung und der Stärkung der gesundheitlichen Handlungskompetenz, welches sich an den Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen orientiert. Der Zielgruppe werden bei dem

Durchlaufen des Parcours vielfältige Möglichkeiten angeboten, Erlebnisse und Erfahrungen zu machen, sich mit der Umwelt auseinander zu setzen, Neues kennen zu lernen und Zusammenhänge zu erfassen. Kennzeichnend für das Projekt sind die unterschiedlichen Lernzugänge, die für die einzelnen Standorte gewählt wurden.

An den 15 Stationen des Parcours geht es darum, alle Sinne bewusst wahrzunehmen. Aufgrund des unterschiedlichen Lernzugangs der Teilnehmenden werden unterschiedliche Lernebenen eingebracht. In allen fünf Themenbereichen gibt es jeweils drei Stationen, die auf den Ebenen

- informieren
- wahrnehmen
- experimentieren

und den Teilnehmenden einen Themenzugang verschaffen.

Der Bereich Sexualität wird abgehandelt:

- „Das Herzklopfen“: Information: Wissens-, Schätz- und Meinungsfragen zu den Themenfeldern Verhütung, Krankheiten, Liebe & Gefühle, Körper & Sexualität
- „Die Beziehungsgalerie“: Wahrnehmung: Beziehungsvielfalt anhand von Fotos für eine fiktive Ausstellung veranschaulichen und für verschiedene Beziehungsformen sensibilisieren
- „Der Verhütungssafe“: Experimentieren: Sensibilisierung für den eigenverantwortlichen Umgang mit Verhütungsmitteln

Aus dem Jahresbericht 2007 wird deutlich, dass überwiegend Real- und Hauptschulen von dem Stationen-Parcours profitieren konnten. Durch das mobile Angebot werden Jugendliche in ihrer unmittelbaren Lebens- und Lernrealität angesprochen. Allein im Jahr 2007 wurden über 20.000 Kinder und Jugendliche in fünf Bundesländern erreicht.

Mit dem Ziel, gerade Jugendlichen mit geringer sprachlich-kognitiver Prägung und Migranten mit mangelnden Sprachkenntnissen eine sinnvolle Lernplattform zu bieten wurde methodisch bewusst ein stark erlebnis- und aktionsorientierter Ansatz gewählt. Die Stationen sind dem entsprechend einfach und gut verständlich aufgearbeitet. Durch dieses Vorgehen können alle Kinder und Jugendliche einbezogen werden, ohne dass sozial Benachteiligte dabei stigmatisiert werden.

Wie werden sozial benachteiligte schwangere Mädchen und Frauen für die Geburtsvorbereitung interessiert?

Friederike zu Sayn Wittgenstein:

<http://www.hebammenforschung.de/23742.html>

Die Geburtsvorbereitung als eine gesundheitsbildende Maßnahme von Hebammen ist ein niedrigschwelliges Angebot der Gesundheitsversorgung. Sie stellt damit eine Möglichkeit frühzeitiger, das heißt bereits in der Schwangerschaft beginnender Unterstützung, Hilfe, Beratung und Vernetzung von sozial benachteiligten schwangeren Frauen und Mädchen dar.

Die Versorgung junger Schwangerer und Teenagermütter entspricht nicht unbedingt den Bedürfnissen der Zielgruppe. Die medizinische Versorgung findet durch den/die Gynäkologen/in statt, wobei die Mädchen regelmäßig zu den Untersuchungsterminen erscheinen. Der Arzt/Ärztin wird als Quelle bei medizinischen Fragen betrachtet, teilweise wird bedauert, dass der Kontakt auf einer technischen Ebene bleibt. Wissen über die Schwangerschaft wird hauptsächlich von der Mutter oder Freundin vermittelt.

Schwangerenkurse werden hauptsächlich von besser gebildeten Frauen in Anspruch genommen. Die jungen Mädchen fühlen sich eher von oben herab behandelt und unterlassen deshalb teilweise die Teilnahme. Die Schwelle bei der Inanspruchnahme ist eher hoch, es besteht ein geringes Wissen darüber, wo es Kurse gibt. Prinzipiell wäre es besser, wenn die Kurse dort stattfinden, wo sich die Frauen aufhalten.

Die aufsuchende Arbeit von Familienhebammen wird von 55 Prozent der Befragten angenommen und ergänzt das gynäkologische Angebot. Die Hebamme erteilt Auskunft über medizinische und psychosoziale Fragen. Gewünscht wird mehr Information über den Ablauf der Schwangerschaft, Ernährung und Lebensführung, über die Entwicklung des Kindes, aber geringer Wunsch nach mehr Wissen über den Ablauf der Geburt. Bei den Materialien werden Broschüren und Bücher eher abgelehnt werden, da die Texte unverständlich sind, TV und Handy bevorzugt und das Internet eher weniger genutzt.

Gewünscht werden Zuwendung und Kommunikation. Umsorgung wird sowohl von der Familie (Hilfe bei häuslichen Belangen), aber auch von professionellen Personen (Begleitung zu Ämtern, Ärzten) gewünscht.

Als Gründe für die Benachteiligung können angeführt werden:

Alter, schwierige Partnerschaft, fehlende soziale Beziehungen, niedrige Bildung, Migration, Suchterfahrung, Sprachprobleme, Armut.

Bei der Abhaltung eines Kurses bedarf es der Bildung von homogenen Gruppen mit gleichen Charakteristika (soziale Situation, Zwillingsgeburt, Kaiserschnitt), da es sonst zur Ausgrenzung kommt. Der Kurs soll über Schwangerschaft und Geburt und die nötigen Vorbereitungen konkret informieren (Tasche packen, Schwangerschaftsbeschwerden, Stillen, Wickeltechniken etc.) aber auch Aktivitäten mit Erlebnischarakter bieten, wodurch Kontakte gebildet werden und Erinnerungen entstehen.

Das Hebammenangebot und der Besuch von Kursen können durch den/die Gynäkologe/in und durch Beratungsstellen beworben und vermittelt werden. Problematisch ist teilweise die Pluralität der Angebote, da benachteiligte Gruppen eher wenig in der Lage sind das Passende zu finden. Die Vernetzung zwischen Hebammen, Gynäkologen, Beratungsstellen, die notwendig wäre, um diese Versorgungslücke zu schließen, lässt zu wünschen übrig. Überwiegend medizinische Studien

Inanspruchnahme von medizinischen und psychosozialen Beratungs- und Betreuungseinrichtungen durch jugendliche Mütter in Wien

Magda Sorger-Domenigg

Von den 15.157 Geburten in Wien 1999 waren 409 (2,69 Prozent) von minderjährigen Müttern davon 208 (1,37 Prozent) von 18–19-Jährigen und 201 (1,32 Prozent) von unter 18-Jährigen Müttern.

Die Beratungsangebote der diversen Einrichtungen, die sich an Schwangere wenden (Geburtsvorbereitungskurse, ...) haben bislang kein eigenes Konzept für Teenager-Mütter, sondern werden von individuellen Anstrengungen und Bemühungen einzelner Familienhebammen, Sozialarbeiterinnen u.s.w. getragen.

Das Literaturstudium zeigt eindrücklich, dass Teenagermütter öfters aus unbefriedigenden Familienverhältnissen kommen, oftmals alleinstehend sind, Gewalt- oder Missbrauchserfahrung, keinen oder niedrigen Schulabschluss und weniger beruflichen Perspektiven haben.

Erfahrungsgemäß ist es schwieriger, diese Mädchen mit institutionalisierten Beratungs- und Betreuungsangeboten anzusprechen.

In den Interviews wurde deutlich, dass Teenagermütter mehr Information und Unterstützung während der Schwangerschaft benötigen, sowie den Austausch mit anderen jungen Müttern gewünscht hätten.

Von den Müttern gewünschte Beratungs-/Betreuungsangebote

- ▶ An erster Stelle stand der Wunsch nach Kontakt mit gleichaltrigen Müttern. Geburtsvorbereitung für Jugendliche, gemeinsame Aktivitäten mit anderen jungen Müttern, Gespräche und Erfahrungsaustausch wurden als Bedürfnisse genannt.
- ▶ Mehr Information über finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten. Hervorgehoben wurde die schwierige Lage von 14-jährigen, die keine Chance auf finanzielle Absicherung haben.
- ▶ Beratungsangebote an der Schule als eine Art „Sprechstunde“.
- ▶ Zu wenig Informationen bei den Kontrolluntersuchungen in der Schwangerenambulanz der Krankenhäuser über die soziale und emotionale Situation.
- ▶ Mehr Öffentlichkeitsarbeit für Beratungsstellen: zum Beispiel Plakate in der Straßenbahn, ...
- ▶ Weiters wurde der Wunsch nach mehr medizinischer Information, nach verständlicher Information über Komplikationen während Schwangerschaft und Geburt genannt.
- ▶ Schriftlicher Wegweiser durchs Krankenhaus
- ▶ Telefonberatung rund um die Uhr für die Zeit nach der Entbindung

Die mangelnde Inanspruchnahme von Beratungs- und Betreuungsangeboten durch minderjährige Schwangere und Mütter liegt den Ergebnissen dieser Untersuchung zufolge an:

- ▶ Einem Mangel der institutionellen Vernetzung,
- ▶ Die Angebote differenzieren zuwenig zwischen den unterschiedlichen Bedürfnissen von jungen Schwangeren und Müttern und erwachsenen Frauen, die einen Partner haben und sich ein Kind wünschen.
- ▶ Die Ergebnisse der Literaturrecherche betonen, dass nicht nur das Alter, sondern besonders die psychosozialen Hintergrundfaktoren der Teenager ein besonderes Beratungs- und Betreuungskonzept erfordern.

Women who do not attend parental education classes during pregnancy and after birth

Helena Fabian

<http://publications.ki.se/jspui/bitstream/10616/39205/1/thesis.pdf>

Geburtsvorbereitung und Vorbereitung auf die Elternschaft erreichen einen Großteil der schwedisch sprechenden Frauen, die das erste Mal gebären (93 Prozent). Nach der Geburt sinkt die Teilnahme auf 78 Prozent ab. Frauen, die schon geboren haben, nehmen nur zu einem geringen Ausmaß an den Kursen teil.

Die derzeitige Form der Geburtsvorbereitung und Vorbereitung auf die Elternschaft während einer Schwangerschaft erreicht keine Verbesserung der Zufriedenheit der Frauen mit dem Geburtserlebnis oder der Beurteilung der elterlichen Fähigkeiten. Möglicherweise waren die Inhalte zur elterlichen Bildung zu diffus und die Trainer/innen haben zu viele Aspekte angesprochen, die schlecht messbar waren. Der Vorteil der Geburtsvorbereitungskurse ist die Stimulation der Kontakte zwischen den Teilnehmerinnen, die über die Geburt hinaus anhielten und eine wichtige Unterstützung in der neuen Rolle als Eltern darstellen, sofern die Sitzungen öfter als fünfmal stattfanden. In der jetzigen Form werden Frauen vor allem mit der Epiduralanästhesie vertraut gemacht und weniger mit Methoden, die helfen mit den Schmerzen während den Wehen umzugehen.

Weitere Evaluationen wären sinnvoll, um festzustellen zu können, welche Maßnahmen effektiv sind und welche ihr Ziel nicht erreichen und welche Ziele realistisch erreichbar sind. Auch in Hinblick auf die Kosten wäre eine Überprüfung empfehlenswert, da die Geburtsvorbereitungskurse eine wichtige Komponente im Bereich der Schwangerenvorsorge sind.

Die Untersuchung konnte wie andere europäische Studien feststellen, dass Frauen, die am meisten gefährdet sind, durch die vorhandenen Interventionen nicht erreicht werden. Möglicherweise ist die Bildung im Gruppensetting nicht die optimale Form für diese Frauen. Vielleicht wäre ein individualisierter Ansatz oder Gruppen mit bestimmten Fokus (alleinstehende Mütter, gleiche ethnische Herkunft) sinnvoller.

Die Institutionen der Gesundheitsversorgung sollten vielleicht mehr auf Frauen eingehen, die aus einem armen Land kommen, wenig gebildet sind, jung sind, arbeitslos, Raucherinnen, nicht schwedisch sprechen, bei schlechter Gesundheit sind, depressiv sind oder Angst vor der Geburt oder Stigmatisierung durch andere Teilnehmer/innen (wegen des Alters und ohne Partner) haben. Das stellt eine Herausforderung für das Gesundheitspersonal dar, da jenes Schwierigkeiten haben kann die Bedürfnisse dieser Frauen zu identifizieren. Für nicht schwedisch sprechende Frauen wäre es sinnvoll ein Dolmetsch-Service anzubieten und diese Frauen darüber informieren, dass das schwedische Gesundheitssystem nicht nur medizinische Mutter-Kind-Betreuung anbietet sondern auch psychologische Unterstützung.

Sexual Risk Taking

Maria Ekstrand

Der Zweck der Studie war es, die Sichtweise und das Verhalten schwedischer Jugendlicher im Bereich des Eingehens von Risiken in der Sexualität zu untersuchen. Vor allem die Einstellung zur Kontrazeptionsverwendung, ungeplanter Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch sollte erforscht werden, wobei bei den Mädchen der Entscheidungsprozess und die Unterstützung beim Schwangerschaftsabbruch und bei den Jungs das In-Kauf-Nehmen von sexuellen Gefährdungen und Barrieren bei der Praktizierung von safer sex beleuchtet werden sollen.

Von den Jugendlichen wurde Schwangerschaft als eine 'Katastrophe' gesehen und die Mehrheit nahm eine unterstützende Haltung zum Abbruch ein. Erfahrungen mit Sexualerziehung waren unterschiedlich, wurden aber von der Mehrheit als unbefriedigend erachtet und beide Geschlechter zeigten mangelhaftes Wissen im Bereich der reproduktiven Gesundheit. Vermeidung von Schwangerschaften wurde als Frauenaufgabe betrachtet, wobei die Mädchen teilweise hormonelle Kontrazeption wegen Angst vor negativen Nebenwirkungen ablehnten. Die Verwendung von Kondomen zu verlangen war für beide Geschlechter aus vielerlei Gründen schwierig: Angst die Intimität der Situation zu zerstören, Assoziierung mit Krankheiten, Misstrauen, Reduzierung des Vergnügens, Angst die Erektion zu verlieren. Die Jungs betrachteten das Risiko sowohl für sich als auch für die Partnerin als gering. Nur ein geringer Teil war über die Austragung einer ungeplanten Schwangerschaft besorgt, die meisten würden das Mädchen in diesem Fall versuchen zu einem Abbruch zu überreden. Für die Mädchen wäre der Abbruch normal, zwar eine schwierige Entscheidung beeinflusst vom Partner, von den Eltern, Peers und von gesellschaftlichen Normen.

Mädchen, die im Vorhinein mit der Notfallkontrazeption versorgt waren, benutzten jene öfter nach einem ungeschützten Geschlechtsverkehr als die Kontrollgruppe ohne jedoch die normale Verhütung außer Acht zu lassen. Folgerungen

- ▶ Schulen sollen die Qualität der Sexualerziehung verbessern und dem Bereich Schwangerschaftsabbruch einen breiten Raum einräumen.
- ▶ Die Gleichstellung zwischen Jungs und Mädchen bleibt weiter eine große Herausforderung und ist der Schlüssel ungewollte Schwangerschaften zu vermeiden.
- ▶ Die Einstellung, dass Frauen für die Schwangerschaftsvermeidung hauptsächlich verantwortlich sind bedarf Anstrengungen Männer/Jungs mehr in die Präventionsausübung einzubinden. Ein modifiziertes Health Belief Model (HBC)⁸ könnte helfen die Einstellung junger Männer bei riskanten Verhalten zu verstehen. Das Bild der westlichen Maskulinität in Frage zu stellen und junge Männer zu unterstützen ihre Verhütungsverantwortung anzunehmen könnten wichtig Public health-Strategien sein, um die reproduktive Gesundheit junger Menschen zu schützen.
- ▶ Die positiven Effekte des Zugangs zur Notfallverhütung sollen nicht ignoriert werden. Mädchen, die keinen Zugang haben, laufen Gefahr ungeplant schwanger zu werden. Die vorab Verteilung der 'Pille danach' verkürzt die Zeit zwischen ungeschütztem Geschlechtsverkehr und Einnahme ohne die reguläre Verhütung zu behindern. Die regelmäßige Verteilung von Notfallverhütung kann segensreich sein.

Health, Risk-Taking Behavior and Sexuality in Swedish Adolescents

Lars Holmberg

Das Ziel der Untersuchung war es Methoden zu entwickeln um Jugendliche mit ungesunden oder riskanten Verhalten im sexuellen Bereich zu identifizieren und Maßnahmen für bedürftige Jugendliche zu evaluieren und Strategien zu bewerten, die ungesundes Verhalten behindern.

Es zeigt sich, dass junge Männer, die von ungeplanten Schwangerschaften betroffen sind, von der Einbindung in den Entscheidungsprozess (ja oder nein zur Fortsetzung der Schwangerschaft) profitieren und von der Unterstützung durch Jugendkliniken ebenso wie ihre Partnerinnen.

Den Fragen und Sorgen wie Gefühle, Moral, psychologische Faktoren und Befürchtungen der jungen Männer muss Aufmerksamkeit geschenkt werden, wofür es aber adäquates Personal mit Wissen und Ressourcen bedarf. Interessant war die Erkenntnis, dass in der Gruppe mit Schwangerschaftserfahrung ein großer Teil an Selbstmord gedacht hatte und Erfahrungen mit Anabolika hatten.

Trotz massiver Sexualerziehung und leichten Zugang zur Verhütung findet ungeschützter Verkehr sehr häufig bei den 13- bis 18-jährigen statt und künftige Überlegungen sollten der Bereitstellung von Informationen gelten. Jungs und Mädchen, die eine Lehre machen entwickeln im größeren Ausmaß ein Risikoverhalten als jene, die einen höheren Schulabschluss anstreben. Dies erfordert unterschiedliche Präventionsstrategien, um die Gesundheitspflege der Jugendlichen zu verbessern. Es bedarf deshalb Kinder- und Jugendzentren, die präventive Gesundheitsprogramme entwickeln und evaluieren.

Frühzeitige Pubertät und damit älteres Aussehen kann bei Mädchen mit dem 'Risikoverhalten-Syndrom' verbunden werden, ähnliches kann aber gleichfalls auf Jungs zutreffen.

Es stellt sich die Frage, wie jungen Männern, die aus zerbrochenen Familien oder Migrantenfamilien kommen, eine bessere Gesundheitsprävention angeboten werden kann.

Eine hohe Frequenz von sexuellen Aktivitäten, inklusive hohem Risikoverhalten, war verbunden mit anderen Arten des Risikoverhaltens, sowohl bei Jugendlichen, die eine Lehre absolvierten wie auch bei jungen Männern, die von Schwangerschaften betroffen waren.

Adolescent Sexuality and Sexual Abuse – A Swedish Perspective

Karin Edgardh

<http://publications.ki.se/jspui/bitstream/10616/38439/1/thesis.pdf>

Jugendliche, die früh Sexualverkehr haben sind auch weiblich, kommen früh in die Pubertät, leben nicht mit beiden Elternteilen zusammen, machen eine Lehre oder besuchen keine Schule und verhalten sich zusätzlich riskant gegenüber Alkohol, Rauchen und Drogen. Personen, die ein zeitliches sexuelles Debüt hatten (vor dem 15 Lebensjahr, 16 Prozent) verhielten sich risikoreich mit mehreren Partnern, hatten Sex ohne gefühlsmäßige Bindungen und waren aufgeschlossen gegenüber diverser Sexpraktiken. Dadurch war diese Gruppe mehr gefährdet durch ungeplante Schwangerschaft und TIs.

Intakte Familienbeziehungen und Schulbesuch wirken schützend hinsichtlich der adoleszenten Gesundheit und dem Wohlbefinden. Schulabbrecher verhielten sich in allen Bereichen risikoreicher, hatten weniger stabile Familienbeziehungen, klagten über mentale Probleme und unerwünschte Konsequenzen auf Grund von Sex traten häufiger auf. Sexueller Missbrauch, Alkohol Drogenmissbrauch und wurden bei den Schulabbrechern häufiger beobachtet. Mädchen, die über Missbrauch berichten fanden sich unter jenen, die auch ein frühes sexuelles Debüt hatten.

Child of two Worlds

Rutgers Nisso Groep

Jugendliche von ethnischen Minderheiten haben ein höheres Risiko schwanger zu werden als holländische Teenager. Die qualitative Studie umfasst 50 Teenagermütter aus Surinam, den Niederländischen Antillen, dem südlichen Afrika und China.

Das Leben von Teenagermüttern ist komplexer, die familiäre Situation ist oft instabil und die Unterstützung der Familie ist mangelhaft. Ihre sexuelle Entwicklung ging rasch vor sich und wurde von den Eltern kaum beobachtet, wodurch die Verwendung von Kontrazeptiva negativ beeinflusst wurde, da sie nicht in der Lage waren psychologische und kognitive Fähigkeiten und auch nicht selbstbewusst im Bereich der eigenen Sexualität wurden.

Jungs spielen eine dominante Rolle in diesen Beziehungen und so nehmen die Mädchen rasch eine emotionale wie auch sexuell abhängige Haltung an. Da ihr Bildungsstand niedriger ist, sie geringere Erwartung betreffend Schule und Beruf haben, sind Beziehungen und Kinderkriegen enorm wichtig und sie befeißigen sich einer passiven und ausweichenden Haltung.

Im Bereich der Sexualerziehung sind diese Mädchen unterversorgt (Schulunterricht eher technisch und kulturell unpassend, Eltern ablehnend und negativ dem Bereich Sexualität gegenüber).

Mutterschaft ist äußerst positiv besetzt, ist ein essentieller Teil der weiblichen Identität. Die Wertschätzung, die den Müttern von der Familie entgegengebracht wird, macht Verhütung/Schwangerschaftsabbruch nicht so erstrebenswert. Daher sind Mädchen aus ethnischen Minderheiten glücklicher mit ihren Schwangerschaften, selbst wenn sie ungeplant waren, da auch ihr Kinderwunsch latent vorhanden ist. Genauso wird Vaterschaft wertgeschätzt, wodurch die Verwendung von Verhütungsmittel stark beeinflusst wird.

Der kulturelle Hintergrund in dem diese Mädchen aufwachsen unterscheidet sich sehr von jenem der Umgebung, wodurch sie in zwei verschiedenen Welten leben. Keines der Mädchen anerkannte diese Situation, sie alle sahen sich nicht anders als ein in Holland geborener Teenager und fühlten sich sichtlich nicht bewusst aufgerieben zwischen den Kulturen.

Daher kamen die Autoren zu dem Schluss, dass folgende Faktoren die Gefahr einer Teenagerschwangerschaft erhöhen: Mangelnde Offenheit und Akzeptanz der Eltern im Bereich Sexualität, kulturell bedingte Vorurteile gegenüber Kondom und Pille, fehlende Sexualerziehung, Bedeutung von Elternschaft, ungleiche Beziehungen zwischen den Geschlechtern.

Mädchen mit mangelnden Sprachkenntnissen sind kaum in der Lage sich vor Schwangerschaft und STIs zu schützen und mit den Problemen einer frühen Mutterschaft umzugehen, da ihnen der Zugang zu nötigen Informationen und Beratung fehlt. Vor allem Flüchtlinge haben andere Prioritäten (wie Status, Aufenthalt, Trauma-bewältigung) wodurch sie noch mehr gefährdet sind.

Die Entwicklung von Interventionen, die sich sowohl an Teenagermütter wie auch an Jungs und Eltern richtet erscheint sinnvoll, wobei ein individueller Ansatz effektiver sein wird, als Interventionen, die sich an Gruppen mit dem gleichen kulturellen Hintergrund richten.

Young Fathers

Rutgers Nisso Groep

Die Studie gewährt einen Einblick in die Perspektive von Jungs während der Zeit vor der Empfängnis und während des Entscheidungsprozesses den Abbruch betreffend. Es gibt Beweise, dass das Aufwachsen in einer warmen familiären Atmosphäre einen Schutzeffekt auf die Verwendung von Verhütungsmittel hat. Die genossene Sexualerziehung war unzureichend, Informationen durch die Familie speziell über die Pille und über die Notfallsverhütung waren unzureichend, und außerdem als eine Angelegenheit der Mädchen betrachtet. Die Sexualerziehung in der Schule fokussierte vor allem auf die Risiken von sexuellen Aktivitäten und STIs. Die Jungs waren wenig daran interessiert sich Informationen selbst zu beschaffen, als Info-Quelle figurierten Peers, vor allem jene der eigenen Familie. Das Thema „junge Elternschaft“ wurde weder mit den Eltern, Peers noch in der Schule besprochen. Wenn jemand in der Umgebung schwanger wurde, gab es zuerst negative Reaktionen, die sich aber bald änderten. Es war offensichtlich, dass die Jugendlichen ambivalente Botschaften über junge Elternschaft erhielten.

Die Jungs waren sich nicht ausreichend über das Risiko einer ungeplanten Schwangerschaft bewusst. Verhütung mit der Pille war Angelegenheit der Mädchen, Schutz vor STIs mit Kondomen betrafen die Jungs. Unwissenheit über Verhütung und Abneigung gegen die Kondomverwendung verstärkten das Risikoverhalten. Die Gefahr einer Schwangerschaft wurde unterschätzt und die Kommunikation zwischen den Partnern hatte selten Verhütung zum Thema. Die Beziehungen basierten auf Verliebtsein oder sexueller Anziehung, wobei Pläne für die Zukunft eher nicht existierten. Die Kommunikation war zwischen jenen besser, die verliebt waren. Die Schwangerschaft stellte für die meisten einen Schock dar und evozierte negative Reaktionen, außer bei jenen mit ethnischem Hintergrund. Die meisten verhielten sich zurückhaltend während des Entscheidungsprozesses pro oder kontra Abbruch und akzeptierten von vornherein, dass die Partnerin die dominierende Rolle spielen würde. Negative Gefühle kamen auf, wenn sie vom Entscheidungsprozess ausgeschlossen wurden. Die meisten fühlten sich verantwortlich für das Aufwachsen ihres Kindes, wodurch ihre Zukunftspläne konkreter wurden. Ablehnung kam eher von jenen, die aus chaotischen Familien stammten. Erfahrung machte die Jungs nicht klüger und sie setzten ihr risikovolles Verhalten fort, ihr Wissen hatte sich nicht verbessert. Änderungen im Verhütungsverhalten wurden meistens von der Partnerin bzw. dritten Personen initiiert.

Der Bedarf nach Unterstützung wurde hauptsächlich für ihre Rolle als Familienerhalter und Elternteil geäußert, die Haltung gegen Institutionen blieb aber trotz der erhaltenen Hilfe negativ.

Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen

pro familia und BzgA

<http://www.bzga.de/infomaterialien/forschung-und-praxis-der-sexualaufklaerung-und-familienplanung/schwangerschaft-und-schwangerschaftsabbruch-bei-minderjaehrigen-frauen/>

Jugendschwangerschaften fast immer ungewollte Schwangerschaften sind, bei etwa 90 Prozent der Teenager war die Schwangerschaft ungeplant war und nur 4 Prozent wollten schwanger werden und weitere 4 Prozent ließen es „darauf ankommen“. 8 Prozent der minderjährigen Frauen stellten ihre Schwangerschaft erst nach der 12. Woche fest, und die Möglichkeit eines Abbruchs war somit nicht mehr gegeben.

Bei 9 von 10 jungen Frauen war die Erkenntnis schwanger zu sein ein Schock, nur wenige hatten sich schon vor dem positiven Schwangerschaftstest mit der Möglichkeit eines „Unfalls“ auseinandergesetzt. Die Befragten, die sich für einen Abbruch entschieden hatten, nannten zwei Gründe und zwar die fehlenden Ressourcen für die angemessene Versorgung und Betreuung eines Kindes oder die Gefährdung der eigenen Perspektiven und Entwicklungen. Für einen Teil war die fehlende oder mangelhafte Partnerschaft, hedonistische Wünsche bei der Lebensführung und die reproduktive Selbstbestimmung der Anlass für den Abbruch.

Fast die Hälfte der jungen Frauen durchlebten reproduktive Konflikte, Zweifünftel sahen sich mit moralischen Aspekten bei ihrer Entscheidungsfindung konfrontiert.

Ein Großteil der jungen Frauen legte nach dem Abbruch ein sicheres Verhütungsverhalten an den Tag, wobei aber aus Studien bekannt ist, dass die Gefahr wieder schwanger zu werden bei jenen erhöht ist, die schon einmal schwanger waren.

Jugendschwangerschaften in Deutschland

pro familia

<http://www.profamilia.de/fileadmin/info/6960.pdf>

In Deutschland werden 8–9 von 1.000 Frauen der Gruppe der 15- bis 17-jährige Frauen jedes Jahr schwanger. Jugendschwangerschaften fast immer ungewollte Schwangerschaften sind, fast bei allen (90 Prozent) Teenagern ungeplant. Schwangerschaften oder Geburten 12-jähriger oder jüngerer Mädchen sind äußerst seltener Ereignisse. Es gibt keine Hinweise dafür, dass Migrantinnen in höherem oder geringerem Ausmaß von Teenager-Schwangerschaften betroffen sind.

Diese Studie, bei der 1.801 minderjährige Schwangere befragt wurden, lässt auf folgende Charakteristika der Gruppe der von Teenagerschwangerschaften besonders betroffenen Jugendlichen schließen:

- ▶ Soziale Benachteiligung (niedrige Schulbildung, Arbeitslosigkeit/fehlender Ausbildungsplatz) erhöht die Wahrscheinlichkeit von Jugendschwangerschaften;
- ▶ Anwendungsfehler bei Kondom und Pille sind eine unerwartet häufige Ursache solcher Schwangerschaften;
- ▶ sexuelle und emotionale Unvertrautheit der Partner erhöhen das Risiko ungewollter Schwangerschaften
- ▶ Konstellationen, in denen die sexuelle Selbstbestimmung und die Verhandlungsposition der Frau prekär sind, führen zu einem erhöhten Schwangerschaftsrisiko
- ▶ die „Pille danach“ spielt bisher eine zu geringe Rolle in der Prävention von Jugendschwangerschaften;
- ▶ sozial benachteiligte junge Frauen tragen ungeplante Schwangerschaften besonders häufig aus.

Wirkungsvolle Beiträge zur Prävention ungewollter Schwangerschaften

- ▶ Auflösung der sozialen Marginalisierung und die Entwicklung von beruflichen Perspektiven bei Hauptschülerinnen.
- ▶ Informationen für Personen mit Beziehungen zu älteren Partnern über die Risiken von Schwangerschaft und deren Reduktion
- ▶ Informationen über Anwendungsfehler und Hilfestellung bei der Fehlervermeidung bei Pille und Kondom
- ▶ Vermittlung von Wissen über Möglichkeiten der Eventualverhütung wie Coitus interruptus, wenn nicht verhütet wurde
- ▶ Informationen und Diskussionen über die vielfältigen Formen nichtkoitaler Sexualität

Vermehrte Anwendung der „Pille danach“, die lieber einmal zu viel als einmal zu wenig genommen werden soll.

Links

<http://www.childtrendsdatbank.org/>

Suche mit Indikatoren im Bereich Schwangerschaft, Kondomverwendung, Oraler Sex, sexuell aktive Jugendliche, sexuell erfahrene Jugendliche, STIs, Schwangerschaftsabbrüche, Teenagerschwangerschaften, Teenagermütter, Sex zwischen Teenagern und älteren Personen

Evaluation

What are the most effective strategies for reducing the rate of teenage pregnancies?

WHO

<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/health-evidence-network-hen/publications/hen-summaries-of-network-members-reports/what-are-the-most-effective-strategies-for-reducing-the-rate-of-teenage-pregnancies>

Teenagerschwangerschaft und frühe Elternschaft führen zu schlechtem Bildungsstandard, schlechter körperlicher und geistiger Gesundheit, Armut und sozialer Isolation. Teenagergeburten scheinen stark durch Teenagereheschließungen, dem allgemeinen Wohlstand und die Einkommensverteilung in einem Land, durchschnittliche Schulzeit und die Stärke der Gläubigkeit bedingt zu werden. Höherer Anteil des Bruttosozialprodukts, die für Sozial- und Familienausgaben verbraucht werden und ein höherer Anteil von ökonomisch aktiven Frauen korrelieren positiv mit dem Niveau der Schwangerschaftsabbrüche.

Folgende Interventionen können erfolgreich bei der Prävention von Teenagerschwangerschaften sein:

- ▶ Vermeidung von ungeplanter Empfängnis (besser als Schwangerschaften durch Abbrüche zu reduzieren)
- ▶ Unterstützung der Mutter und des Kindes durch besseren Zugang zu Bildung, Arbeit und Unterstützung
- ▶ Integration der präventiven Maßnahmen in Dienstleistungen, die mit Schwangerschaft zusammenhängen
- ▶ Bereitstellung von Sexualerziehung bevor die jungen Menschen sexuell aktiv werden in einem offenen Klima und einem positiven Ansatz gegenüber der SG und Beziehungen

Teenage pregnancy and parenthood: a review of reviews

NICE

http://www.nice.org.uk/aboutnice/whowere/aboutthehda/hdapublications/teenage_pregnancy_and_parenthood_a_review_of_reviews_evidence_briefing.jsp

Mädchen und junge Frauen der Unterschicht sind zehnmal mehr gefährdet Teenagermütter zu werden als Mädchen der Oberschicht. Kinder, die unterdurchschnittliche Leistungen in der Schule erbringen im Alter von 7 bis 16 haben ebenfalls ein signifikantes höheres Risiko früh Eltern zu werden.

Es gibt ausreichend Beweise, das ähnliches auf junge Väter (sind jene, die vor ihrem 22. Geburtstag Vater werden) zutrifft. Auch sie gehören unteren sozialen Gruppen an, haben Eltern, die finanzielle Schwierigkeiten erlebt haben und haben die Schule nach der Mindestschulzeit verlassen. Besonders bestimmte Gruppen sind gefährdet junge Eltern zu werden:

- ▶ Junge Menschen, die in Betreuung leben oder jene gerade verlassen
- ▶ Junge Menschen, die von der Schule ausgeschlossen werden, Schwänzer oder solche, die schlecht lernen
- ▶ Obdachlose junge Menschen
- ▶ Kinder von Teenagermüttern
- ▶ Angehörige bestimmter ethnischer Gruppen (Frauen aus der Karibik, Pakistan, Bangladesch)
- ▶ Junge Menschen, die in Verbrechen verwickelt sind

Trotzdem viele Forschungen in dem Bereich der Teenagerschwangerschaften durchgeführt werden fehlen Untersuchungen zu folgenden Themen:

- ▶ Es gibt wenig Belege dafür, dass Interventionen tatsächlich das Leben von Teenagereltern verbessern
- ▶ Eine Vielzahl der Studien stammen aus den USA
- ▶ Junge Männer werden oft komplett in der Literatur vernachlässigt, es bedarf dringend diesbezügliche Untersuchungen, wodurch frühe Vaterschaft verhindert werden kann und wie ihnen geholfen werden kann bei der Verbesserung ihrer Gesundheit, Berufstätigkeit und sozialer Bildung
- ▶ Die Art der Beziehung zwischen Armut, Entbehrungen und Teenager-Elternschaft ist nicht eindeutig geklärt. Zu welchem Ausmaß werden die Effekte der Teenagerschwangerschaft durch Armut bestimmt oder vermittelt.
- ▶ Außerdem würden folgende Gebiete zusätzlicher Erforschung bedürfen:
- ▶ Entwicklungsprojekte für Jugendliche scheinen erfolversprechend zu sein, wenn es darum geht Schwangerschaften zu verhindern und das Verhütungsverhalten zu verbessern.
- ▶ Die Effektivität von Aktivitäten, die auf dem Internet basieren, da dies das Medium der Jugend ist
- ▶ Als Argumentationshilfe kann bei staatlichen Förderungsgebern verwendet werden, dass durch ein Langzeitengagement Mehrkosten im Gesundheits- und Sozialbereich entstehen, und frühzeitige staatliche Investitionen könnten kostengünstiger sein.

What works for adolescent reproductive health

Victoria Ball & Kristin A. Moore

http://www.childtrends.org/Files/Child_Trends-2008_05_20_FS_WhatWorksRepro.pdf

Die reproduktive Gesundheit von US-Teenager ist nach wie vor gefährdet, die Teenagergeburten sind die höchsten in der westlichen Welt und sind wieder im Steigen begriffen und die Infektionsraten mit STIs sind sehr hoch. Basierend auf der Dateibank der Children Trends wurden Projekte und ihre Effekte auf die reproduktive Gesundheit von Jugendlichen evaluiert:

- ▶ Positive Effekt hatten Schul- und Community-Programme, aber auch klinische, solche die auf die Entwicklung Jugendlicher abzielen, Programme der frühen Kindheit, Programme für junge Mütter und Service-Learning Programs.⁹
- ▶ Umfassende Sexualerziehungsprogramme können die jugendliche reproduktive Gesundheit verbessern. Von 21 Programmen waren 11 effektiv.
- ▶ Hochqualitative, intensive Interventionen in der frühen Kindheit kann die reproduktive Gesundheit im späteren Leben beeinflussen.
- ▶ Wenn Teenagermüttern unterstützt und angeleitet werden, während ihre Kinder klein sind, sinken Schwangerschaften und Geburten.
- ▶ Programme, die in Angeboten der Gemeinschaft integrieren sind, haben einen positiven Effekt auf die reproduktive Gesundheit.
- ▶ Gefährdete Jugendliche vor allem Jugendliche aus ethnischen Minoritäten mit niedrigem finanziellen Einkommen sind erreichbar.
- ▶ Selbst Sexualerziehungsprogramme mit Kontakten, die kürzer als 15 Stunden sind, waren erfolgreich
- ▶ Programme müssen nicht für beide Geschlechter gleich gut funktionieren.
- ▶ Einige Programme sind teilweise erfolgreich und teilweise nicht. Dies hängt von der Implementierungsmethode, dem Personal und der Anpassung des Programms an die Bedürfnisse der Bevölkerung ab.

Keine Effekte wurden gefunden bei:

- ▶ Programmen, die Jobtraining und Arbeitsvermittlung inkludieren
 - ▶ Programmen der Kondomverwendung, wenn die Anwendung nicht demonstriert wird
 - ▶ Keines der Abstinenzprogramme hatte Auswirkungen auf den Zeitpunkt des/der sexuellen Debut, Frequenz der sexuellen Aktivitäten, Anzahl der Sexualpartner, Kondomverwendung, Verwendung von Verhütungsmittel, Schwangerschaften, Geburten, Reduzierung der STD-Infektion
 - ▶ Durch keines der Abstinenzprogramme wurde die Kondom- und Verhütungsmittelverwendung reduziert
- Ambivalente Effekte
- ▶ Programme, die zum Beispiel Auswirkungen auf den Glauben, Wissen, Haltungen, Absichten müssen keinen Effekt auf das Verhalten haben
 - ▶ Es gibt wenig Studien, ob die Verwendung von Kondomen einen Effekt auf die Ansteckung hat
 - ▶ Es bedarf weiterer Studien, um herauszufinden, ob und warum Programme nur für Jungs oder Mädchen erfolgreich sind und wie Inhalte geändert werden können, so dass es bei beiden Geschlechtern wirkt.

Notwendig sind:

- ▶ Kulturell adaptierte und hoch effektive Ansätze
- ▶ Programme, die sich an besonders geförderte Jugendliche wenden
- ▶ Programme, die sowohl vor Schwangerschaft und STDs schützen

Adolescent STI/HIV Prevention Programs: What Works for Teens?

Jessica M. Sales & Ralph J. DiClemente

http://www.actforyouth.net/resources/rf/rf_sti_0510.pdf

Es wurde eine systematische Beurteilung der publizierten STI/HIV-Interventionen durchgeführt, wodurch gezeigt werden kann welche Strategien funktionieren um risikoreiches Verhalten zu reduzieren:

- ▶ Fokussiere auf jene Verhaltensweisen, die am offensten für eine Veränderung sind wie zum Beispiel Kondomverwendung beim Vaginalsex. Durch einen fokussierten Ansatz sollen allein auf jene Bereiche der Verhaltensänderung abgezielt werden, die vernünftig und machbar für Jugendliche sind. Damit kann nicht nur das sexuelle Risikoverhalten reduziert werden sondern es kann langfristig zu einer nachhaltigen sexuellen Risikoreduktion kommen.
- ▶ Schneidere die Programme auf die Zielgruppe zu. Die Intervention ist vor allem dann am erfolgreichsten wenn sie auf ganz spezifische Subgruppen angepasst wird, die eine größere Auswirkung haben als breit angelegte Programme. Zielgerichtete Aktivitäten anerkennen, dass Jugendliche keine homogene Gruppen sind, sondern ein Mosaik von Subgruppen aus verschiedenen Ethnien/Kulturen, mit unterschiedlichen Risikocharakteristika,

auf verschiedenen Entwicklungsstufen, mit unterschiedlicher sexuellen Orientierung und mit Geschlechterunterschieden.

- ▶ Verwende Theorien um die Programmentwicklung zu leiten. Die Theorie des Sozialen Lernen und die Sozial-kognitive Lerntheorie wurden in den meisten erfolgreichen Programmen verwendet:
- ▶ Miteinschließen von Übungsaktivitäten
- ▶ Übungen zum Aufbau von Fähigkeiten (Rollenspiele)
- ▶ Versuche das Selbstvertrauen der Jugendlichen aufzubauen
- ▶ Sprich mehr als nur das sexuelle Risiko bei Interventionen an. Interventionen, die einen breiteren Inhalt anbieten wie Problemlösung, Fähigkeiten bei der Entscheidungsfindung, Aufbau sozialer Fähigkeiten und die den ethnischen Stolz und den Stolz auf das Geschlecht aufbauen haben den größten Effekt bei HIV/STI Reduzierungen. Entscheidungen im sexuellen Bereich zu treffen ist ein komplexes Verhalten und wird beeinflusst durch eine breite Palette von Faktoren. Die Entwicklung von Kompetenzen in einem Bereich bietet die Möglichkeit die Fähigkeit von Jugendlichen bei den Entscheidungen im sexuellen Bereich zu unterstützen.

The impact of schools and school programs upon adolescent sexual behavior.

Douglas Kirby

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1403498/?page=1>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1403498/?page=20>

Der größte Teil der Programme zur Sexualerziehung und HIV-Prävention in den USA fokussieren auf Abstinenz, Verhütung, Schwangerschaft, STD und HIV/AIDS. Diese Interventionen erhöhen nicht die sexuelle Aktivität und beschleunigen auch nicht das Vorkommen von Geschlechtsverkehr bei älteren Schülern. Weniger konsistent sind die Studien hinsichtlich jüngerer Schüler. Bei Programmen mit Informationen über Verhütung kann eine Verzögerung des sexuellen Debuts festgestellt werden

Der Autor identifizierte 23 Studien von Schulprogrammen und maß deren Auswirkungen auf Verhaltensänderungen. Nicht alle Programme der Sexualerziehung und HIV-Prävention hatten Auswirkungen, aber bei einigen konnte festgestellt werden, dass sie das sexuelle Debut hinausschoben, die Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs und die Zahl der Sexualpartner/innen reduzierten oder die Verwendung von Kondomen oder Kontrazeptiva erhöhten und damit die Gefahr von ungeplanten Schwangerschaften oder HIV-Infektionen minderten. Es konnten sechs klar erkennbare Kriterien bei effektiven Programmen festgestellt werden:

- ▶ Theoretische Grundlagen finden sich im Social-learning und Theorien des sozialen Einflusses
- ▶ Ein klar umschriebener enger Fokus bei der Reduzierung von Risikoverhalten
- ▶ Experimentelle Aktivitäten um Informationen über Risikoverhalten und Art der Risikovermeidung zu vermitteln und um diese Informationen für sich selbst adaptieren zu können
- ▶ Schulung über sozialen Einfluss und Druck
- ▶ Bestärkung der individuellen Werte und Gruppennormen gegen ungeschützten Sex, die dem Alter und den Erfahrungen entsprechen
- ▶ Aktivitäten, die einschlägige Fähigkeiten stärken und das Vertrauen in diese Fähigkeiten vertiefen

Bis heute gibt es keinerlei Beweise, dass Programme, die nur auf Abstinenz fokussieren, einen Einfluss auf die Verzögerung des sexuellen Debuts/des Geschlechtsverkehrs oder auf die Häufigkeit von Geschlechtsverkehr haben.

Programme sollen sowohl altersgerecht, wie auch den gemachten Erfahrungen angepasst sein. Daher sollten Programme für jüngere Jugendliche mehr auf den Aufschub des Geschlechtsverkehrs abzielen und Programme für ältere Mädchen und Jungs mehr auf die Verwendung von Kondomen und anderen Verhütungsmittel.

Effective approaches to reducing adolescent unprotected sex, pregnancy, and childbearing.

Douglas Kirby

<http://www.thefreelibrary.com/Effective+approaches+to+reducing+adolescent+unprotected+sex,...-a087080441>

Wirksame Programme zur Reduzierung von ungeschütztem Sex zeichnen sich durch 10 klar erkennbare Kriterien aus. Diese Kriterien spiegeln Aspekte der effektiven Pädagogik wieder und sind ähnlich jenen, die verwendet werden bei der Drogenprävention.

Wirksame Programme

- ▶ Fokussierten auf die Reduktion von einer oder mehr Verhaltensweisen, die zu ungeplanten Schwangerschaften oder STD-Infizierungen führen
 - ▶ Sind auf theoretische Ansätze gegründet, die sich als effektiv erwiesen haben bei der Beeinflussung von anderen Arten des Risikoverhaltens. Außerdem basieren sie auf die Ergebnisse von Studien, die die wichtigen Determinanten von ausgewähltem Verhalten im Bereich der Sexualität, der Kondom- und Verhütungs-Verwendung
 - ▶ Übermittelten eindeutige Botschaften über sexuelle Aktivität, Kondom- und Verwendung von Kontrazeptiva und bekräftigten kontinuierlich diese Botschaften
 - ▶ Stellten präzise Basisinformationen über das Risiko der sexuellen Aktivitäten bei Teenager bereit und über Methoden wie Geschlechtsverkehr zu vermeiden ist oder wie der Schutz gegen ungeplante Schwangerschaften und STD anzuwenden ist
 - ▶ Beinhalteten Aktivitäten, die den sozialen Druck, der das Sexualverhalten beeinflusst, ansprechen
 - ▶ Boten Kommunikationsmodelle und -anleitungen, Verhandlungs- und Ablehnungsfertigkeiten an
 - ▶ Verwendeten eine Vielzahl von Lernmethoden, die so aufgebaut waren, dass sie die Teilnehmer einbanden und jene die Informationen für sich selbst adaptieren konnten
 - ▶ Verwendeten Verhaltensziele, Unterrichtsmethoden und Materialien, die dem Alter, der sexuellen Erfahrung und der Kultur der Schüler angemessen waren
 - ▶ Währten ausreichend lange um wichtige Aktivitäten adäquat umzusetzen
 - ▶ Wählten Lehrer und Peers aus, die sich für das Programm engagierten und boten ihnen Training an
- Programme der Sexualerziehung und der HIV-Prävention, medizinische Richtlinien und Service-Learning-Programme ergänzen einander. Die ersten beiden fokussieren auf die sexuelle Antezedens des sexuellen Risikoverhaltens (sexuelle Überzeugungen, Haltungen, Normen, Selbstwertgefühl) in verschiedenen Settings und verschiedenen Ausführungen (Gruppen versus Einzelperson) währenddessen Service-Learning-Programme die nicht-sexuelle Antezedens (Beziehung zu Erwachsenen, Zukunftsvorstellungen) abdecken. Es scheint, dass Programme, die sowohl eine sexuelle wie nicht-sexuelle Komponente haben, effektiver sind als solche, die nur mit einer Antezedens arbeiten.

Das bedeutet nicht, dass alle Jugendliche das gleiche, gesamte Programm durchlaufen müssen, sondern basierend auf der Kenntnis der Gründe, die ihr Risikoverhalten bewirken, soll das adäquate Programm gewählt werden.

Behavioral interventions to reduce incidence of HIV, STD, and pregnancy among adolescents: a decade in review.

L. Robin, P. Dittus, D. Whitaker, R. Crosby, K. Ethier, J. Mezo, K. Miller, K. Pappas-Deluca

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18646068>

Die Autoren beurteilten 44 Studien, die 58 Interventionen mit 18.585 Teilnehmern evaluierten. Die Aktivitäten setzten sich zusammen aus:

- ▶ 26 Interventionen mit Kleingruppen
- ▶ 21 Interventionen auf der individuellen Ebene
- ▶ 11 Interventionen auf der Community-Ebene

16 der 58 Interventionen fokussierten auf HIV-Positive, 40 Interventionen reduzierten die Möglichkeiten bzw. die Partner von ungeschütztem Analsex um 27 Prozent im Vergleich zu keinen Interventionen, die restlichen 18 Programme bewirken Veränderungen im Bereich von 17 Prozent.

Die besten Ergebnisse erzielten jene Interventionen

- ▶ Die maximal einen Monat dauerten, aber ein Follow-up hatten
- ▶ Bei Männern, die Sex mit Männern hatten, aber nicht homosexuell waren
- ▶ Deren Teilnehmerkreis zu 90 Prozent weiß war
- ▶ Die die Entwicklung von persönlichen Fähigkeiten ansprachen (Bereithaltung von Kondomen und Selbstkontrolle)
- ▶ Deren Teilnehmerkreis auf der Community-Ebene ein zufälliger war

Es bedarf zusätzlicher Forschung um zu klären:

- ▶ welche Verhaltensstrategien (Reduzierung von ungeschütztem Analsex und Anzahl der Partner, Vermeidung von seropositiven Partnern, Reduzierung von geschütztem Analsex) am effektivsten sind, bei der Reduzierung der Infektionsraten von Männern, die Sex mit Männern haben,
- ▶ welche Botschaften am effektivsten sind beim Propagieren dieses Verhaltens, mit welchen Methoden und in welchem Setting diese Botschaften am besten transportiert werden.

Bedarf und Ansprüche von sozial benachteiligten Jugendlichen an die sexualpädagogischen Angebote von Beratungsstellen

pro familia

http://www.profamilia.de/fileadmin/profamilia/BV_Fo_Projektbeschreibung_Jan_2011.pdf

Im Rahmen des Safe II-Projekts, in das 13 europäische Familienplanungsorganisationen eingebunden sind und das von der EU finanziert wird und mit der Unterstützung der WHO durchgeführt wird, soll das Bewusstsein für sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte bei Jugendlichen gestärkt werden. Die Befragung von Klienten/innen der zweier pro familia Beratungsstellen dient der Erkundung des Bedarfs und der Wünsche der infrage kommenden Jugendlichen, aber auch die Meinungen der Beratungsteams und der Kooperationspartner werden erhoben. Die Angebote „Teens plus Baby“, „Jugendsprechstunde“ und „Kondomführerschein“ stehen so auf dem Prüfstand, deren Übertragbarkeit und Generalisierung wird getestet und Verbesserungsmöglichkeiten sollen als Folge der Studie angedacht werden.

Links

<http://www.childtrendsdatbank.org/>

Suche mit Indikatoren im Bereich Schwangerschaft, Verwendung von Kondomen ,oraler Sex, sexuell aktive Jugendliche, sexuell erfahrene Jugendliche, STIs, Schwangerschaftsabbrüche, Teenagerschwangerschaften, Teenagermütter, Sex zwischen Teenagern und älteren Personen

Kinderwunsch, Kinderlosigkeit und Politik¹⁰

Ursachen für Veränderung der Familiengrößen

Heute hängt die Entscheidung Kinder zu haben von der Erfüllung von fünf Voraussetzungen¹¹ ab:

- ▶ Leben in einer aufrechten Partnerschaft
- ▶ Abgeschlossene berufliche Ausbildung
- ▶ Eigene vier Wände
- ▶ Berufstätigkeit mit einem angemessenen Einkommen
- ▶ Gewisse Sicherheit

Die Unterstützung durch den Partner ist für 73 Prozent der Frauen und 75 Prozent der Männer bei der Entscheidung für ein zweites Kind neben der Gesundheit der Mutter (78 Prozent/79 Prozent) ausschlaggebend. Die Verfügbarkeit von Kinderbetreuung und die Möglichkeit Elternzeit in Anspruch zu nehmen ist für Frauen wichtiger als für Männer.¹²

In den verschiedenen europäischen Ländern finden sich große Unterschiede zwischen der gewünschten und der tatsächlichen Familiengröße. Neben ökonomischen (Kosten, die durch Kinder verursacht werden, Arbeitslosigkeit, Verluste durch nicht ausgeübte Berufstätigkeit), sozialen (Individualismus, fehlender Partner/in, limitierte Karrierechancen, kulturell definierte Geschlechterrollen, nicht verfügbare Kinderbetreuung), biologischen (Infertilität, Unfähigkeit eine Schwangerschaft auszutragen) Ursachen können auch sogenannte Tempoeffekte (Aufschieben von Geburten) dafür der Auslöser sein.

Länder	TRF	TRF mit Berücksichtigung des Tempoeffekts	Tempoeffekte	Gewünschte Familiengröße
BRD	1,38	1,51	0,13	1,7
Dänemark	1,79	2,04	0,25	2,4
England und Wales	1,71	1,85	0,14	2,5
Finnland	1,75	1,89	0,14	2,5
Frankreich	1,79	1,96	0,17	2,5
Griechenland	1,3	1,63	0,33	2,3
Irland	1,89	2,18	0,29	2,5
Italien	1,21	1,64	0,43	2,1
Niederlande	1,60	1,73	0,13	2,1
Österreich	1,36	1,5	0,22	1,7
Portugal	1,47	1,73	0,26	2
Spanien	1,18	1,46	0,28	2,0
Schweden	1,67	1,85	0,28	2,4
Geburtenraten (TRF) und gewünschte Familiengröße (2001, adaptiert) ¹³				

Studien zeigen auf, dass die Familien mit mehr Kindern gewünscht werden, wenn die Mehrheit der Bevölkerung die Meinung vertritt, dass Männer und Frauen im gleichen Ausmaß an der Betreuung von Kindern und der Übernahme von familiären Verpflichtungen beteiligt sein sollen. Neben der tatsächlichen Vereinbarkeit Familie und Beruf hat die Meinung der Gesellschaft und der Mütter über den Konflikt zwischen Mutterschaft und Karriere einen starken Einfluss auf die Entscheidung für weitere Kinder (zum Beispiel Bewertung der „Rabenmütter“¹⁴). Wenn Paare die Vorteile Kinder zu haben im Verhältnis zu den Opportunitätskosten positiv bewerten (wie zum Beispiel Bereicherung ihres Lebens), tendieren sie oft dazu sich für weitere Kinder zu entscheiden. Die Größe dieser Faktoren (ökonomisch, sozial, biologisch) liegen im Durchschnitt bei etwa 0,6 Geburten pro Frau und der Tempo-Effekt beträgt etwa 0,25 Geburten pro Frau und somit differiert im Durchschnitt die gewünschte von der tatsächlichen Familiengröße etwa 0,8 bis 0,9 Geburten pro Frau.¹⁵

Pronatalistische Politik

Es sind keine Anzeichen dafür vorhanden, dass die ideellen Veränderungen, die die Geburtenraten in die Nähe des Ersetzungsniveaus gebracht haben, rückgängig gemacht werden können. Aber eine Vielzahl von Möglichkeiten ist für die Politik vorhanden, um Kinderkriegen mit Bildung und Kinderkriegen mit Berufstätigkeit zu kombinieren und die Vereinbarkeit von Kinderkriegen mit anderen Rollen zu fördern und zu unterstützen.

Frankreich und die nordischen Länder haben seit Jahren eine erfolgreiche „pronatalistische“ Familienpolitik betrieben. Speziell in Skandinavien bewirkt die gerechte Aufteilung der Betreuung der Kinder und die gemeinsame Übernahme der familiären Verpflichtungen höhere Geburtenraten als in Deutschland und Österreich und den südeuropäischen Ländern. Neben einer umfassenden staatlichen Kinderbetreuung und einem hohen Elterngeld, werden Familien nicht in die Armut gedrängt, wenn sie sich für ein weiteres Kind entscheiden. Frankreichs Politik zielt seit Jahren auf eine umfassende außerhäusliche Betreuung von Kleinkindern ab und bietet mit dem Ganztagschulsystem Müttern die Möglichkeit einen Beruf auszuüben und verhindert damit auch die negative Beurteilung von berufstätigen Müttern, die Vollzeit arbeiten.

In den meisten europäischen Ländern liegt, wie vorhin dargestellt, die gewünschte Familiengröße über 2 Kinder. Im Gegensatz dazu finden sich Deutschland und Österreich, wo der Kinderwunsch mit etwa 1,7 Kind angegeben wird und die Zahl der Kinderlosen bei 25 Prozent liegt. Ursachen können an kulturell basierten Traditionen festgemacht werden, aber auch daran, dass das Leben ohne Kinder zu einem gesellschaftlich akzeptierten Lebensstil wurde.¹⁶

Als nicht „kindfördernd“ gelten gesellschaftliche Einstellungen und politische Maßnahmen:

- ▶ Arbeitende Mütter sind schlechte Mütter (traditionelle Verteilung der Geschlechterrollen, Ablehnung der außerhäuslichen Betreuung von Kindern¹⁷)
- ▶ Unterstützung des Breadwinner/Housewife Model (fehlende Kinderbetreuung bis zur Einschulung kombiniert mit langem bezahlten Elternurlaub erschwert neuerliche Integration in den Beruf)
- ▶ Fehlende Ganztagschulen
- ▶ Unzureichende Dienstleistung bei der Betreuung von Kleinkindern
- ▶ Hohe Kosten der Kinderbetreuung
- ▶ Ungerechtes Steuersystem (Alleinerhaltende Väter werden bevorzugt gegenüber berufstätige Väter und Mütter)¹⁸
- ▶ Förderungen die auf Paare/Einzelpersonen, die keine Kinder wollen abzielen, verfehlen den Zweck, werden aber von fortpflanzungswilligen Personen in Anspruch genommen.
- ▶ Berufstätigkeit von Frauen wird konterkariert, wenn Benefits verlustig gehen und Steuererhöhungen für die Familie damit verbunden sind
- ▶ Fehlende Transparenz bei der Palette der Ansprüche

Politische Maßnahmen einer familienfreundlichen Politik scheinen in Ländern wie Deutschland und Österreich keinen unbedingten Erfolg zu haben, wenn man die Ausgaben für die entsprechenden Maßnahmen der Geburtenrate gegenüberstellt. Neben unzureichenden Dienstleistungen im Bereich der frühen Kinderbetreuung und der Ganztagschulen, scheinen Geldleistungen auf das lange Verbleiben von Frauen im Elternurlaub abzielen, die Rückkehr in den Beruf zu erschweren und mit der gesellschaftlichen Haltung gegenüber berufstätigen Frauen die Umsetzung des Kinderwunsches zu torpedieren.

Europäische öffentliche Ausgaben für Familienunterstützung in Prozenten des BNE ¹⁹ und Geburtenrate ²⁰					
	Geldleistungen	Dienste	Steuerermäßigung	Total	TFR (2006)
Frankreich	1,39	1,62	0,77	3,79	2,00
Luxemburg	3,08	0,52	0,00	3,60	1,65
Großbritannien	2,21	0,99	0,35	3,55	1,84
Dänemark	1,55	1,83	0,00	3,38	1,83
Schweden	1,52	1,69	0,00	3,21	1,85
Belgien	1,66	0,94	0,52	3,12	
Ungarn	1,89	1,22	–	3,11	1,34
Deutschland	1,43	0,74	0,87	3,04	1,32
Finnland	1,60	1,37	0,00	2,97	1,84
Island	1,26	1,70	0,00	2,97	2,08
Norwegen	1,58	1,26	0,12	2,95	1,90
Österreich	2,37	0,47	0,04	2,88	1,40
Irland	2,21	0,27	0,10	2,58	1,90
Niederlande	0,64,	1,01	0,61	2,26	1,70
Tschech. Republik	1,17	0,57	0,45	2,18	1,33
Slowakei	1,72	0,40	0,00	2,12	1,24
Zypern	1,88	0,23	–	2,11	1,47
Slowenien	1,39	,058	–	1,97	1,31
Portugal	0,68	0,80	0,18	1,67	1,35
Estland	1,43	0,07	–	1,50	1,55
Rumänien	1,25	0,16	–	1,42	1,31
Schweiz	1,02	0,32	–	1,34	1,43
Italien	0,58	0,73	0,00	1,30	1,32
Lettland	1,08	0,22	–	1,30	1,35
Spanien	0,45	0,69	-0,10	1,24	1,38
Litauen	0,79	0,40	–	1,19	1,31
Polen	0,84	0,29	-0,04	1,17	1,27
Griechenland	0,70	0,39	–	1,08	1,39
Bulgarien	0,96	0,09	–	1,05	1,37
Malta	0,77	0,10	–	0,87	1,41
Türkei	0,02	0,01	–	1,02	

Endnoten

- 1 Miller LJ: Denial of pregnancy, in Infanticide: Psychosocial and Legal Perspectives on Mothers Who Kill.
- 2 Deutscher Ethikrat: anonyme Geburt
<http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-das-problem-der-anonymen-kindesabgabe.pdf>
- 3 Deutscher Ethikrat: anonyme Geburt
<http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-das-problem-der-anonymen-kindesabgabe.pdf>
- 4 Statistisches Bundesamt: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe Adoptionen
<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Sozialleistungen/KinderJugendhilfe/Adoptionen,templateld=renderPrint.psml>
- 5 Madeleine Bierlein: Ein Brief an das Kind
<http://www.frankreich-sued.de/generale-server/soziales/anonyme-geburt.htm>
- 6 Jennifer Jaque-Rodney: Familienhebammen
<http://familienhebamme.de/wir.php>
- 7 Olds DL (2006) The Nurse-Family Partnership: an evidence-based preventive intervention. Infant Mental Health J 27:5–25
http://www.childhealthpolicy.sfu.ca/research_quarterly_08/rq-pdf/RQ-1-11-Winter.pdf
- 8 HBM bietet ein konzeptionelles Regelwerk, das Faktoren identifiziert, die das menschliche Verhalten in Relation zur persönlichen Gesundheit setzt
- 9 Service learning is a teaching method that combines academic instruction, meaningful service, and critical reflective thinking to enhance student learning and civic responsibility.
- 10 Basiert auf einer Literaturrecherche von Elisabeth Pracht für IPPF EN (International Planned Parenthood European Network) für ein internes Arbeitsdokument "Policy responses to fertility trends in Europe and Central Asia"
- 11 Francesco C. Billari: The Happiness Commorality: Fertility Descision in Low Fertility Settings
http://www.unece.org/pau//_docs/ggp/2008_GGP_2008_GGConf_publ_1_Chapter-1.pdf
- 12 Maria Rita Testa: Childbearing preferences and family issues in Europe: evidence from the Eurobarometer 2006 survey
http://hw.oeaw.ac.at/0xc1aa500d_0x0017f0e8.pdf
- 13 John Bongaarts: What can fertility indicators tell us about pronatalist policy options?
http://hw.oeaw.ac.at/0xc1aa500d_0x001c969f.pdf
- 14 DER SPIEGEL: Mütter, entspannt euch!(10/2010)
<http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-69407397.html>
- 15 John Bongaarts: What can fertility indicators tell us about pronatalist policy options?
http://hw.oeaw.ac.at/0xc1aa500d_0x001c969f.pdf
- 16 TomášSobotka: Childless Societies? Trends and Projections of Childlessness in Europe and the United States
[http://www.oeaw.ac.at/vid/download/sobotka/Sobotka2005_Childlessness Prozent20in Prozent20Europe.pdf](http://www.oeaw.ac.at/vid/download/sobotka/Sobotka2005_Childlessness%20in%20Europe.pdf)
- 17 Tobias Fritschi & Tom Oesch: Volkswirtschaftlicher Nutzen von frühkindlicher Bildung in Deutschland
http://www.bertelsmann-stiftung.de/bst/de/media/xcms_bst_dms_23966_23968_2.pdf
- 18 OECD: Neutrality of tax/benefit systems
<http://www.oecd.org/dataoecd/10/7/40352217.pdf>
- 19 OECD: Public spending on family benefits
<http://www.oecd.org/dataoecd/45/46/37864391.pdf>
- 20 Eurostat: Eurostat regional yearbook 2009
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-CD-09-001-03/EN/KS-CD-09-001-03-EN.PDF

pro familia-Bundesverband, Stresemannallee 3, 60596 Frankfurt am Main,
Telefon 069 639002, Fax 069 639852
Der pro familia Bundesverband wird gefördert vom Bundesministerium für
Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend