

Raimund Geene, Nicola Wolf-Kühn

Frühe Hilfen und kinderärztliche Vorsorge – Was wünschen sozial belastete Eltern?

1. Erkenntnisinteresse

Mit dem Bundeskinderschutzgesetz 2012 sind die Frühen Hilfen aufgewertet worden zu einem flächendeckenden Angebot, um möglichst frühzeitig Eltern in belasteten Lebenssituationen Hilfe und Unterstützung anbieten zu können (Sann et al. 2013). Offene Fragen sind dabei insbesondere, wie Familien und besonders Mütter in sozialen Belastungslagen sinnvoll und in eigenem Interesse angesprochen werden können, und wie und welche Formen der Hilfe in den jeweils spezifischen Belastungssituationen angemessen sind, so dass sie die Hilfen gerne annehmen und ihnen nützen (NZFH 2014). In diesem Sinne soll das 2007 gegründete Nationale Zentrum Frühe Hilfen den Aufbau von Angeboten fördern, die insbesondere sozial benachteiligte Mütter und junge Familien unterstützen und sie stärken, ihre Aufgaben als Eltern zu bewältigen und damit auch die gesunde Entwicklung ihrer Kinder zu ermöglichen.

Die Diskussion um Kinderarmut und den damit verbundenen Entwicklungsrisiken der Kinder ist jedoch auch durch ordnungspolitische Aspekte geprägt. Kindesvernachlässigung soll durch stärkere Kontrolle verhindert werden. Dabei werden Kontrollbesuchen bei Familien und verpflichtenden Kindervorsorgeuntersuchungen (U's) durch Kinderärzt/innen eine Schlüsselfunktion zugesprochen. Die Unterstützungsleistungen werden von Familien schwankend zwischen Hilfe und Kontrolle wahrgenommen. Damit verbunden ist das Problem, dass die Angst vor Kontrolle Zugang und Wahrnehmung von Hilfsangeboten verhindern kann (Geene & Gold 2009).

Gesundheitsbezogene Interventionen sollten sich an den Bedürfnissen der Nutzer/innen - also sozial benachteiligten Familien – orientieren, werden aber von Expert/innen mit einer anderen Lebensweise konzipiert. Die Sichtweise der Nutzer/innen ist darum Ausgangspunkt unserer Erkenntnisinteressen:

- Wie sehen sozial benachteiligte Mütter (und Väter) die Vorsorge-U's bei dem Kinderarzt/der Kinderärztin
- Welche Frühen Hilfen würden sie bevorzugen?

2. Studiendesign

Im Rahmen eines Lehrforschungsprojektes an der Hochschule Magdeburg-Stendal werden seit 2007 fortlaufend und bislang knapp 100 sozial benachteiligte und einige besser gestellte Mütter sowie zwei Väter mit qualitativen Interviews an Hand eines dazu entwickelten Interviewleitfadens zu ihren Ressourcen, ihren Erfahrungen im Gesundheitssystem (Schwangerschaft und Geburt), ihrer Sichtweise der Kindervorsorge-U's sowie zu verschiedenen Angebote der Frühen Hilfen befragt.

In einem Projektseminar an der Alice Salomon Hochschule Berlin wurde vergleichend mit dem gleichen Leitfaden ebenfalls Befragungen von Müttern durchgeführt. Hier wurden sieben Interviews mit jungen Müttern realisiert, die in einem sozial benachteiligten Stadtteil im östlichen Berlin leben. Der SES der befragten Frauen ist größtenteils niedrig, bzw. mittel bis niedrig. Nur eine Interviewpartnerin weist mit Realschulabschluss und abgeschlossener Ausbildung einen mittleren SES auf. Der Kontakt zu allen Interviewpartnerinnen kam über Einrichtungen zustande, die Eltern-Kinder Treffs wie beispielsweise Familiencafés oder Krabbelgruppen anbieten. Alle Befragten sind also - im Gegensatz zur Stendaler Stichprobe - Nutzerinnen von familienorientierten Angeboten.

Insgesamt liegen zum Stichtag 1. April 2014 108 qualitative Interviews in Transkriptionen und mit Auswertung vor.

3. Gesundheitswissenschaftlicher Hintergrund

Die Kindervorsorge-U's in ihrer jetzigen Form folgen einem sekundärpräventiven Ansatz. Es geht dabei darum, möglichst frühzeitig Störungen zu entdecken, um eine frühe Behandlung oder Frühförderung einzuleiten. Durchgeführt werden sie von Pädiater/innen. Die Kinderärzt/innen suchen z. B. nach angeborenen Stoffwechselstörungen, nach Epilepsie im Säuglings- oder Kleinkindalter, nach Bewegungsstörungen, die durch Komplikationen während der Geburt entstanden sind, nach Fehlbildungen des Zentralnervensystems, der Sinnesorgane (z.B. Seh- oder Hörstörungen) sowie auch nach motorischen, sprachlichen, kognitiven oder emotional-sozialen Entwicklungsstörungen.

In der Gesellschaft ist Früherkennung hoch akzeptiert. Die Bedeutung ärztlicher Vorsorge-Untersuchungen ist moralisch aufgeladen. Sie setzt Medizin in der Regel gleich mit Gesundheit, noch zusätzlich gewichtet durch den Bezug auf das Kind. Das Wort Vor-Sorge signalisiert, hier werde verantwortungsbewusst und auf die Zukunft gerichtet gehandelt. Jedoch weisen diese Untersuchungen aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht sowohl einige Qualitätsdefizite als auch konzeptionelle Mängel in Bezug auf sozial benachteiligte Familien auf:

- Teilnahme: Sozialer Gradient
- Schwerpunkt auf medizinischen Entwicklungsrisiken/Krankheiten
- „Späterkennung“ bei Kindern mit milieubedingten Entwicklungsstörungen, diese Entwicklungsstörungen werden oft erst bei Schuleingangsuntersuchungen erkannt
- Screening auf Kindesvernachlässigung ist im Rahmen der U's nicht durchführbar (Stellungnahme des Gemeinsamen Bundesausschusses 2007)
- Nutzenbewertung der einzelnen U's steht weitgehend aus (Probleme: variable Entwicklungsverläufe, Über- u. Unterdiagnostik)
- Primärpräventive Elternberatung des Kinderarztes/der Kinderärztin wird nicht vergütet
- Kaum Vermittlung an familienorientierte Formen Früher Hilfen (im Überblick: Geene et al. 2013)

Der Frühe Hilfe-Ansatz von Früherkennung plus Frühförderung scheint bei sozial benachteiligten Familien darum weniger effektiv. Angemessen scheinen Familien stärkende Hilfen im Vorfeld der Frühförderung.

4. Modifikation des Family Adversity Index

Bislang konnten also 108 Interviews in die Analyse einbezogen werden. Die Auswahl der Interviewpartnerinnen ist keinesfalls repräsentativ für alle Mütter, sondern hat ihren Schwerpunkt bei jenen, von denen begründet angenommen wird, dass sie in großem Umfang Hilfen benötigen. Für die Analyse haben wir die Familien nach sozioökonomischem Status (SES: operationalisiert anhand des Bildungsstandes und der materiellen Situation) sowie dem Family Adversity Index (FAI) klassifiziert und die Aussagen der sozial benachteiligten Mütter mit den statushöheren Müttern kontrastiert. Allerdings ist aufgrund des erreichbaren Samplings auch hierbei nicht von einem repräsentativen Abbild sozialer Belastungen auszugehen.

Die befragten Mütter wurden nach ihrem sozialökonomischen Status (SES) mit den Indikatoren Bildungsabschluss und materielle Lage in drei Gruppen unterschieden (niedrig, mittel, hoch). Der FAI, d. h. die familiären Risikofaktoren für kindliche Entwicklungsstörungen, ist für die Mütter mit unterem SES hoch, für die anderen mit geringem Risiko. Dies sind selbstredend relative Angaben, gewählt auf dem Erkenntnisinteresse sozialer Differenzierbarkeit, gleichwohl ethisch hinsichtlich ihrer Zuschreibungsgefahr immer auch kritisch zu reflektieren.

Der FAI ist ein Wahrscheinlichkeitsmaß für psychosoziale Entwicklungsrisiken von Kindern, in verschiedenen Varianten entwickelt und eingeführt von Rutter & Quinton (1977), Laucht u.a. (1997) sowie Becker u.a. (2004). Das Instrument wurde entwickelt im Rahmen quantitativ-empirischer Studien als Index zur Zusammenfassung verschiedener Variablen nach einer bestimmten Messvorschrift, in diesem Fall als Weiterentwicklung von Indizes zur Differenzierung sozialer Schichten. Solche Formen der Messmethodik gehen, belegt durch zahlreiche empirische Studien, davon aus, dass kumulierte Risiken aussagekräftiger als einzelne identifizierte Risiken, denn Risikofaktoren treten in der Realität im Verbund auf. Ein Risikofaktor ist dabei definiert als ein Faktor, der die Wahrscheinlichkeit erhöht, eine Krankheit zu bekommen oder auch einen ungünstigen Entwicklungsverlauf zu erleben. Soziales Kapital, d.h. vorhandene oder fehlende soziale Unterstützung durch kleine soziale Netzwerke wie Familie, Freunde, Nachbarn, ggf. auch Hebamme erweist sich als ein äußerst wichtiger Faktor, den man im FAI stärker gewichten muss und den wir entsprechend in unserer Anpassung verstärkt haben. Mütter in ansonsten recht ähnlichen sozialen Verhältnissen (alleinerziehend, geringes Einkommen, sehr jung usw.) unterscheiden sich in der Bewältigung ihrer Mütteranforderungen und Belastungen stark, je nach diesen Faktor "soziale Unterstützung". Beispiele dazu folgen später. Die von uns vorgenommene Ausrichtung und Operationalisierung des FAI verweist insbesondere darauf, dass sich soziale Ungleichheitslagen in verschiedenen Regionen unterschiedlich manifestieren können. Entsprechend sind sie jeweils den konkreten sozialräumlichen Situationen anzupassen.

5. Vorannahmen/ Hypothesen

Auch wenn die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen durch statusniedrigere Mütter in der Vergangenheit unterdurchschnittlich war – ein Befund, der sich durch das in den vergangenen Jahren eingeführte verbindliche Einladewesen auch bei älteren Kindern weitgehend aufgehoben hat – ist die entsprechende Beteiligung im Vergleich zu den Vorsorgeuntersuchungen für Erwachsene in jedem Fall hoch. Von den befragten Eltern der Studie haben tatsächlich nach Selbstauskunft alle an sämtlichen vorgesehenen Früherkennungsuntersuchungen für ihre Kinder teilgenommen. Auch das "Gelbe Heft", in dem die Teilnahme dokumentiert wird, hatten alle parat.

In der medizinsoziologischen Literatur wird die vormals geringere Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen durch sozial benachteiligte Gruppen (mit niedrigem SES und hohem FAI) erklärt mit der sozialen Distanz und dem Bildungsgefälle zwischen Ärzt/innen und Patienten und entsprechenden negativen Erfahrungen (im Überblick: Meurer und Siegrist 2005). Die Mütter bzw. Eltern mit niedrigem sozialem Status in unserer Untersuchung haben alle in vollem Umfang die U-Untersuchungen wahrgenommen. Das ist auch deshalb erstaunlich, weil ihre Vorerfahrungen mit medizinischen Einrichtungen keineswegs anders und positiver waren, als dies aus der Literatur bekannt ist.

Die Interviews fokussieren auf die Erfahrungen der Mütter mit der Medizin während der Schwangerschaft (Frauenärzt/innen) und bei der Geburt (Krankenhaus), sowie bei den laufenden Vorsorgeuntersuchungen und bei Krankheit der Kinder (Kinderärzt/innen). Die Auswertung der Interviews erfolgte auch durch den Vergleich zwischen den sozial benachteiligten und einigen sozial bessergestellten Müttern. Bei den sozial am schlechtesten gestellten Frauen kommen häufig folgende Merkmale zusammen: sehr frühe und ungewollte Mutterschaft, ohne Väter der Kinder, allein erziehend, keine oder kaum Unterstützung durch die kleinen Netze aus Familienangehörigen, Freunden und Nachbarn, oft bereits selbst aus zerstörten Familien stammend und in schlechten und ungesicherten materiellen Verhältnissen lebend.

In diesem Bericht wird Material aus den anonymisierten Interviews insbesondere zu zwei Aspekten vorgestellt, die eine hohe praktische Relevanz haben können:

- Erstens wird der Frage nachgegangen, warum gerade diese - auch innerhalb der Unterschichtzugehörigkeit - am meisten benachteiligten Mütter - auch im Vergleich zu den besser- und gut gestellten Müttern - den Besuch der ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen als besonders wichtig erachten.
- Zweitens wird diskutiert, warum gerade diese Müttergruppe, von der man doch annehmen sollte, dass ihnen präventive nichtmedizinische Hilfsangebote wie Eltern-Kind-Gruppen, Müttertreffs, Elternkurse oder auch Angebote des Jugendamtes und Familienhebammen am meisten gelegen kommen müssten, sich hier zurückhaltend bis ablehnend verhält.

6. Inanspruchnahme der ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen und Erfahrungen

6a. Vorerfahrungen mit medizinischen Institutionen (Schwangerschaft, Geburt, Kinderärzt/innen)

Wenn Fragen nach der Zufriedenheit z. B. mit der Aufklärung durch den/ die Kinderarzt/-ärztin gefragt werden, muss auch bedacht werden, dass die Erwartungen, auf die sich ja Zufriedenheit bezieht, ebenfalls nach sozialem Status unterschiedlich sind. Im Alltagsleben eignen sich Menschen ein Gefühl dafür an, was sie erwarten können, also ein Gefühl für die "Erfüllungswahrscheinlichkeit", die je nach sozialer Schicht unterschiedlich ist. Personen mit Unterschichtsozialisation schätzen sie also anders ein als Angehörige der akademischen, "gehobenen" Mittelschicht. Dennoch ist bemerkenswert, dass die Kinderärzt/innen von den Müttern und Vätern mit niedrigem Sozialstatus überwiegend positiv beurteilt werden.

Beispiel:

"Die find ich ganz in Ordnung. Also die erklärt auch schön und ja. ... Die is nett und freundlich".

Sozial benachteiligte Mütter mit einem geringen oder keinem Bildungsabschluss und zudem noch einem Mangel an sozialer Unterstützung durch Familie, Freunde oder Nachbarn, der ja zugleich immer auch ein Mangel an sozialer Bestätigung ist, sind meistens wenig selbstsicher, oft gefangen in Gefühlen der Unzulänglichkeit und Peinlichkeit und Schüchternheit. Sie verhalten sich im Kontakt mit sozial Höhergestellten wie einem Arzt, dann eher passiv. Beispiel:

Fr: "Hat sich der Kinderarzt Zeit genommen?"

M: *"nicht viel, 5 bis 10 Minuten".*

Fr: "Und hast du deinem Kinderarzt Fragen gestellt, die dich beschäftigt haben?"

M: *"Nee."*

Fr: "Nicht. warum nicht?"

M: *"Ich habe mich nicht getraut."*

Fr: "Also gab's nicht einmal irgendeine Situation ... wo du Fragen gestellt hast oder so?"

M: *Nein (Interview II, 8)*

Eine andere Mutter mit niedrigem SES gibt an, vom Kinderarzt nicht über den sie ängstigenden Blutschwamm bei ihrem Kind aufgeklärt worden zu sein. Nachzufragen traue sie sich nicht (I, 7). Dies geht vor allem auf die soziale Distanz zwischen den Müttern aus der Unterschicht und den Ärzten. Wenn die Distanz geringer wird, dann können sie sehr wohl fragen. Einer Mutter, die ihre Kinderärztin als nett und freundlich bezeichnet, stellt die Interviewerin folgende Frage:

Fr: "Falls die Ärztin mal (z. B. bei vollem Wartezimmer) etwas nicht oder unverständlich erklärt, kannst du dann auch Fragen stellen oder denkst du eher: jetzt nerv ich die?"

M: *"Dann frag ich nicht mehr weiter",*

Fr: "Du fragst dann nicht mehr weiter?"

M: *"Nee, denn frag ich lieber bei meiner Hebamme"*

Fr: "Und da kannst du aber auch immer Fragen stellen?"

M: *Ja, wenn ich mich traue die anzurufen".*

Donnerstag und Freitag, 13. und 14. März 2014 in der Technischen Universität Berlin

Fr: "Traust du dich auch nicht immer?"

M: *"Doch schon, aber manchmal denk ich: ach, ich komm jetzt alleine zurecht, jetzt muss ich nicht unbedingt anrufen und nerven" (13/14).*

Aufklärungshindernis ist hier also kein Wissensdefizit (wer nichts weiß kann auch nicht fragen), sondern eine der eigenen sozialen Position geschuldete innere Hemmung. Diese nimmt ab, wenn die soziale Distanz geringer wird. Es fällt daher der Mutter leichter, die Hebamme zu fragen als die Ärztin. Die Hebamme ist "näher dran", ein Vorteil, der aber - wie weiter unten gezeigt wird - unter besonders widrigen Bedingungen der Mütter sogar zu einem weiteren Hemmnis führen kann.

Mehrere Mütter berichten, dass sie zur Unterstützung gern ihren Partner (falls vorhanden), Freundin, Mutter oder auch in einem Fall die Familienhebamme mit zur Vorsorgeuntersuchung nehmen.

Im Kontrast dazu eine Mutter mit hohem SES und niedrigem FAI, die über alle Ressourcen verfügt, wie sie in der gut gestellten gebildeten Mittelschicht zu erwarten sind:

Fr: "Hat sich die Kinderärztin Zeit genommen?"

M: *"... sie hat das Kind angesehen, mit 'nem geschulten Auge, aber wenn ich ne Frage hatte, konnte ich sie stellen. Also wenn ich ne Frage habe, dann stelle ich sie auch." (II,11)*

Eine andere Mutter (von Zwillingen) mit Abitur als Bildungsabschluss zeigt sich nur eingeschränkt mit dem Kinderarzt zufrieden:

Fr: "Nimmt sich der Kinderarzt viel Zeit für dich und die Kinder, wenn ihr da seid?"

M: *"Wenn ich ehrlich bin, dann nicht. Das ist mehr so eine Massenabfertigung. Zwei Kinder werden wie eins behandelt. Ja. Is nicht gut."*

Wenn die Aufklärung durch die Ärzt/innen bemängelt wird, heißt das nicht unbedingt, dass die Ärzt/innen tatsächlich nichts erklären. Aber sie sind offensichtlich der Tatsache nicht gerecht geworden, dass manche der Mütter nur über eine geringe Bildung verfügen, sich kommunikativ nur unzureichend zu helfen wissen (indem sie z. B. nachfragen) und - nicht zuletzt als Folge davon - wenig Vertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten haben und gegenüber statushöheren Personen gehemmt sind. Das kann ganz extreme Erscheinungsformen annehmen. So lag eine 24jährige Mutter von vier Kindern, allein lebend mit besonders hohem Family Adversity Index, während einer Schwangerschaft einige Tage im Krankenhaus, ohne recht zu wissen warum:

"Bevor Steven [Name geändert] geboren wurde, lag ich im Krankenhaus, da war irgendwas gewesen, Eisenmangel oder sowas und das Kind lag falsch oder so irgendwie" (II,1).

In unseren Interviews fällt auf, dass Teenage-Mütter der Unterschicht in den medizinischen Institutionen einen besonders schweren Stand zu haben scheinen (s.u.). Aber die Zufriedenheit mit den Kinderärzt/innen der Vorsorge-Untersuchungen und bei der ambulanten Behandlung akut kranker Kinder ist hoch, auch im Vergleich mit dem Krankenhaus. Eine andere Art der

kommunikativen Dissonanz ist die (unbeabsichtigte) Kränkung aufgrund der Distanz. So hat eine 17jährige Mutter mit niedrigem SES die Kinderärztin gewechselt, da diese ihr Kind

"gleich immer ins Krankenhaus (schickte), weil ich zu jung bin".

Sie erlebte das als Kränkung. Sie ist stolz darauf, es allein zu schaffen und sah sich in diesem Stolz verletzt (I, 3).

Häufig wird auch der unterschiedliche Bildungshintergrund nicht berücksichtigt:

"... ich in der Schwangerschaft Antikörper hatte, hat irgendwie mit'm Blut was zu tun. So genau ham die mir das aber nicht erklärt im Krankenhaus (...) ich hatte dann öfters mal nachgefragt, aber so genau konnten die mir das nicht erklären" (I,2).

6b. Interaktionserfahrungen: "Wie man hineinruft ..."

Die Interviews mit sozial besser gestellten Müttern mit relativ höherem Sozialstatus weisen darauf hin, dass die Ungleichheit der Erfahrungen tiefer und weiter geht, als es sich durch viel oder wenig Aufklärung, viel oder wenig Zeit und gutes oder schlechtes Einfühlungsvermögen ausdrücken lässt. Es zeigt sich, dass sie tendenziell aktiver und selbstbewusster mit den Ärztinnen kommunizieren und sich dadurch die Informationen oder auch Tipps holen, die sie brauchen, aber bei passiverem und eher schüchternen Habitus nicht erhalten hätten. Man kann sagen: einen Teil ihrer positiveren Erfahrungen haben sie sich mittels ihrer besseren kommunikativen Fähigkeiten "selbst erarbeitet". Das ist sicher nicht selten die Voraussetzung dafür, dass man einen Nutzen aus dem Arztbesuch ziehen kann. Eine der Mütter mit hohem SES drückt das aus:

"Wenn man Fragen hat, dann erklären die's auch. Aber von allein eigentlich, so dass die was sagen, gar nicht" (II, 4).

Entsprechend ist das Urteil der bessergestellten Frauen meistens positiv. Sie beschreiben ihre Kinderärzt/innen als "*sehr, sehr lieb*" und "*nimmt sich Zeit*" (I, 5), sowie "*der war richtig lieb*", unterstützt und versteht die Lebenssituation (I, 9). Es liegt nahe, den Grund des Unterschiedes in der größeren sozialen Nähe der Mütter mit hohem SES zu den Ärzt/innen zu sehen.

Das wird besonders deutlich an dem subjektiven Nutzen, den sie aus der Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung gezogen haben: Alle Mütter wurden danach gefragt, ob ihnen die Kinderärzte hilfreiche Ratschläge und Tipps gegeben haben. Während kaum eine Mutter mit niedrigem SES und hohem FAI davon berichtete, sagen einige der Mütter mit mittlerem SES und einem geringeren FAI, dass ihnen auf Nachfragen Ratschläge gegeben worden sind (I, 1 und 4). Jedoch die Mütter mit hohem SES waren von sich aus imstande, den Kinderärzten tragfähige Ratschläge zu entlocken. Eine Mutter berichtet:

"... da hat er uns spielerisch vermittelt, was wir machen können, damit sie [die Tochter] motorisch halt nicht liegen bleibt ... Halt so Spiele spielen, die viel mit Motorik zu tun haben, halt so Laufspiele und so; er hat uns auch Tipps gegeben und Bücher empfohlen und das haben wir dann immer so gemacht." (I, 5).

Eine zweite Mutter stellt ihre eigene Rolle dabei deutlich heraus:

"Ich hab mir wirklich ganz, ganz viele Tipps von ihm geholt (...) Auf jeden Fall ist er auf alles eingegangen" (I, 9).

Eine dritte Mutter, Abiturientin mit festem Partner und stabiler sozialer Unterstützung durch Eltern und Freunde zeigt Distanz zur Institution Arzt. Sie legt Wert darauf, sich Rat zu holen und dann die Entscheidungen selbst zu treffen:

"Also auf sich selbst hören ist ganz, ganz wichtig und ansonsten, wenn man das will, kann man sich vielfältig Informationen holen. ... wo wir Rat brauchen bin ich mit der Kinderärztin sehr zufrieden. Das war [in 1 ½ Jahren] zweimal der Fall ... sie hatte nach einem Jahr zum ersten Mal einen Tag Fieber gehabt und dann diese Mundfäule, (...) das waren die einzigen Dinge wo wir nachgehakt haben ... [Wir haben entschieden:] Dieses Fieber durfte sie haben, also sie hat es einfach durchgestanden ... wir haben sie fiebern lassen, weil Fieber eine körpereigene Reaktion auf ne Störung ist... der Körper hat die Möglichkeit selbst darauf zu reagieren und das zu beheben" (II, 11).

Bevor wir mit den Erfahrungen der Mütter und ihren Einstellungen gegenüber der Medizin und den nichtmedizinischen Frühen Hilfen fortfahren, müssen wir eine Bedingung hervorheben, der Einstellung und Haltung der Mütter besonders stark beeinflusst: das ist das Maß der sozialen Unterstützung, des Rückhalts durch die Familie, Freunde oder Nachbarn.

6c. Soziale Unterstützung

In den Interviews wird deutlich, wie sehr die Fähigkeit, erfolgreich zu kommunizieren und sich um Hilfe zu bemühen vom Selbstvertrauen abhängig ist und wie stark dieses wiederum von der sozialen Lage geprägt wird. Wer keine oder nur wenig soziale Unterstützung hat, erfährt auch keine oder kaum soziale Anerkennung.

Die Möglichkeiten, Hilfe aus dem sozialen Nahbereich zu erhalten (Familie, Freunde, Nachbarn) ist ein wesentlicher Faktor der erfolgreichen Inanspruchnahme sowohl medizinischer als auch fürsorglicher früher Hilfen. Das führt logischerweise zu dem Resultat, dass diejenigen Mütter, denen am meisten geholfen werden müsste, am wenigsten fähig sind, sich dieser Hilfen zu bedienen.

Ohne ein kleines soziales Netz wird das Leben allein erziehender Mütter oft chaotisch und niederdrückend. Das sind schlechte Voraussetzungen, um Untersuchungstermine zu vereinbaren und einzuhalten. Die befragten Mütter mit niedrigem SES leben in unvollständigen Familien, sind allein erziehend, manche haben mehrere Kinder von mehreren Vätern, von denen sie jeweils getrennt leben. Es gibt Probleme mit Unterhaltszahlungen und gerichtliche Auseinandersetzungen. Entweder erhalten sie keine Unterstützung oder diese ist mit der Inkaufnahme von Konflikten verknüpft (I, 3; II, 1; II, 2). Ihren Alltag erleben sie mehr als andere als "*kein geordnetes Leben*" (I, 2), frühere Freunde haben sich zurückgezogen, da sie mit dem Kind weitgehend isoliert leben. Eine Mutter lehnt sogar Freundschaften explizit ab aufgrund negativer Erfahrungen und Enttäuschungen (I, 3).

Donnerstag und Freitag, 13. und 14. März 2014 in der Technischen Universität Berlin

Eine Mutter von 4 Kindern, 24 Jahre, das erste Kind bekam sie mit 17 Jahren. Kein Schulabschluss. Sie hat keinen festen Partner, stammt selbst aus einer zerrütteten Familie, die somit auch nicht als Stütze vorhanden ist, kein Freundeskreis. Ihre einzige Hilfe ist eine vom Jugendamt zugewiesene Familienhebamme. Soweit es sich im Interview ermitteln ließ, hat sie große Schwierigkeiten, den Alltag mit den Kindern zu bewältigen (II, 1).

Die Mütter mit hohem SES hingegen können sich auf den Lebensgefährten, Eltern und Schwiegereltern und Freunde stützen. Aufgrund ihrer Kommunikationsfähigkeit können sie professionelle Hilfen organisieren und dann auch nutzen. Auf einer solchen Basis ist es relativ leicht, die Untersuchungstermine zu vereinbaren und einzuhalten. Sie sind auch in der Lage, sich zu Selbsthilfegruppen zu treffen. Eine Mutter mit Abschluss Abitur in fester Partnerbeziehung sagt beispielsweise:

"Wenn wir abends unterwegs sind haben wir durchaus immer Freunde, die sie [die kleine Tochter, d.V.] nehmen, gern nehmen; im Wechsel mit anderen Kindern praktisch" (II, 11).

In der Regel ist auch die Unterstützung durch Eltern und/oder Schwiegereltern bei statushöheren Eltern wahrscheinlicher. Eine Mutter von Zwillingen, ebenfalls mit Abitur, lebt mit dem Vater des Kindes zusammen. In ihrer älteren Schwester hat sie eine Vertraute, "mit der sie über alles reden kann" und ihre Familie stützt sie:

"Meine Mama hat die erste Zeit nur halbtags gearbeitet. Die hat auch schon mal die Kinder genommen und ich konnt mich ausruhen oder so. Es war doch schon schön" (II, 4).

Bedenkt man hingegen die Lage vieler Frauen aus der Unterschicht, ihre zerrütteten Familien, unzureichende finanzielle Ressourcen, geringe soziale Unterstützung und schlechte Alltagsbewältigung, dann ist ihre insgesamt hohe Teilnahmequote an den kinderärztlichen Untersuchungen erstaunlich. Auch die befragten sozial benachteiligten Mütter haben sich dazu in der Lage und motiviert gezeigt. Zwar ist allen befragten Müttern aus der Unterschicht gemeinsam, dass sie positive Hilfe von beruflichen Helfern erfahren (Familienhelferin vom Jugendamt, Hebamme). Hier, aber es ist unwahrscheinlich, diese Hilfen als so umfassend anzusehen, dass sie die Mängel an materiellen und personellen Ressourcen kompensieren könnten.

Eine erheblich bessere Alltagsbewältigung mit stabileren Verhältnissen für die Kinder und erfolgreichere Interaktion mit möglichen Hilfen weisen die Mütter mit niedrigem Sozialstatus auf, die auf ein kleines soziales Netz zurückgreifen können. Ein Beispiel:

Diese Mutter hat einen "super" Kontakt zu den Eltern. Da ihre Mutter bei ihrer Geburt erst 17 Jahre alt war, hat sie auch eine junge, hilfsbereite Oma:

"Meine Mutti is mehr wie ne Freundin und meine Omi is mehr wie ne Mutti, eigentlich Mama" (3)

Hinzu kommt eine Schwester, die ebenfalls ein Kind hat und

"Viele Freunde och mit Kinder", "ne riesengroße Verwandtschaft"

Aus einigen Interviews haben wir auch erfahren, dass Mütter, die sich den Kommunikationsanforderungen gegenüber der Ärztin oder dem Krankenhauspersonal nicht gewachsen fühlten, ihre jeweiligen Bezugspersonen, Partner, Mütter, Freundinnen oder - in zwei Fällen - die Hebamme, mit der man Freundschaft geschlossen hat, baten, bei nächsten Mal mitzukommen. Das war meist erfolgreich.

Die Mütter der untersten sozialen Schicht waren zwar alle sozial benachteiligt, aber sie unterschieden sich deutlich hinsichtlich:

- ihrer Fähigkeit, den Alltag zu bewältigen,
- Entscheidungen über ihre Kinder zu treffen und - das können wir nur vermuten - ihren Kindern eine Hilfe in ihrer Entwicklung zu sein. Unterschiede bestehen auch hinsichtlich ihrer
- Ängstlichkeit um ihre Kinder, z. B. wegen der Ansteckungsgefahr im Wartezimmer der Kinderarztpraxis je nachdem, ob sie über ein soziales Netz verfügen oder nicht und auch in Bezug auf ihre
- Motive und Fähigkeiten, auf andere Menschen zuzugehen (z.B. an einer Eltern-Kind-Gruppe teilzunehmen.)

Nicht der einzige, aber ein - bei ansonsten vergleichbarer Lebenslage - wesentlicher Punkt, der hier die Weichen stellt, ist die soziale Unterstützung. Das durchaus Tragische daran ist, dass gerade diejenigen, die sozial isoliert und desintegriert sind, am wenigsten in der Lage sind, diese Isolierung zu durchbrechen, indem sie beispielsweise an Selbsthilfegruppen sich beteiligen.

Während alle befragten Mütter mit niedrigem sozialen Status betont vorschriftsmäßig mit ihren Kindern zu allen ärztlichen Vorsorge-Untersuchungen gehen, zeigen sie in der Mehrzahl gegenüber den nichtmedizinischen Frühen Hilfen, insbesondere den Angeboten zur Selbsthilfe (Mütter-Kinder-Gruppen u.ä.m.), ausgesprochen reserviert. Letzteres sogar besonders dann, wenn sie über nur geringe soziale Unterstützung (z. B. ausschließlich durch eine Hebamme) verfügen. Hierzu im Weiteren noch einige Hinweise, die zur Erklärung beitragen können.

6d. Die Bedeutung der Medizin für die sozial benachteiligten Mütter/Eltern **"Versichern, dass alles in Ordnung ist"**

Wer die Frage beantworten will, warum die Mütter mit ihren Kindern an den Untersuchungen teilnehmen, muss auch nach dem Sinn, nach der subjektiven Bedeutung fragen, den sie mit der Teilnahme verbinden. Das wiederum wird meist davon abhängen, welche Bedeutung auch die Gesellschaft - z. B. in Gestalt von normativen, moralischen Erwartungen - in diese Institution "hineingelegt" hat. Für die Mütter spielt die symbolische Bedeutung der U's eine große Rolle. Als Symbol wird die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen Sinnbild für etwas anderes, Drittes. Die Mütter, insbesondere jene, die unter den sehr belastenden Bedingungen der sozialen Unterschicht mit geringen Ressourcen und Fähigkeiten zu kämpfen haben, haben ein drin-

gendes Bedürfnis nach emotionaler Sicherheit, nach einem - wie es eine Mutter als dringenden Wunsch formuliert - "geordneten Leben" (I, 2).

Die Institution der Vorsorgeuntersuchungen, materialisiert in dem "Gelben Heft", in dem sie dokumentiert werden, verlangt einerseits nichts von den Müttern, das ihre Ressourcen und Fähigkeiten überfordern würde, andererseits bietet sie ihnen etwas. Der regelmäßige Besuch des Kinderarztes ermöglicht es ihnen zu fühlen, dass sie der Mutterrolle gerecht werden. Gerade die Mütter, die unter den "chaotischen" Bedingungen unvollständiger Familien, finanziellem Mangel, Gängen zu Arbeits- und Jugendamt, Konflikten mit Partnern und sozialer Isolierung leben, brauchen diese moralische Entlastung in besonderem Maße. Unter diesem Aspekt kann die Institution Vorsorgeuntersuchung gleichsam als ein gesellschaftliches Angebot an die Mütter angesehen werden, sich ihrer "Normgerechtigkeit" als "gute Mutter" zu versichern. Als Unterschichtangehörige werden sie den Rollenerwartungen der Gesellschaft häufig nicht gerecht. Wenn sie diese Erwartungen verinnerlicht und habitualisiert haben, leiden sie häufig unter Gefühlen der Scham und Peinlichkeit (Pein), dass Bourdieu (2001: 177 ff.) davon als "leibgewordene Gestalt" sozialer Strukturen spricht. Daraus resultiert das starke Bedürfnis nach moralischer Entlastung.

Hinzu kommt - sozusagen auf der 'Angebotsseite' - dass die Gesellschaft die symbolische Bedeutung der ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen hoch aufgeladen hat: Sie setzt "Medizin" in der Regel gleich mit "Gesundheit", noch zusätzlich gewichtet durch den Bezug auf das Kind. Das Wort "Vor-Sorge" signalisiert, hier werde verantwortungsbewusst und auf die Zukunft gerichtet gehandelt. Entsprechend groß ist der Stolz, hier auf dem Laufenden zu sein. Beispiel aus einem Interview (I, 3):

"Beide (Kinder) haben ihr eigenes Heft. Jaqueline (Name geändert) ist ja schon ziemlich weit mit den U-Untersuchungen. ... Da pass ich schon auf, dass da nichts fehlt. Sobald sie krank ist und sie kann nicht geimpft werden, hole ich das aber nach. Da mache ich dann einen neuen Termin". "Ja gerne gehe ich hin zu den U-Untersuchungen, weil ich das auch wissen will, wie sie sich entwickelt haben und wie das so ist". "Ich sage auch, lieber jetze, als wenn es zu spät ist." An anderer Stelle sagt sie mehrfach: "Ich tue alles für meine Kinder!" (M 3).

Eine andere Mutter, die im Rahmen einer anderen Studie über den Bedarf von Hilfsangeboten für junge Mütter aus sozial benachteiligten Lebenslagen befragt wurde, drückt es so aus:

"Ich brauch ne richtige Bestätigung, dass ich weiß, ich mach alles richtig. Und wenn ich diese Bestätigung irgendwie kriege, dann weiß ich, dass ich auf dem richtigen Weg bin, dann weiß ich, dass ich alles richtig mache und dann brauch ich mir auch selber nichts einreden" (zit. n. Pfautsch 2007: 91 f.).

Je schlechter die soziale Situation und der soziale Status, desto unerreichbarer und seltener sind normalerweise moralischen Gratifikationen und Anerkennungen, die hier ohne größeren Aufwand erlangt werden können. Dennoch können auch solche leicht erreichbaren Gratifikationen für stark benachteiligte Mütter immer noch außerhalb ihrer Reichweite sein. In den speziellen Fällen der befragten Mütter mit niedrigem SES dürfte es sich daher besonders fördernd ausge-

wirkt haben, dass kommunale Helfer, meist Hebammen, die Wege offenbar sehr effektiv geebnet haben.

6e. Vertrauen in die eigene Erfahrung

Ein weiterer Grund für die enorme subjektive Bedeutung der medizinischen Vorsorge ist das mangelnde Vertrauen in die eigene Fähigkeit zu beurteilen, wie sich das Kind entwickelt.

Eine Mutter, ohne Schulabschluss, Arbeit und Geld, alleinerziehend und allein lebend ohne Unterstützung (mit Ausnahme von ihrer Mutter) antwortet auf die Frage, was sie sich bei den Vorsorgeuntersuchen anderes wünschen würde:

"also es werden ja immer bloß bestimmte Sachen untersucht: Also erst ma das allgemeine Wohlbefinden, dit wird jemacht und denn halt so wie letztens denn die Hüfte ja? (Und ich würde mir wünschen), dass am besten immer jedes Mal gleich alles untersucht wird, damit man jedes Mal hundertprozentig weeiß, dass alles in Ordnung is" (II, 2).

Das steht im größten Widerspruch zu der Maxime der bereits zitierte Mutter mit hohem Sozialstatus, die sagt:

"Also auf sich selbst zu hören [in Bezug auf die Entwicklung des Kindes] ist ganz, ganz wichtig".

Wer kein Vertrauen in die eigene Erfahrung hat, wird leicht zum Objekt der Medikalisierung, in diesem Fall der Medikalisierung der Mutter-Kind-Beziehung. Wer seiner Erfahrung nicht vertrauen kann, hat in sich keinen Schutz gegen Angst und Ängstlichkeit. Es ist auffällig, dass in den Interviews die Frauen mit niedrigem sozioökonomischen Status, geringer sozialer Unterstützung und hohem FAI, häufig von ihrer Ängstlichkeit berichten, z. B. ihr(e) Kind(er) könnte(n) sich anstecken im Wartezimmer oder der Arzt könne feststellen, mit dem Kind sei etwas "nicht in Ordnung", "nicht normal":

Die bessergestellten Frauen sehen die Bedeutung des Kontakts zur Medizin weitaus nüchterner. Sie hat für sie tendenziell keinen symbolischen Wert, sondern sie sehen darin primär eine nützliche Dienstleistung:

Fr: "Gehst du gerne zu den Vorsorgeuntersuchungen oder ist das mehr so'ne Pflicht?"
M: "Pflicht".

Demgegenüber eine Mutter mit niedrigem SES:

Fr: "Empfindest du den [weiten] Weg zum Arzt nicht als stressig?"

M: *Bei sowas is mir das egal wie weit das is zum Kinderarzt"*

Fr: "Gehst du gern zum Kinderarzt oder eher nicht so?"

M: *"Auf die Wartezeit freu ich mich nie, auf'n Arzt schon. Denn weil ich möchte ja auch gern wissen, was mit ihm (dem kleinen Sohn, nwk) is so, alles in Ordnung is, ob er mit dem Kopf klar is, also ob er so weit is wie die andern oder noch weiter" (II, 3).*

Eine Mutter mit hohem SES und geringem FAI erwiderte auf die Frage der Interviewerin nach den kinderärztlichen Untersuchungen:

"Ich glaub' für dich ist offenbar jetzt der Kinderarzt ein wichtiges Thema, für uns ist das eigentlich gar kein Thema (...) Wenn wir es für richtig hielten würden wir zum Kinderarzt gehen ... Die Zeit würden wir haben, aber ..." (II, 11).

6f. Der 'Vorteil' der medizinischen Fixierung auf die Körperlichkeit und das Kind und der 'Nachteil' mehr ganzheitlicher früher Hilfen

Die Untersuchung von Pfautsch (2007) zum Problem der Frühen Hilfen für sozial benachteiligten Müttern liefert Material für einen weiteren möglichen Grund für den unerwartet hohen subjektiven Stellenwert der ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen: Auch diese Mütter betonen den hohen Wert der Vorsorgeuntersuchungen. Zugleich äußern sie sich desinteressiert oder ablehnend gegenüber Frühen Hilfen in Gestalt von Müttertreffs (das ist auch bei den befragten Müttern mit niedrigem SES der Vorstudie der Fall), ebenso wie sie für sich Hausbesuche zur Förderung Sprachentwicklung und so genannte Familienpaten ablehnen. Ganz anders sprechen die Mütter der Vorstudie mit mittlerem und hohem SES sehr positiv über Müttertreffs und geben an, bereits von den Erfahrungen anderer Mütter gelernt zu haben. Während bei der Distanz gegen Hausbesuche und Familienpaten wahrscheinlich auch die Ängste von Unterschichtmüttern gegenüber dem Jugendamt und dessen Sanktionsmöglichkeiten eine Rolle spielt, weist die gleiche Distanz zu Erfahrungsaustausch und Selbsthilfe mit anderen Müttern deutlich auf eine Besonderheit hin, die zugleich auch einen weiteren Aspekt des bemerkenswert hohen subjektiven Stellenwerts der ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen beleuchtet. Pfautsch arbeitet heraus, wie die "breite Abwehr (des) ... Hilfsangebots durch die Mütter vor allem in der Angst begründet liegt, beim Müttertreff Einblick in eigene Privatangelegenheiten gewähren zu sollen:

'Also, ich würd' das nicht machen, weil ich würd' sagen, das geht keinen was an, was in meiner Beziehung so läuft und so'" (Pfautsch 2007: 95).

Das gleiche Motiv gilt auch gegenüber Hausbesuchen von Familienpaten. Explizit werden Einbußen an Selbstbestimmung (durch das Jugendamt und dessen Sanktionsmöglichkeiten) und Verletzungen der Privatsphäre befürchtet.

Die ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen weisen den Mangel auf, stark auf biologische Entwicklungsstörungen reduziert und generell auf die Kinder und nicht auf den psychosozialen Kontext der Familien fokussiert zu sein. Und gerade hierin kann für Mütter mit niedrigem SES subjektiv ein Vorzug liegen: Sie leiden häufig darunter, nicht in "geordneten Verhältnissen" zu leben, das verursacht nicht nur Ängste gegenüber den Ämtern. Als Beispiel sei hier die Lebenssituation einer befragten Mutter stichwortartig angeführt: Alleinerziehend; zwei Kinder; das erste Kind als Teenager; getrennt von den beiden Vätern, gerichtliche Auseinandersetzung um Unterhaltszahlung, keine Freundinnen aufgrund enttäuschender Erfahrungen, der derzeitige Freund hilft ihr, verlässt sie aber bei Konflikten; die Eltern nehmen mal die Kinder, helfen aber "aus Prinzip" nicht mit Geld, das sehr knapp ist; wartet seit Monaten auf Kindergeld für das zweite Kind; das ältere Kind ist hyperaktiv, daher Schuldgefühle wegen Rauchen und Alkohol während der Schwangerschaft; fehlendes Vertrauen in die soziale Umwelt. In diesem wie ähnlichen Fallbeispielen zeigt sich, dass um ihre Privatsphäre eine habitualisierte Scham- und Peinlichkeitsgrenze gezogen ist, d. h. jeder Einblick für andere ist mit dem Gefühl verbunden, sich eine Blöße ge-

ben zu haben. Daher erwarten sie in den Interviews keine Hilfe von Frauen in gleicher Lage (allein erziehende Mütter) und vermeiden sie bzw. werten sie ab.

Wie Starrin et al. (2001) am Beispiel von Langzeitarbeitslosen und Geldmangel gezeigt haben, führen die damit verknüpften Scham- und Peinlichkeitserlebnisse der Betroffenen zu starken Verlusten ihres Kohärenzsinner (Antonovsky 1997), d. h. sie fühlen sich in deutlich geringerem Maße als andere den Herausforderungen des Alltagslebens gewachsen, sie vertrauen bei Bewältigungsversuchen weniger auf ihre Ressourcen und Fähigkeiten und erachten den erforderlichen Einsatz häufiger als vergeblich. Lundberg (1998) ermittelte empirisch, dass das so beschriebene Selbstbewusstsein eng mit der sozialen Klassen- und Schichtzugehörigkeit korreliert und in den besonders benachteiligten Gruppen am Geringsten ausgeprägt ist. In Gruppen mit anderen Müttern fühlen sich diese Mütter daher tendenziell unterlegen und sie haben Angst vor dem Risiko, ihr "ungeordnetes" Familienleben offenbaren zu müssen. Verarbeitungsformen dieser Gefühle sind häufig Abneigung, Rückzug oder Aggression. Es ist wichtig zu bedenken, dass auch andere, auf die psychosoziale Realität der Familie ausgerichtete Hilfen potentiell an Ängste und Scham rühren und daher auf Zurückhaltung stoßen können.

Unter diesem Aspekt lenken gerade die Besonderheiten der ärztlichen Untersuchungen, ihren Fokus zum einen auf die biologischen statt psychosozialen und zum anderen auf das Kind statt auf die gesamte Familie zu richten, die Schwellen für Unterschichtangehörige. Also gerade solche Aspekte, die in Bezug auf die kindliche Entwicklung durchaus als Mängel anzusehen sind. Ärztliche Institutionen wie die medizinischen Vorsorgeuntersuchungen haben also nicht nur einen hohen sozialen Status und Symbolwert, sondern werden auch insofern als 'ungefährlich' in dem Sinne angesehen, als sie sich nicht auf die familiären (potenziell "peinlichen") Umstände, sondern allein auf die medizinischen Aspekte der Kindesentwicklung beziehen.

Was man vom Standpunkt einer biopsychosozialen Orientierung als Mangel der Medizin und damit auch der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen bezeichnen kann, wird für viele sozial benachteiligte Mütter, die in 'chaotischen' Lebensverhältnissen zum Vorteil. Ärzte, die sich dieser engen medizinischen Herangehensweise befleißigen, werden durchaus positiv gesehen. Auf die positive Beurteilung des Arztes durch die Mutter folgt die Frage:

Fr: " ... geht er auf deine Lebenssituation ein, fragt er dich auch so'n bisschen, also quetscht er dich auch so ein bisschen aus oder guckt der, untersucht der einfach nur Lucas?"

M: "*Untersucht nur*" (II, 3).

Eine andere Mutter der Unterschicht berichtet, dass sie zunächst den Kinderarzt wechseln musste, da dieser unfreundlich gewesen sei. Nun aber sei sie zufrieden mit der Kinderärztin.

Fr: "Du hat ja schon gesagt, dass die Ärztin meistens freundlich ist (...) Geht das Unterhalten auch manchmal über das rein medizinische hinaus?"

M: "*Nee*"

Fr: "Die fragt nicht mal wie's zu Hause läuft oder so?"

M: "*Nee*" (II, ?)

Im Kontrast dazu stehen die befragten Mütter mit hohem SES. Sie leben in guten Partnerbeziehungen, erhalten Unterstützung von Familienangehörigen und Freunden, berichten von positiven Erfahrungen mit Krankenhaus und Kinderarzt, sind aufgrund von Kommunikationskompetenz und Selbstvertrauen fähig, sich die professionellen Helfer nützlich zu machen. Die ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen nehmen sie ernst, stellen sie aber nicht in den Mittelpunkt, sehen in ihm oder ihr einen potenziellen Helfer unter vielen. Eine Mutter hebt als besonders positive Erfahrung mit der Hebamme hervor:

"Das war also immer besonders positiv, was ich mit ihr so erlebt habe. Sie war sehr familienorientiert. Sie ist nicht nur auf die Mutti oder auf das Kind eingegangen, sondern auch immer bestrebt: 'Was macht der Papa und wo ist der ...'" (I, 5).

Wenn die Mütter explizit nach ihrer Haltung zu den nichtärztlichen Hilfen befragt wurden, so äußerten sich die Befragten mit hohem und mittlerem SES generell positiv.

Das stellt sich bei den Müttern mit niedrigem sozialökonomischem Status ganz anders dar. Die einzige "schichtübergreifende" Gemeinsamkeit nahezu aller Mütter ist die positive Bewertung der Institution Familienhebamme und - mit persönlichen Ausnahmen - die Wertschätzung der konkreten Person "meiner" Hebamme und ihrer Hilfe. Das wird nur unwesentlich davon eingeschränkt, dass es zwischen den Hebammen und den Müttern aus der Unterschicht, die in oft sehr schwierigen Verhältnissen leben und im Alltagsvollzug mit den Kindern oft überfordert sind, häufiger Probleme und Konflikte gibt. Es fällt schwer, sich das vorzustellen, aber in einigen Fällen ist die Hebamme die einzige verlässliche Person dieser Mütter. Manchmal haben die Hebammen sogar den Status von Freundinnen bekommen, die wenigstens etwas die fehlenden kleinen sozialen Netze ersetzen können (was wiederum auch von den individuellen Möglichkeiten der Hebammen abhängt). Zwei Mütter berichteten, die Hebamme mit zur Kinderärztin genommen zu haben, andere und baten die Hebamme, bei den Interviews dabei zu sein, eine Funktion, die bei anderen Interviews entweder der Lebenspartner oder die beste Freundin übernahm.

Was das Jugendamt und seine möglichen Angebote anbetrifft, so haben die besser gestellten Mütter meist keine Berührung. Bei den Mütter mit niedrigem SES ist die Haltung zum Jugendamt stark durch ihre persönliche Erfahrung bestimmt: Von denen, denen das Jugendamt gegen Aggressionen der Kindsväter, beim Streit um den Unterhalt usw. beigestanden hat, wird es eher als Schutz angesehen. Andere, denen Nachbarn oder auch Kinderärzte "mit dem Jugendamt" gedroht haben, sehen es eher als Bedrohung.

Um die schichtspezifischen Unterschiede deutlicher zu machen, können wir das Angebot von frühen Hilfen pragmatisch in drei Kategorien auffächern:

Kindbezogene Hilfen therapeutischer Art (z.B. Physiotherapie, Logopädie), meistens nach ärztlicher Verordnung. Die Inanspruchnahme ist hier abhängig vom Kontakt mit Experten (Kinderärzte, Hebamme). Kinder mit niedrigem SES haben mehr Entwicklungsstörungen, Eltern mit hohem SES wissen mehr über die Möglichkeiten, solche Hilfen für ihr Kind zu bekommen. Das ist ein bekanntes Dilemma, aber aus unseren Interviews haben sich hier keine nennenswerten Probleme ergeben.

Eine weitere, weniger ins Gewicht fallende Kategorie könnte man als "medienvermittelte" Hilfen bezeichnen. Beispiele sind das Videofeedback für Mütter mit ihren Kindern und die im Fernsehen lange gesendete "Supernanny", die viele Ratschläge für Eltern und Mütter bereithält.

Einige Mütter fanden die Idee des Videofeedbacks interessant, ohne allerdings Erfahrungen damit zu haben, andere reagierten eher ängstlich oder mit unverbindlichen, "sozial erwünschten" Zugeständnissen daran. Grundsätzlich war die Methode einer videogestützten (Selbst-) Analyse vergleichsweise wenig mit Ängsten belegt, was auf eine vergleichsweise routinierte Handhabung durch sog. „digital natives“ schließen lässt.

6g. Das Präventions-Dilemma

Anders bei den mütter- oder familienbezogene Hilfen zur Selbsthilfe, wie Eltern/Mütter-Kind-Gruppen, Elternkurse, Familienstärkung: Diese haben allgemein gesehen ein vielversprechendes Potenzial. Aber die Inanspruchnahme und der Nutzen, den die Frauen daraus ziehen können, bedürfen subjektiver Voraussetzungen. Auch hier haben wir es mit einem Dilemma zu tun, denn diese Voraussetzungen sind in der Gesellschaft nach Schichten ungleich verteilt. Das sind kommunikative Fähigkeiten, Selbstvertrauen im Umgang mit anderen sowie die Fähigkeit, Vertrauen in die anderen zu entwickeln. Viele der interviewten Frauen hatten in ihrer Sozialisation kaum die Möglichkeit, diese Eigenschaften auszubilden.

Das Dilemma solcher Selbsthilfe-Formen wie Mütter-Kind-Gruppen und ähnliches besteht in Folgendem: von Ausnahmen abgesehen sind diejenigen Mütter oder Familien, die am dringendsten gestärkt werden müssen zugleich auch diejenigen, denen es:

- erstens am meisten an den dazu erforderlichen Ressourcen und Fähigkeiten mangelt und die
- zweitens aufgrund ihrer von der Norm abweichenden Verhältnisse eine besonders hohe Scham- und Peinlichkeitsschwelle zu überwinden haben.

Hier zeichnet sich im Unterschied dazu die Teilnahme an den ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen gerade dadurch aus, dass keine der beiden Schwellen in einem solchen Ausmaß existieren, andererseits daraus aber auch keine Stärkung der Mütter und ihrer Beziehung zum Kind erwachsen kann.

Einige Aspekte werden erst durch die Gegenüberstellung mit gut gestellten Müttern deutlich. Die Mütter mit relativ hohem Sozialstatus zeigen keine Scheu vor Selbsthilfegruppen, sondern sind diesen besonders zugetan. Zu Eltern-Kind-Gruppen und Zusammenkommen mit anderen Müttern z. B. bei diversen Kursangeboten:

"Der Kurs war toll, da hab ich dann auch Kontakt zu anderen Müttern gehabt, zu anderen Babys, das war schön (...) da kann man Fragen stellen und das ja superwichtig. Ich denke von erfahrenen Müttern kann man da ne Menge lernen (...) Also Hilfen, die ich mir suche sind irgendwelche Ratschläge von erfahrenen Müttern, also wenn irgendwas ist oder halt in der Stillgruppe von der Hebamme. Das sind so meine Hilfen, die ich in Anspruch nehmen würde" (I, 9).

Donnerstag und Freitag, 13. und 14. März 2014 in der Technischen Universität Berlin

In dieser Gruppe gibt es auch Mütter, deren Interesse an solchen Hilfen gering ist. Das hat aber seinen Grund eher darin, dass sie bereits einen Kreis mit Freund/innen und Bekannten mit Kindern haben.

Von den befragten Müttern mit niedrigem sozialökonomischen Status wird kaum an solchen Gruppen teilgenommen, obwohl man lediglich bei einer dieser Mütter sagen kann, sie sei gut bis sehr gut sozial eingebunden (große Familie, großer Freundeskreis, einschließlich der Freunde und Bekannten mit Kindern). Warum ist das der Fall?

Aus ihrer Sozialisation und ihrer prekären Lage heraus antizipieren diese Frauen Beziehungen mit bessergestellten Müttern als Konkurrenz, der sie sich nicht gewachsen fühlen. Sie fürchten sich von Kommunikation, in der sie sich Blößen geben müssten gegenüber den Müttern aus funktionierenden Beziehungen, mit höherer Bildung und mehr Sprachgewandtheit, mehr Einkommen usw. Die subjektiven Verarbeitungsformen solcher Gefühle können eine unbewusste Ausgrenzung solcher Möglichkeiten aus dem Feld der eigenen Wahrnehmung zur Folge haben oder auch Rückzug, projizierte (??) Ängste, Abneigung und auch Aggression. Dazu nachfolgend einige Zitate aus unseren Interviews.

Wie die meisten anderen Menschen, wenn sie befragt werden, neigen auch sie zunächst dazu, Antworten zu geben, von denen sie annehmen, sie seien sozial erwünscht, wie im folgenden Interview, als es im Eltern-Kind-Gruppen geht:

M: "ja, also [hingehen] werd ick uff alle Fälle ... also dit halt ick mir warm sag ick ma

...

ja, ich war noch nicht da muss ick sagen, weil ick einfach ... ich weeb von meiner Hebamme, die hat mir dit och schon erzählt, und sie hat och gesagt, sie ist denn och da mit ... aber ich habs noch nicht geschafft, da hinzugehen."

Fr: "hm"

M: "weil ich weeb nich ... Angst oder so, ja

Fr: Also ist es eher so, dass du in so Sachen ...

M: "Janz schön schüchtern bin muss ick sagen ... sonst große Klappe, aber so ...Ja. ..."

Fr: "Also du findest es eigentlich ganz gut?"

M: "Also ich würd da gern ma hingehen, aber ich würd da nich alleene hingehn. Wenn dann würd ich halt gerne meine Schwester mitnehmen ja? (...) aber wenn de da janz neu rangehst und so, da hab ich denn schon n bisschen ... ja, Bammel vor, da bin ich denn schon schüchtern" (I, 2).

In einem anderen Gespräch, an dem die Familienhebamme ("H") teilgenommen hat, weigert sich die Mutter, die Möglichkeit zu solchen Gruppen wahrzunehmen:

Fr: "Kennen sie Eltern-Kind-Gruppen?"

M: "Nee, kenn ich nich."

H: "Klar kennst du wen!"

M: "Ja?" [dann baut ihr die Hebamme eine Brücke:]

Donnerstag und Freitag, 13. und 14. März 2014 in der Technischen Universität Berlin

H: "Haste mir wahrscheinlich nicht zugehört" [und zur Interviewerin gewandt:] *"Ja, das ist einfach zu weit weg für [Wohnviertel]... Mütter und gerade wenn man 4 Kinder hat, das schafft sie morgens nicht, da hinzugehen" (II, 1).*

Wer am unteren Ende der sozialen Hierarchie aufwächst und lebt, lernt in der Regel frühzeitig, seine Grenzen nach "oben" bis in die Körperlichkeit hinein zu verinnerlichen. Gefühle wie Peinlichkeit, Scham, 'Bescheidenheit', der eigenen Minderwertigkeit, aber auch der Abneigung (bis hin zur Wut) halten die Individuen davon ab, sie zu überschreiten. Nicht selten sind die sozialen Grenzen zusätzlich noch angstbesetzt. Es handelt sich hier primär nicht um psychische Probleme, sondern um den Ausdruck der realen Lebenserfahrungen. Das erleben auch die Mütter der Unterschicht, ganz besonders wenn sie ohne Lebenspartner/in und/oder Teenager sind. Viele der Mütter, auf die das zutrifft, haben in den Gesprächen über Diskriminierungserfahrungen vor allem in der Klinik berichtet. In einem Interview wird das deutlich, als es darum geht, dass die langen Wartezeiten in der Kinderarztpraxis und die Anwesenheit zahlreicher anderen Mütter mit Kindern auch zur Aufnahme von Kontakten genutzt werden könnten:

Fr: "... stört dich das dann, wenn da so viele Leute sind?"

M: *"Ja, weil da auch viele Babies sind die schreien, und dann schreit ... auch ... Weiß ich auch nicht. Na, und das ist halt blöd, ne"*

Fr: "Ja"

M: *"... und dann kommen irgendwelche anderen Kinder angelaufen und wollen ihn in'n Mund fassen oder ihm eine kleben oder so"*

Fr: "hat man dann auch Angst, dass die dann ... auch irgendwie was Ansteckendes haben könnten?"

M: *"Ja, genau!"*

Fr: "... und mit den anderen Eltern? ... kann man sich da auch austauschen ...?"

M: *"Na also, ich hab mich da bisher mit noch keinem so richtig unterhalten. Nur so'n Grinsen, das war's denn auch." (...)*

Fr: "... also man unterhält sich ein bisschen, aber ansonsten ..."

M: *"Ja, aber eher weniger. Die meisten sind dann doch so unsympathisch."*

In den Interviews wurde auch deutlich, dass nur die Mütter mit niedrigem (einschl. niedrigem mittleren) SES Angst vor Ansteckung im Wartezimmer der Kinderärzte äußerten.

In den meisten Fällen wird auf die Fragen nach Eltern-Kind-Gruppen eher ausweichend geantwortet, wie im folgenden Beispiel eines weitgehend alleinerziehender Vaters ("V") dreier Kinder:

Fr: "Waren Sie bei Eltern-Kind-Gruppen?"

V: *"Nein"*

Fr: "Darf ich fragen, warum?"

V: *(zuckt mit den Schultern) "keine Ahnung".*

Die Zustimmung sozial benachteiligten Mütter zu den Kinderärzt/innen bei gleichzeitig abwehrender Haltung gegenüber Jugendhilfeangeboten verweist auf ein Präventions- oder auch Selbsthilfedilemma: Familienbezogene Frühe Hilfen wie Eltern-Kind-Gruppen oder Müttertreffs haben ein vielversprechendes Potenzial. Aber die Inanspruchnahme bedarf subjektiver Voraus-

Donnerstag und Freitag, 13. und 14. März 2014 in der Technischen Universität Berlin

setzungen wie kommunikative Fähigkeiten, Selbstvertrauen im Umgang mit anderen sowie die Fähigkeit, Vertrauen in die anderen zu entwickeln. Viele der interviewten Frauen haben in ihrer Sozialisation kaum die Möglichkeit gehabt, diese Eigenschaften auszubilden. Diejenigen Mütter oder Familien, die am deutlichsten gestärkt werden müssen, sind zugleich auch diejenigen, denen es:

- erstens am meisten an den dazu erforderlichen Ressourcen und Fähigkeiten mangelt und die
- zweitens aufgrund ihrer von der Norm abweichenden Verhältnisse eine besonders hohe Scham- und Peinlichkeitsschwelle zu überwinden haben.

In Berlin wurden ausschließlich Frauen befragt, die trotz niedrigem sozioökonomischem Status familienorientierte Hilfen wie Eltern-Kind-Gruppen, Müttertreffs etc. nutzen. Was hat ihnen den Zugang zu diesen Angeboten erleichtert?

In einigen Interviews zeigt sich die Bedeutung sozialer Kontakte und vorhandener Unterstützung für die Nutzung von Angeboten. Eine Befragte mit niedrigem sozioökonomischen Status äußert, dass es ihr schwer gefallen sei, alleine eine Krabbelgruppe aufzusuchen und sie zunächst ihre anfängliche Schüchternheit und die Hemmschwelle, auch über ihre Probleme zu reden, überwinden musste. Bei der Überwindung dieser Hemmschwelle scheint eine Rolle zu spielen, dass die Interviewpartnerin - vermittelt über das Jugendamt - an einer Gesprächstherapie teilnimmt, die sie als hilfreich bewertet. Über die Krabbelgruppe hinaus besucht die befragte Mutter zusammen mit einer anderen Mutter, die sie durch die Kindertagesstätte kennen gelernt hat, auch das Familiencafé einer anderen Einrichtung. Den genutzten Angeboten misst sie für sich und ihr Kind eine hohe Bedeutung zu: *„Ansonsten würde ich ja eingehen und der Kleine auch“*. Auch bei drei weiteren befragten Müttern spielen soziale Kontakte beim Zugang zu den Angeboten eine Rolle. Sie besuchen einen Eltern-Kind Treffpunkt, der von Freundinnen ebenfalls genutzt wird.

Weiterhin, so die Ergebnisse aus Berlin, spielt auch die Niedrigschwelligkeit der Einrichtungen bei der Nutzung eine Rolle. Mehrere der befragten Frauen treffen sich in einem Quartierstreff mit offenem Angebot. Es gibt dort u.a. ein Familiencafé, Bewegungs- und Spielangebote für Kinder sowie gemeinsames Kochen. Man kann kommen und gehen wann man will, es existieren keine festen Gruppen. In den Interviews zeigte sich, dass dieser Treffpunkt für einige Frauen den Status einer inoffiziellen Selbsthilfegruppe hat. Die Frauen gehen fast täglich dort hin, damit ihnen *„zu Hause nicht die Decke auf den Kopf fällt“*, *„die Kinder Kontakte haben“*, sie tauschen sich aus und passen z.T. gegenseitig auf ihre Kinder auf, um, so die Äußerung einer Interviewpartnerin, *„auch mal eine Stunde für sich zu haben“*. Dieser Familientreff wird vorwiegend von Müttern mit niedrigem sozioökonomischen Status besucht, die oben beschriebene Scham und Peinlichkeitsschwelle, anderen Einblicke in die Privatsphäre zu gewähren, ist vermutlich deswegen in dieser Form nicht vorhanden.

Eine mögliche Unterstützung durch **Familienhebammen** als weitere familienbezogene Hilfe bewerten die meisten der befragten Frauen zumindest theoretisch, da z.Zt. in Berlin noch kein dementsprechendes Angebot existiert, positiv. Dazu eine Mutter: *„Es wäre schön, wenn man ei-*

nen Ansprechpartner hätte und man einfach die Chance hätte, jemanden zu holen, der einem ein bisschen hilft". Angebote des **Jugendamtes** werden unterschiedlich eingeschätzt. Das Spektrum der Beurteilung reicht von Ärger über eine ambivalente Haltung bis zu positiven Erfahrungen, die eine Interviewpartnerin mit Hilfen des Jugendamtes gemacht hat. Auch zum Angebot **Frühförderung** zeigt sich kein homogenes Bild. Manche Mütter würden Frühförderung, sofern die Notwendigkeit bestünde, annehmen, damit „*später mal was aus ihm [dem Kind, d.V.] wird*“, andere lehnen ein solches Angebot eher ab, bzw. haben keine Meinung.

7. Zur Lebenssituation benachteiligter Mütter - Ergänzende Erkenntnisse

Neben der Frage subjektiven Nutzens von Kindervorsorgeuntersuchungen liefern uns unsere Erhebungen weitere interessante Aspekte zur Lebenssituation junger, benachteiligter Familien. Wir werden diesen künftig nachgehen und möchten sie an dieser Stelle nur kurz benennen, insbesondere dabei auch auf sich verändernde besondere Problemlagen hinweisen.

Transition - Armutsrisiko Familiengründung

In vielen Interviews ist das besondere Risiko, aber auch die Chancen der Familiengründung belegt. Die Transitionsforschung nach Fthenakis (2003) und anderen verweist darauf, dass gerade der Übergang von der Diade (Partnerbeziehung) zur Triade (Eltern-Kind-Beziehung) eine substantielle Veränderung sei, die besonderer Unterstützung bedürfe. Die Familienforschung weiß hier schon lange über das besondere Verarmungsrisiko der Familiengründung zu berichten (zB. Diemel 2002), die im impliziten bürgerlichen Generationenvertrag Westdeutschlands durch vorgezogene Erbschaftstransfers der jetzt Großeltern werdenden kompensiert werde. Dieses auch im Westen brüchige Modell kann im Osten mangels entsprechender Reichtumsakkumulation oder verfügbarem Grund und Boden/ Bauland in Familienbesitz kaum greifen. Das 2005 eingeführte Elterngeld als Lohnersatzleistung soll hier einen Beitrag leisten, der jedoch an der Gruppe der Einkommensschwachen weitgehend vorbei geht.

In mehreren Interviews stellen wir fest, dass sich durch die Familiengründung die Rahmenbedingungen insbesondere der jungen Frauen grundlegend ändern. Häufig wird davon berichtet, bei den Eltern oder aus der eigenen nun zu kleinen Wohnung ausziehen zu müssen, wobei weitgehend nur Stadtrandgebiete oder Hochhaussiedlungen mit dem dort billigeren Wohnraum als Option zur Verfügung stehen. Ein solcher Umzug geht jedoch oft auch einher mit der Trennung von sozialer und infrastruktureller Unterstützung, was die rund um die Geburt ohnehin häufige soziale Isolierung noch verstärken könne.

Väter-Verhältnisse, Geschlechterkampf

Immer wieder deutlich wird das hohe Spannungsverhältnis zwischen Vätern und Müttern. Immer wieder beschreiben die Mütter eine geringe Verantwortlichkeit der Väter. Zum Teil wird nach Angaben der Mütter von diesen sogar die eigene Vaterschaft in Frage gestellt. Begriffe wie „biologischer Vater“ oder Selbstbezeichnungen der Mütter als faktisch allein erziehend illustrieren das Dilemma, aber auch, dass mitunter deutlich wird, dass keine positiven Bilder einer ver-

antwortlichen Vaterschaft beschrieben werden können, mithin auch das Rollenverständnis diffus bleibt.

Hohe Zustimmung zu Kinderärzten, aber wenig konkrete Informationen

Oben bereits beschrieben ist die hohe Zustimmung gerade sozial benachteiligter Mütter zur kinderärztlichen Versorgung. Im scharfen Kontrast dazu sind aber gerade diese Mütter kaum in der Lage, konkrete Tipps oder Rückmeldungen der Kinderärzt/innen wiederzugeben – es hat sie offenbar wegen sozialkommunikativer Distanzen entweder gar nicht gegeben oder die Mütter haben diese nicht verstehen und behalten können. Wo das vermeintliche Expertenwissen wiedergegeben wird, ist es mitunter bruchstückhaft und von der daher möglicherweise geeignet, elterliche Erziehungskompetenz einschließlich intuitivem Verhalten zu verunsichern und gleichzeitig zu ersetzen durch eine Internalisierung pathologischer Befunde, z.B.:

- „Wir hatten ja Risikogeburt gehabt“ (I vom 28.06.11, Z. 14)
- ..." wo man denkt O Gott lag das jeze an mir, dass da jez so gekommen ist, dass sie vielleicht noch nich so entwickelt in den Sachen sind jez zum Beispiel mit den Feinmotorik noch nich so entwickelt is, hat ja jede Mama" (I vom 02.07.11, Z. 346ff.)

Diskriminierungsgefühl und Entsolidarisierung

Die Verunsicherung gegenüber dem Jugendamt (DJI-Präsident Rauschenbach spricht hier von der „Angst vor der Kinderklaubehörde“) und den z.T. damit assoziierten Einrichtungen wie Gesundheitsämtern, Jugendhilfeträgern und Familienhebammen geht insbesondere bei jungen Müttern einher mit einem Gefühl starker Diskriminierung auf Grund ihres geringen Alters. Sie meinen häufig, die Erziehung ihres eigenen Kindes werde ihnen nicht zugetraut, und sehen sich in einem dauernden Abwehrkampf gegen solche Vorurteile, die sie nicht nur bei Behörden und öffentlichen Einrichtungen, sondern auch im Familien-, Freundes- und Bekanntenkreis sowie im gesellschaftlichen Umfeld verorten.

Trotz oder wegen dieser selbstempfundenen Diskriminierung sind viele benachteiligte Mütter versucht, das Problem geringer Erziehungskompetenz formal anzuerkennen, es jedoch auf andere zu projizieren, wie das häufig verwendete Wort der „Assimuttis“ (I vom 02.07.11, Z. 265) belegt oder diverse Verweise auf Kindesvernachlässigung durch Andere.

8. Schlussfolgerungen

Bei der Auswertung der Interviews aus Stendal zeigt sich folgendes Paradox: Sozial benachteiligte Mütter bevorzugen kindbezogene, medizinische Hilfen. Der „objektive“ Nachteil, nur auf das Kind und nicht auf die psychosoziale Situation der Familie zu fokussieren, wird zum subjektiven Vorzug. Es ist daher von besonderer Bedeutung, die Perspektiven der Mütter genau zu betrachten und zu berücksichtigen, v.a. ihre Ängste und ihre Schamgefühle.

Die Berliner Interviews zeigen die Bedeutung sozialer Kontakte und Unterstützung für die Nutzung familienbezogener Angebote. Demzufolge gilt es, Zugangsbarrieren zu familienorientierten Hilfen auch für sozial isolierte Frauen abzubauen. Eine Möglichkeit könnte beispielsweise die anfängliche Begleitung zu Angeboten durch eine professionelle Vertrauensperson wie z.B. eine Familienhebamme darstellen.

Auch eine Konzeption der Angebote, die sich an Interessen und Bedürfnissen sozial benachteiligter Mütter orientiert, erhöht die Wahrscheinlichkeit der Nutzung von familienorientierten Hilfen. So nutzen einige der in Berlin befragten Mütter einen Eltern-Kind-Treffpunkt aufgrund seiner niedrighwelligen und offenen Arbeitsweise.

Perspektivisch ist es von besonderer Bedeutung, entsprechende Angebote „aus einer Hand“ vorzuhalten, wie es in den Präventionsnetzwerken in Modellkommunen wie Dormagen, Monheim, Münster und Braunschweig bereits etabliert ist (BZgA 2012).

Literatur/Quellen: beim Verfasser/in

Raimund Geene

Hochschule Magdeburg-Stendal

Kontakt:

Hochschule Magdeburg-Stendal
Osterburger Str. 25
39576 Stendal
E-Mail: raimund.geene@hs-magdeburg.de

Nicola Wolf-Kühn

Hochschule Magdeburg-Stendal

Kontakt:

Hochschule Magdeburg-Stendal
Osterburger Str. 25
39576 Stendal
E-Mail: nicola.wolf@hs-magdeburg.de