

Bezug staatlicher Sozialleistungen und Verhütung. Ergebnisse der Studie »frauen leben 3«
Cornelia Helfferich

Regionale Kostenübernahme von Verhütungsmitteln für Menschen mit geringem Einkommen. Ergebnisse einer bundesweiten Erhebung bei Schwangerschaftsberatungsstellen vor Ort
*Johannes Staender,
Ines Thonke*

Reduzierung von Schwangerschaftsabbrüchen in Mecklenburg-Vorpommern. Ein Modellprojekt
Sabina Ulbricht

Pille danach: Alles gut geregelt? Bestandsaufnahme nach der Rezeptfreigabe
Claudia Schumann

Was wissen Frauen über die Pille danach? Ergebnisse einer Repräsentativbefragung der BZgA
Ilona Renner

Flüchtlinge und Migrantinnen. Versorgung im Bereich der reproduktiven Gesundheit
Helga Seyler

Differences in use of family planning in the european region
Gunta Lazdane

Verhütung/ Notfallkontrazeption

Mit diesem FORUM wollen wir den Themenkomplex Verhütung/Notfallkontrazeption mit den Faktoren Bildung, soziale Lage und Zugangsmöglichkeiten in einen Zusammenhang stellen und diskutieren.

Studien aus dem vergangenen Jahr, etwa des Freiburger Hochschulinstituts SoFFI F. und von pro familia, haben den Einfluss von Armut bzw. niedriger Bildung auf das Verhütungsverhalten mehrfach belegt. Auf Fachkongressen wie der BZgA-Tagung »Familienplanung: Ja! Aber?« und dem Berliner Kongress »Armut und Gesundheit« wurden die Ergebnisse intensiv diskutiert und durch Praxiserfahrungen bestätigt.

In dieser Ausgabe zeigt Cornelia Helfferich (SoFFI F.), dass sich ein niedriges Einkommen ungünstig auf die Wahl der als sicher geltenden Verhütungsmittel Pille und Spirale auswirkt. Ein relevanter Anteil von Frauen im ALG-II-Bezug gibt in der Studie an, in der Vergangenheit aus finanziellen Gründen nicht verhütet zu haben.

Ines Thonke und Johannes Staender vom Bundesverband pro familia berichten über Ergebnisse einer bundesweiten Online-Befragung in Schwangerschaftsberatungsstellen, bei der es insbesondere um Zugänge zu finanzierbarer Verhütung ging. In Ländern, Regionen und Kommunen bestehen ganz unterschiedliche Regelungen in Bezug auf eine Kostenübernahme für Verhütungsmittel bei niedrigem Einkommen. Vom Wohnort hängt ab, ob eine Entlastung von Kosten für die Familienplanung gewährt wird.

Ein Modellprojekt aus Mecklenburg-Vorpommern wurde auf Grundlage von Daten und Praxiserfahrungen initiiert, denen zufolge Frauen zunehmend aus finanziellen Gründen auf sichere Verhütung verzichten. Um Schwangerschaftsabbrüche zu reduzieren, wurden in dem Land 12 Monate lang Verhütungsmittel an Frauen im SGB-II-Bezug kostenlos abgegeben. Sabina Ulbricht skizziert das Projekt.

Mit der Pille danach hat sich Claudia Schumann befasst. Sie gibt einen Rückblick auf die Geschichte dieses Notfallkontrazeptivums in Deutschland und Europa und die Debatten, die darüber geführt wurden. Schumann beschreibt, wie sich die beiden Wirkstoffe UPA und LNG unterscheiden, und unterstreicht, dass Selbstfürsorge und Wissen unerlässlich sind, damit Frauen auch in Fragen der Notfallverhütung eine passende, informierte Entscheidung treffen können.

Genau diese Frage nach gesichertem Wissen über die Pille danach bei Frauen im reproduktiven Alter (16- bis 49-Jährige) ist Gegenstand einer repräsentativen Befragung der BZgA, deren Ergebnisse Ilona Renner in diesem Heft zusammenfasst.

Helga Seyler berichtet über die Versorgung von Migrantinnen, Migranten und Flüchtlingen im Bereich sexueller und reproduktiver Gesundheit.

Gunta Lazdane, Leiterin des Programms Sexuelle und reproduktive Gesundheit im WHO-Regionalbüro für Europa, schließlich beschreibt Unterschiede im Verhütungsverhalten in Ländern der Europäischen Region.

Ihre Redaktion

Bezug staatlicher Sozialleistungen und Verhütung

Ergebnisse der Studie »frauen leben 3«¹

Cornelia Helfferich

Bis 2005 wurden Sozialhilfeempfängerinnen die Kosten für Verhütung erstattet. Mit der Hartz-IV-Regelung ist das nicht mehr möglich. Es wird nun befürchtet, dass Frauen auf weniger sichere Verhütungsmittel ausweichen, weil sie sich teurere, aber sicherere Verhütung wie die Pille oder die Spirale nicht leisten können. Die Studie »frauen leben 3. Familienplanung im Lebenslauf von Frauen«, die das Sozialwissenschaftliche FrauenForschungsInstitut Freiburg 2011 bis 2014 im Auftrag der BZgA durchführte, belegt, dass die Befürchtungen zutreffen.

Es lässt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Bezug staatlicher Unterstützungsleistungen (ALG II etc.) und einer häufigeren Nutzung von Kondomen und selteneren Nutzung von Pille und Spirale zeigen. Zudem haben Frauen mit einem Leistungsbezug häufiger in ihrem Lebenslauf unbeabsichtigte und abgebrochene Schwangerschaften erlebt. Es wurden 20- bis 44-jährige Frauen in vier Bundesländern (n = 4 002) befragt, unter anderem zur aktuellen Verhütung und zu zurückliegenden Schwangerschaften.² Verhütung wurde zudem in den qualitativen Interviews und in Interviews mit Beraterinnen aus Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen angesprochen.

Neben dem Einfluss des Einkommens wird auch der Einfluss der Bildung auf die Art der Verhütung betrachtet. Beides lässt sich aber kaum trennen: Eine niedrige Bildung, ein niedriges persönliches Einkommen bzw. eine subjektiv als schlecht eingeschätzte Einkommenssituation hängen eng zusammen.

¹ Die Ergebnisse der Studie »frauen leben 3« wurden von der BZgA im Herbst 2015 veröffentlicht. Angaben zum Bezug des Ergebnisberichts sind unter <http://www.forschung.sexualaufklaerung.de/> zu finden.

² Frage in dem standardisierten Fragebogen: »Gab es in Ihrem Leben Phasen, in denen Sie »betont: aus Kostengründen« nicht mit der Pille oder der Spirale verhütet haben?« Hier wird für die Auswertung des Einkommens auf die subjektive Einschätzung der finanziellen Situation mit einer Skala von 1 (»es geht finanziell sehr gut«) bis 6 (»es geht finanziell sehr schlecht«) zurückgegriffen. Bildung wurde in vier Stufen als Kombination von Schul- und Berufsabschluss erhoben.

³ »(Sehr) gut« = 1 und 2, »mittel« = 3 und »schlecht, negativ« = 4, 5 und 6 auf der 6-stufigen Skala. Wurde die Einkommenssituation im negativ bewerteten Bereich von 4 bis 6 eingeschätzt, wurde zusätzlich gefragt, ob die Befragte oder eine Person im Haushalt staatliche Unterstützungsleistungen wie Arbeitslosengeld II, Hartz IV, Sozialhilfe, Grundsicherung, Wohngeld oder Mietkostenzuschuss erhält.

Bezieherinnen von Sozialleistungen verhüten seltener mit Pille und häufiger mit Kondomen

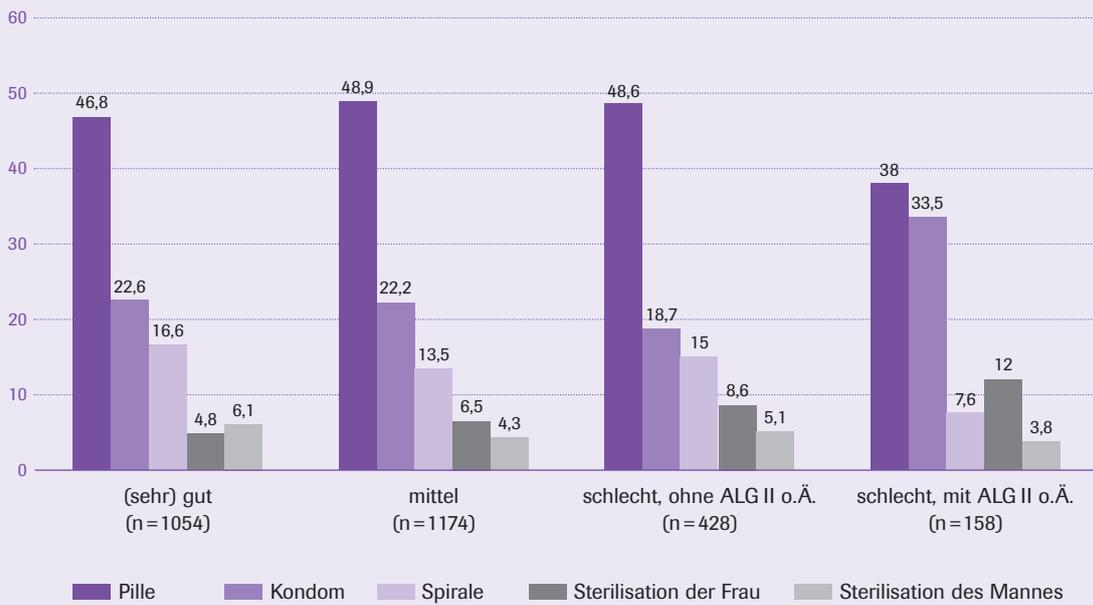
158 Frauen in der Stichprobe verhüten aktuell, schätzen ihre finanzielle Situation als schlecht ein und geben an, dass sie Sozialleistungen beziehen. Während sich das Verhütungsverhalten von Frauen in einer (sehr) guten, mittleren und schlechten finanziellen Situation ohne Bezug von Sozialleistungen³ kaum unterscheidet, fällt das Verhalten der Bezieherinnen von Sozialleistungen ganz anders aus: Sie verhüten seltener als alle anderen mit Pille und Spirale, verwenden häufiger Kondome und sind häufiger sterilisiert. Dies unterscheidet sie auch von Frauen, die ihre finanzielle Situation als schlecht einstufen, aber keine Sozialleistungen beziehen (Abbildung 1).

Da Verhütung sich im Lebenslauf verändert, soll auch das Alter berücksichtigt werden. Das ermöglicht eine Präzisierung: Die seltenere Nutzung der Pille und die häufigere Nutzung des Kondoms findet sich nur bei Frauen mit Sozialleistungsbezug unter 35 Jahren – also in dem Alter, in dem die sexuelle Aktivität am ausgeprägtesten ist und in dem die meisten Schwangerschaften eintreten, in dem also sichere Verhütung besonders wichtig ist. Die älteren Leistungsbezieherinnen nehmen zwar ebenfalls am seltensten die Pille und am häufigsten das Kondom, aber der Zusammenhang ist nicht mehr signifikant. Abbildung 2 stellt der Übersichtlichkeit wegen die Anteile der Nutzerinnen der jeweiligen Verhütungsmethoden als Linien über die Einkommenssituationen hinweg dar.

Könnte es sich aber auch um eine Frage der Einstellung und nicht des Geldes handeln, wenn Frauen mit Sozialleistungsbezug häufiger Kondome nehmen? Mögen sie ein-

Abb. 1

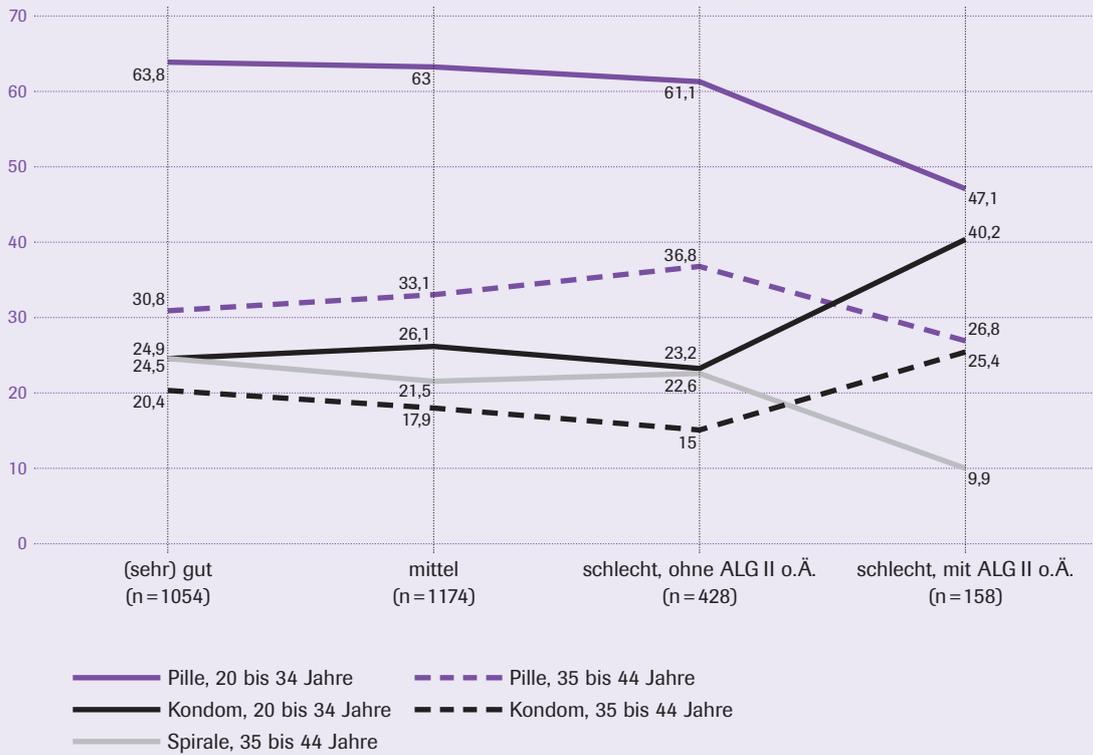
Genutzte Verhütungsmittel – nach finanzieller Situation (in %)*



Quelle: BZgA, Datensatz »frauen leben 3« 2012, 20- bis 44-jährige Frauen in vier Bundesländern
 Filter: nur Frauen, die zum Befragungszeitpunkt verhüten
 * Bei allen Verhütungsmethoden ein signifikanter Unterschied nach finanzieller Situation mit Ausnahme der Sterilisation des Mannes

Abb. 2

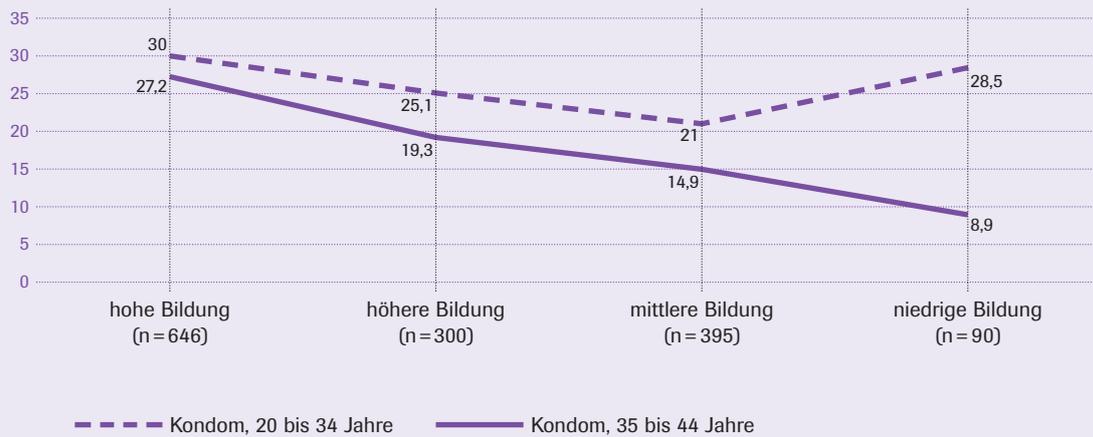
Genutzte Verhütungsmittel – nach finanzieller Situation und Alter (in %)*



Quelle: BZgA, Datensatz »frauen leben 3« 2012, 20- bis 44-jährige Frauen in vier Bundesländern
 Filter: nur Frauen, die zum Befragungszeitpunkt verhüten
 * durchgehende Linie: signifikante Gruppenzusammenhänge, unterbrochene Linie: nicht signifikant

Abb. 3

Kondomnutzung – nach Bildung und Alter (in %)*



Quelle: BZgA, Datensatz »frauen leben 3« 2012, 20- bis 44-jährige Frauen in vier Bundesländern
 Filter: nur Frauen, die zum Befragungszeitpunkt verhüten
 * durchgehende Linie: signifikante Gruppenzusammenhänge, unterbrochene Linie: nicht signifikant

fach lieber Kondome? Um diese Frage zu beantworten, haben wir die Bildung einbezogen. Zum einen sind viele Einstellungen zu Verhütungsmethoden bildungsabhängig, zum anderen machen Frauen mit einer niedrigen Bildung ein gutes Viertel der Leistungsempfängerinnen aus, während sie bei den anderen finanziellen Lagen nur mit zwischen 4,3 % und 8,6 % vertreten sind. Wenn niedrig qualifizierte Frauen eine dezidierte Einstellung zu Verhütung haben, könnte sich dies gerade im Verhütungsverhalten der Leistungsempfängerinnen niederschlagen.

Die Antwort auf die Frage lautet nun, zugespitzt formuliert: In einem Alter bis 35 Jahre ist die häufigere Kondomnutzung eine Frage des Geldes, in einem Alter über 35 Jahren eine Frage der Bildung. In jüngeren Jahren sind die Raten der Kondomnutzung signifikant höher bei Leistungsbezieherinnen, wie Abbildung 2 zeigte, aber, wie dann Abbildung 3 zeigt, die Bildung beeinflusst die Kondomnutzung nicht signifikant. Umgekehrt verliert der Zusammenhang der Kondomnutzung mit der finanziellen Situation in der älteren Altersgruppe an Signifikanz, aber die Bildung schlägt hochsignifikant durch (Abbildung 3): Frauen mit hoher Bildung nehmen sogar häufiger Kondome.

Die höhere Kondomnutzung kann auch nicht darüber erklärt werden, dass ein höherer Anteil an Frauen unter den Leistungsempfängerinnen keinen Partner hat. In der Gesamtstichprobe gab es keinen Zusammenhang zwischen der Verwendung von Kondomen und der partnerschaftlichen Lebensform. Bei den Leistungsempfängerinnen, die aktuell verhüten, geben die Partnerlosen am seltensten (18,4 %) und die Frauen in nicht ehelichen Lebensgemeinschaften am häufigsten (52,4 %) an, Kondome zu nutzen (verheiratete Frauen und Frauen in Partnerschaften ohne gemeinsamen Haushalt beide 37,5 %, signifikant).

Bei einer geringeren Pillennutzung in jüngerem Alter könnte möglicherweise die Einstellung eher eine Rolle spielen, denn Frauen unter 35 Jahren mit einer kurzen Bildungsphase nehmen seltener (48,9 %) die Pille als Frauen mit längeren Bildungsphasen (zwischen 58,5 % und 69,7 %). Hier ist aber auch der umgekehrte Zusammenhang möglich:

Weil das Geld häufiger knapp ist und weil zwei von fünf Frauen mit kurzer Ausbildung ihre finanzielle Situation als schlecht bewerten – mit oder ohne Sozialleistungsbezug –, deswegen nutzen sie die Pille seltener. Hier stößt man an die Grenzen der Berechnungen, und nur eine größere Stichprobe würde genauere Analysen ermöglichen.

Die Spirale wird seltener, die Sterilisation der Frau häufiger genutzt

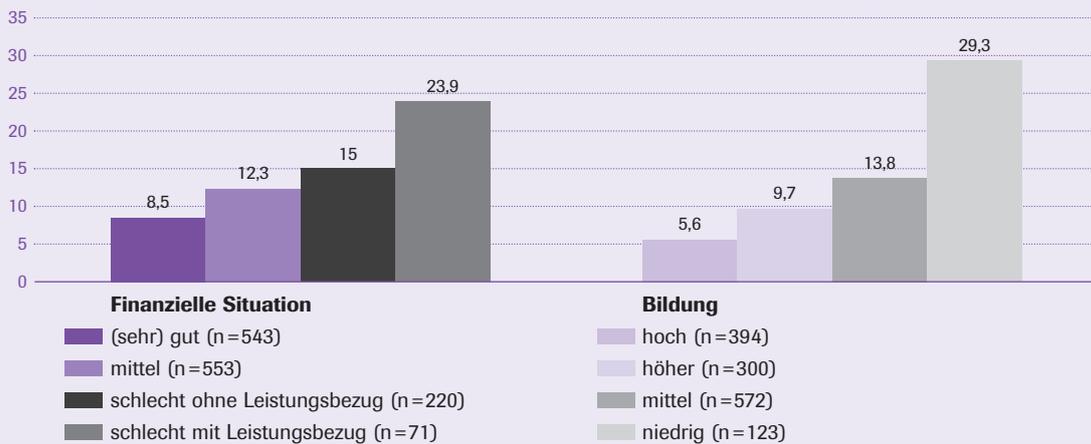
Bleibt noch die gesonderte Diskussion der Spirale und der Sterilisation der Frau, da beide Verhütungsmittel erst in etwas höherem Alter Verwendung finden. Die Spirale wird, wie Abbildung 2 für die über 34-Jährigen zeigt, ebenso wie die Pille von Leistungsbezieherinnen seltener verwendet. Aber obwohl auch bei der Sterilisation das Kostenargument zum Tragen kommen müsste (denn die Kosten dafür werden nicht übernommen), sind über 34-jährige Frauen mit Sozialleistungsbezug häufiger sterilisiert. Eine Erklärung liefert wiederum der Einbezug der Bildung: Frauen mit einer kurzen Ausbildung bekommen früher ihr erstes Kind und schließen die Familienplanung auch früher ab – und das ist der Zeitpunkt, ab dem eine Sterilisation in Frage kommt (Abbildung 4). In dieser Altersgruppe ab 35 Jahren will allgemein und unabhängig von der finanziellen Situation die große Mehrheit der Frauen keine (weiteren) Kinder. Offen bleibt, wie viele Frauen mit Leistungsbezug eine Sterilisation wünschen, sie aber nicht finanziert bekommen.

Der Bedarf an Verhütung ist bei Leistungsbezieherinnen häufiger nicht gedeckt

Die Studie »frauen leben 3« liefert weitere Hinweise auf Schwierigkeiten beim Zugang zu Verhütung für Leistungsbezieherinnen. Es gibt im internationalen Sprachgebrauch einen Indikator »Un gedeckter Bedarf an Verhütung« (unmet need). Er gibt an, welcher Anteil an Frauen, die empfäng-

Abb. 4

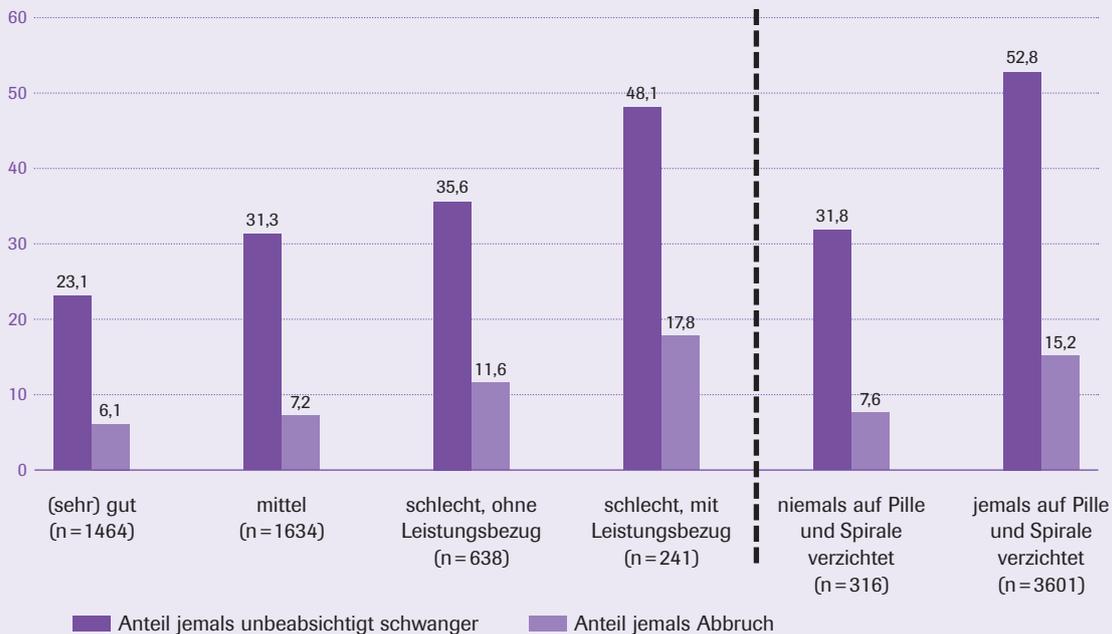
Sterilisation der Frau bei über 34-Jährigen – nach finanzieller Situation und nach Bildung (in %)*



Quelle: BZgA, Datensatz »frauen leben 3« 2012, 20- bis 44-jährige Frauen in vier Bundesländern
 Filter: nur Frauen, die zum Befragungszeitpunkt verhüten
 * jeweils signifikante Gruppenunterschiede

Abb. 5

Unbeabsichtigte Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche jemals im Leben von Frauen – nach aktueller finanzieller Situation (in %)*



Quelle: BZgA, Datensatz »frauen leben 3« 2012, 20- bis 44-jährige Frauen in vier Bundesländern
 * jeweils signifikante Gruppenunterschiede

nisfähig sind, heterosexuellen Geschlechtsverkehr haben und sich zugleich kein Kind wünschen – die also eine sichere Verhütung bräuchten –, nicht verhüten. Dieser »ungedeckte Bedarf« ist in Deutschland niedrig. Er liegt bei Frauen in einer schlechten finanziellen Situation mit Bezug staatlicher Unterstützung bei 5,4 % und ohne diesen Bezug bei 6,7 %, berechnet auf alle fertilen Frauen – und das ist mehr als die entsprechenden Anteile bei einer mittulguten (3,5 %) oder einer (sehr) guten finanziellen Situation (3,9 %).

Den zweiten Hinweis liefert die Frage im Fragebogen nach einem Verzicht auf sichere Verhütung. Frauen mit einem Leistungsbezug hatten häufiger schon (mindestens einmal im Leben aus Kostengründen auf Pille oder Spirale verzichtet (22,4 %). Dieser Anteil liegt bei einer schlechten finanziellen Situation ohne diesen Unterstützungsbezug mit 14,4 % deutlich niedriger und ist noch einmal niedriger bei einer besseren finanziellen Situation (7,5 % bei einer mittleren und 3,8 % bei einer [sehr] guten finanziellen Situation).

Häufiger ungewollte Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche in der Biografie der Leistungsbezieherinnen

Frauen, die aktuell staatliche Unterstützungsleistungen beziehen, waren in der Vergangenheit häufiger unbeabsichtigt schwanger geworden und hatten häufiger bereits eine Schwangerschaft abgebrochen. Knapp jede Zweite hatte mindestens eine Schwangerschaft erlebt, die zu früh kam (»gewollt, aber später«), ungewollt war oder bei der sie zwiespältig waren (»unentschieden«; zusammengefasst unter »unbeabsichtigt«). Speziell (mindestens) einen Schwangerschaftsabbruch hatten 17,8 % angegeben (Referenzwerte für die gesamte Stichprobe: 29,9 % aller Frauen waren jemals unbeabsichtigt schwanger gewesen und 8,2 % hatten jemals eine Schwangerschaft abgebrochen; Abbildung 5).

Diejenigen, die jemals auf die Pille oder Spirale aus Kostengründen verzichtet haben, haben ebenfalls häufiger eine unbeabsichtigte Schwangerschaft bzw. einen Schwangerschaftsabbruch erlebt (Abbildung 5). Allerdings wissen wir nicht, ob gerade dieser Verzicht auf sichere Verhütung ursächlich zu einer zu diesem Zeitpunkt nicht gewollten Schwangerschaft geführt hat.

Wir wissen auch nicht, ob die finanzielle Situation schon zum damaligen Zeitpunkt, als die Befragte unbeabsichtigt schwanger wurde, schlecht war. Es ist auch möglich, dass der Zusammenhang in Abbildung 5 noch anders zu interpretieren ist: Weil eine unbeabsichtigte Schwangerschaft in einer ungünstigen Situation ausgetragen wurde, hat sich die finanzielle Situation dauerhaft verschlechtert. Für diese Interpretation spricht, dass Frauen, die heute Sozialleistungen beziehen, ihr erstes Kind häufiger als Teenager (17,2 % im Alter von unter 20 Jahren) bzw. im Alter von unter 25 Jahren (44,6 %) bekommen haben. Die Anteile betragen bei Frauen mit einer aktuell als (sehr) gut eingeschätzten Einkommenssituation 5,7 % und 22,4 %. Bekannt ist, dass Schwangerschaften in jungen Jahren und gerade während einer Berufsausbildung die Bildungs- und Erwerbschancen einschränken und zu späterer Abhängigkeit von Unterstützungsleistungen führen können. Auch der hohe Anteil an Alleinerziehenden unter den Leistungsempfängerinnen spricht dafür.

Der Bedarf an sicherer Verhütung ist da

Kinderlose Frauen, die Sozialleistungen beziehen, wünschen sich nicht mehr und nicht weniger Kinder als besser gestellte Frauen. Aber in der Summe wollen sie doch seltener »recht rasch« ein Kind, was heißt, dass sie häufiger auf sichere Verhütung angewiesen sind. Etwa jede zehnte Frau in einer schlecht eingeschätzten finanziellen Situation ohne (11,9 %) und mit Bezug staatlicher Unterstützung (11,4 %) würde keine Verhütung benötigen, weil sie »recht rasch« ein weiteres Kind will; das waren etwas weniger als bei einer als (sehr) gut (16,0 %) und bei einer als mittel eingeschätzten Situation (14,5 %, nicht signifikant). Auch Mütter unter den Leistungsbezieherinnen, die ein Kind haben, sind häufiger auf sichere Verhütung angewiesen: Nur jede Zehnte (9,7 %) will nämlich ein zweites Kind »recht rasch« bekommen, während es bei Müttern eines Kindes in einer sehr guten Lage doppelt so viele (21,7 %) sind.

Die aktuelle Situation der Frauen im Leistungsbezug ist nicht nur bezogen auf den finanziellen Aspekt ungünstig, sondern auch bezogen auf die Partnerschaft: Zwei von fünf

Empfängerinnen staatlicher Unterstützungsleistungen (40,7 %) leben mit und ohne Kinder ohne einen festen Partner. Ein knappes Viertel (22,8 %) ist alleinerziehend, weitere 13,7 % haben Kinder und einen Partner, mit dem sie aber nicht verheiratet sind oder nicht zusammenleben. Die Studie »frauen leben 3« hat gezeigt, dass eine berufliche oder finanzielle Unsicherheit und eine schwierige partnerschaftliche Situation gegen ein Kind sprechen – und damit ist sichere Verhütung gefragt.

Fazit und Diskussion

Es lassen sich vier wichtige Ergebnisse festhalten: Erstens verwenden Frauen unter 35 Jahren, die Sozialleistungen beziehen, seltener die Pille und häufiger das Kondom. Der Rückgriff auf das Kondom ist bei ihnen nicht von der Bildung, sondern von der finanziellen Situation abhängig. Ab 35 Jahren wird die Spirale seltener verwendet, aber häufiger sind die Frauen sterilisiert.

Zweitens ist der Verhütungsbedarf bei Leistungsempfängerinnen weniger vollständig abgedeckt: Häufiger haben sie für unterlassene Verhütung keinen guten Grund – wie es ein Kinderwunsch oder kein heterosexueller Geschlechtsverkehr wäre – und häufiger haben sie jemals aus Kostengründen auf Pille oder Spirale verzichtet.

Drittens waren sie häufiger unbeabsichtigt schwanger und hatten häufiger eine Schwangerschaft abgebrochen.

Und viertens konnte nur etwas mehr als jede zehnte Kinderlose oder Mutter von einem Kind in einer schlechten finanziellen Situation die Verhütungsfrage insofern entspannt sehen, als sie sich recht bald ein Kind wünschte. Dieser Anteil war geringer als bei finanziell besser gestellten Frauen. Der Bedarf an sicherer Verhütung ist gegeben.

Diese Ergebnisse fügen sich in das ein, was aus den wenigen vorliegenden Studien bekannt ist. Ein niedriges Einkommen und eine niedrige Bildung werden in vielen internationalen Studien (in den USA zusammen mit einer Zugehörigkeit zu »Non white«-Gruppen) mit einer geringeren Verhütungssicherheit und häufigeren ungewollten Schwangerschaften in Verbindung gebracht. US-Studien fanden häufiger Sterilisationen bei Frauen mit einer kurzen Ausbildung und Frauen in Armut (JONES/MOSHER/DANIELS 2012). Frauen ohne College-Ausbildung nutzten seltener die Pille und häufiger Langzeitmethoden (DANIELS/DAUGHERTY/JONES 2014, FROST/DARROCH 2004).

Zwei Aussagen über Frauen mit Hauptschulabschluss in Deutschland finden sich in der Studie »Verhütungsverhalten bei Erwachsenen« der BZgA (2011). Demnach wandten 15 % der Frauen mit einem Hauptschulabschluss keine Verhütung an, wobei ein Kinderwunsch oder eine Schwangerschaft als Grund schon aus dem Anteil herausgerechnet sind. Bei einer mittleren Bildung und bei Abitur waren es jeweils nur 7 %. Frauen mit einem Hauptschulabschluss waren aber in einem sehr ähnlichen Ausmaß sehr gut oder gut informiert über Verhütung wie Frauen mit Abitur; bei den Männern hatten diejenigen mit Abitur einen besseren Informationsstand (BZgA 2011, S. 22 f.). Das Einkommen untersuchte eine Studie von TANJA NITZ und ULRIKE BUSCH: Je schlechter das Monatsbudget von Frauen ist, desto seltener nehmen sie die Pille.

Die Studie »frauen leben 3« zeigt, dass der Leistungsbezug als solcher eine Rolle spielt, denn Frauen in einer schlechten finanziellen Situation ohne Leistungsbezug unter-

scheiden sich bezogen auf das Verhütungsverhalten nicht von besser gestellten Frauen. Die Studie liefert starke Belege dafür, dass es tatsächlich die knappen finanziellen Mittel der Leistungsbezieherinnen sind, die zum Ausweichen auf das kostengünstigere Kondom führen. Dass die Pille für Empfängerinnen staatlicher Unterstützung zu teuer ist, wird sowohl durch die qualitativen Interviews mit den Frauen als auch durch die Interviews mit den Beraterinnen aus den Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen bestätigt. Zwar kann nicht nachvollzogen werden, ob die häufigeren unbeabsichtigten Schwangerschaften deswegen eingetreten waren, weil auf sichere Verhütung verzichtet worden war. Es ist sogar anzunehmen, dass weitere Faktoren zu dem Eintreten der ungewollten Schwangerschaften beigetragen haben als ausschließlich der fehlende Zugang zu sicherer Verhütung. Dennoch kann die Kostenübernahme für Verhütungsmittel der Wahl wenigstens eines der Probleme der Familienplanung – die finanziellen Hürden beim Zugang zu sicherer Verhütung – ausräumen und auf diese Weise zur Prävention ungewollter Schwangerschaften beitragen.

Da die vier ausgewählten Bundesländer die unterschiedlichen Typen der Länder repräsentieren – Berlin ist ein Stadtstaat, Sachsen ein neues Bundesland, Niedersachsen ein westdeutscher, in sich heterogener Flächenstaat, Baden-Württemberg ein reiches Bundesland im Süden – lassen sich die Ergebnisse für Deutschland verallgemeinern. Sie stützen die Forderungen nach einer Kostenübernahme für Verhütungsmittel bei Empfängerinnen staatlicher Unterstützungsleistungen.



Cornelia Helfferich, Prof. Dr., ist Professorin für Soziologie an der Evangelischen Hochschule Freiburg, Privatdozentin am Institut für Soziologie der Universität Freiburg und Leiterin des Sozialwissenschaftlichen FrauenForschungsInstituts (SoFFI F.) im Forschungs- und Innovationsverbund an der EH Freiburg (FIVE). Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Gender- und Lebenslauforschung, insbesondere im Zusammenhang mit den Themen Familie, Gewalt im Geschlechterverhältnis sowie Geschlechterbeziehungen in der Jugend.

Kontakt:

Evangelische Hochschule Freiburg,
Sozialwissenschaftliches
FrauenForschungsInstitut SoFFI F.
Bugginger Straße 38
79114 Freiburg
Telefon 0761 47812-960
helfferich@eh-freiburg.de
www.soffi-f.de

Literatur/Quellen

- BZGA (2011): Verhütungsverhalten Erwachsener. Ergebnisse der Repräsentativbefragung. Köln: BZgA
- FROST, J./DARROCH, J. (2008): Factors Associated with Contraceptive Choice and Inconsistent Method Use, United States 2004. In: Perspectives on Sexual and Reproductive Health 40 (2), 94–104
- DANIELS, K./DAUGHERTY, J./JONES, J. (2013): Current contraceptive status among women aged 15–44: United States, 2011–2013, National Health Statistics Reports, No. 173, <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db173.pdf>
- JONES, J./MOSHER, W./DANIELS, K. (2012): Current Contraceptive Use in the United States, 2006–2010, and Changes in Patterns of Use Since 1995. In: National Health Statistics Reports Number 60, October 18, 2012, <http://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr060.pdf>
- NITZ, T./BUSCH, U. (2014): Studie zum Verhütungsverhalten unter ALG-II-Bezug: »Pille oder Risiko?« In: pro familia magazin 1, 28–29

Regionale Kostenübernahme von Verhütungsmitteln für Menschen mit geringem Einkommen

Ergebnisse einer bundesweiten Erhebung bei Schwangerschaftsberatungsstellen vor Ort¹

Johannes Staender, Ines Thonke

In Kooperation mit der Universität Bielefeld hat der pro familia Bundesverband nach bestehenden Kostenübernahmeregelungen von Verhütungsmitteln geforscht. Die Ergebnisse der Befragung belegen regional sehr unterschiedliche Regelungen und damit Zugangsmöglichkeiten für Menschen mit geringem Einkommen.

Hängt der Zugang zu finanzierbarer Verhütung vom Wohnort ab?

Der Wegfall bundesweiter gesetzlicher Regelungen zur Kostenübernahme, wie sie das Bundessozialhilfegesetz früher enthielt, hat eine uneinheitliche, von regionalen politischen Entscheidungen bestimmte Situation entstehen lassen. In vielen Bundesländern wurden Kostenübernahmeregelungen gefunden. Ergänzend gibt es zahlreiche weitere Hilfsangebote wie etwa Spenden-, Stiftungs- oder Sonderfonds. Diese meist kommunal initiierten Unterstützungsmodelle wurden implementiert, weil ein gesundheitspolitischer Handlungsbedarf gesehen wird.

Diese unübersichtliche Situation wollte die vom pro familia Bundesverband in Kooperation mit der Universität Bielefeld durchgeführte und vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderte Befragung näher beleuchten. Befragungsziel war es, eine Übersicht zur aktuellen regionalen Regelungspraxis zu gewinnen und damit den Kenntnisstand zum Thema zu erweitern (BURY 2013; PRO FAMILIA 2010a). Als weitere Zielsetzung sollten Versorgungsbarrieren und regionale Unterschiede in der Zugänglichkeit und Ausgestaltung von Kostenübernahmeprogrammen so weit abgebildet werden, dass der Bedarf an einer bundesweit einheitlichen Regelung auf solider Basis eingeschätzt werden kann. Daneben wurden einige Fragen zur politischen Situation vor Ort und zur Bewertung der Regelungspraxis durch die Beraterinnen gestellt.

Schwangerschaftsberatungsstellen als wichtige Ansprechpartner

Die Erhebung mittels Online-Fragebogen setzte bei den pro familia-Beratungsstellen als wichtigen und zuverlässigen Informationsquellen an. Um ein breites Bild über die aktuelle Situation in Deutschland zu erhalten, wurden zudem ausgewählte Beratungsstellen weiterer Träger (Arbeiterwohl-

Was wurde erfragt?

- Ist eine Kostenübernahme-Regelung vorhanden?
- Wenn ja, wer sind die beteiligten Akteure/Akteurinnen?
- In welchen Bundesländern gibt es Regelungen?
- Wurden Übernahme-Regelungen auf Länder- oder Kommunalebene getroffen?
- Wie ist das Verfahren geregelt? (Procedere, Antragstellung, Höhe der Kostenübernahme)
- Für wen gelten die Regelungen?
- Welche Methoden werden übernommen?
- Wird das Angebot beworben?
- Wenn keine Regelung besteht, wird regionaler Handlungsbedarf gesehen?

¹ Dieser Beitrag wurde erstmals im pro familia magazin 3 im September 2015 veröffentlicht.

Tab. 1

Regelungen zur Kostenübernahme

»Gibt es in Ihrer Kommune ein Kostenübernahmemodell?«
Antworten der Beratungsstellen nach Bundesland

Bundesland	Regelung vorhanden		Keine Regelung	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Baden-Württemberg	34	64,2	19	35,8
Bayern	5	11,1	40	88,9
Berlin	2	100,0	0	0,0
Brandenburg	0	0,0	19	100,0
Bremen	2	100,0	0	0,0
Hamburg	0	0,0	1	100,0
Hessen	7	26,9	19	73,1
Mecklenburg-Vorpommern	0	0,0	10	100,0
Niedersachsen	34	68,0	16	32,0
Nordrhein-Westfalen	36	51,4	34	48,6
Rheinland-Pfalz	1	5,9	16	94,1
Saarland	0	0,0	5	100,0
Sachsen	0	0,0	10	100,0
Sachsen-Anhalt	0	0,0	8	100,0
Schleswig-Holstein	2	14,3	12	85,7
Thüringen	0	0,0	20	100,0
Gesamtsumme	123	34,9	229	65,1

fahrt, Caritas, Deutsches Rotes Kreuz, Diakonie, donum vitae) und Beratungsstellen verschiedener Gesundheitsämter kontaktiert. Ausdrücklich wurden die Beraterinnen gebeten, auch dann an der Befragung teilzunehmen, wenn in ihrer Kommune keine öffentliche Regelung besteht. Der Fragebogen enthielt dazu einige Items, denn auch der eingeschätzte Bedarf, eine politische Diskussion vor Ort oder regional geplante Projekte waren von Interesse.

Von Ende Januar bis Mitte Mai 2015 wurde der Fragebogen 432-mal regulär abgeschlossen. Um Doppelzählungen zu vermeiden, wurde bei Beratungsstellen mit übereinstimmender räumlicher Zuständigkeit jeweils nur ein Bogen in die Auswahl einbezogen. Insgesamt fließen die Antworten aus 361 Fragebögen in die Ergebnisse ein. Keine Kommune ist doppelt vertreten. Aus allen Bundesländern liegen Informationen vor.

Ungleichverteilung der Angebote

Inwieweit sind auf regionaler Ebene Regelungen zur Übernahme von Verhütungskosten getroffen worden? Die Antworten zeigen zunächst erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesländern. So werden für die östlichen Länder keinerlei Regelungen angegeben.² Aber auch innerhalb der Länder, in denen Regelungen bestehen, zeigen sich beträchtliche Differenzen.

Die politische Diskussion vor Ort

Wo keine öffentlichen Regelungen zur Kostenübernahme bestehen, wurden die Beraterinnen nach bekannten und vermuteten Gründen gefragt. In der Haushaltslage sehen oder vermuten sie wesentlich häufiger einen Grund für das Fehlen

einer Regelung (35,3 % bzw. 55,2 %³) als in der mangelnden Bedarfswahrnehmung politischer Entscheidungsträger (21 % bzw. 38,1 %). Die in Freitextangaben genannten Gründe und Annahmen sind teils politisch-pragmatischer, teils grundsätzlicher Natur, so etwa die Auffassung, Schwangerschaftsverhütung falle in die Eigenverantwortung der Frauen/Familien. Eine primäre Begründung verweist auf Zuständigkeiten: Es sei Sache des Bundes, Regelungen zu treffen, nicht die der Kommune oder des Landes. Eng verknüpft damit ist der Hinweis auf die fehlende gesetzliche Grundlage für kommunales Handeln. Politische Kräfteverhältnisse werden ebenfalls genannt: Für eine Regelung findet sich keine Mehrheit, die betroffene Personengruppe hat keine Lobby.

Das Fehlen einer Regelung löst nicht unbedingt eine politische Diskussion aus. Deutlich wird das an den Antworten auf die Frage, ob das Thema in der Kommune aktuell diskutiert wird: Mit Ja antworteten gut 24 %, mit Nein knapp 76 % (n = 218).

Wenn doch eine Diskussion stattfindet, von wem wird sie geführt? Beratungsträger werden fast durchgängig genannt (92 % der Ja-Antworten), Parteien hingegen in recht geringem Umfang (17 %). Auch die Freitextantworten nennen Beratungsstellen und -träger mehrfach. Daneben wird eine Reihe weiterer Akteure angeführt, darunter kommunale Akteure und verschiedene Netzwerke, Arbeitskreise und -gemeinschaften. Mehrfach erwähnt werden Gleichstellungsstellen/-beauftragte.

2 Im November 2013 startete in Mecklenburg-Vorpommern ein vom Land finanziertes regional begrenztes Modellprojekt. Das bis zum Ende dieses Jahres laufende Projekt wird derzeit evaluiert. Seit Oktober vergangenen Jahres werden keine neuen Teilnehmerinnen mehr aufgenommen.

3 n = 224 bzw. 223. Die Gesamtzahl der Antworten variiert aus sachlichen Gründen. Hinzu kommt, dass nicht durchgängig alle Fragen beantwortet wurden.

Der Handlungsbedarf ist groß!

Bei der Einschätzung des politischen Handlungsbedarfs zeigt sich ein klarer Unterschied zwischen den Beratungsstellen in Gebieten mit und ohne Regelung. Beraterinnen in den Kommunen ohne Regelung beantworten die Frage, ob Regelungsbedarf bestehe, nahezu einstimmig mit Ja (99 %; n = 216), wogegen Beratungsstellen in Kommunen mit Kostenübernahmeregelung den Handlungsbedarf unterschiedlich wahrnehmen: 47 % halten die gegebenen Regelungen für bedarfsgerecht, 53 % für nicht bedarfsadäquat (n = 111).

Kommunen sind Träger der Kostenübernahmemodelle

Soweit öffentliche Regelungen existieren, bilden die Kommunen (kreisfreie Städte, Kreise) die entscheidende Trägerebene (95,8 %; Land: 4,2 %; n = 118). In dieser Beziehung vermitteln die öffentlichen Programme ein einheitliches Bild. Das ändert sich nachhaltig, wenn die konkrete Ausgestaltung der Angebote betrachtet wird, etwa die Verfahrensweise, die Form der Erstattung, die Anlaufstelle, die Höhe der Unterstützung, die Bedingungen für eine Inanspruchnahme, die Auswahl der Leistungsberechtigten und die Verhütungsmethoden selbst.

Finanzierung – ein buntes Bild

Mit welchen Mitteln die Kostenübernahmeregelungen ausgestattet sind, wie das Antragsverfahren organisiert wird, welche Verhütung erstattet wird und wer zu der Gruppe der Leistungsberechtigten gehört, diese Fragen sind nicht einmal auf Länderebene einheitlich zu beantworten. Die Kommunen stellen häufiger einen festen als einen flexiblen Haushaltsbetrag zur Verfügung (61,8 % bzw. 38,2 %; n = 110). Wenn der Fixbetrag im Haushalt nicht reicht, wird die Regelung eher ausgesetzt (42,5 %; n = 87), als dass die Zugangsbedingungen eingeschränkt würden (11,5 %). In Freitextangaben werden weitere Verfahrensweisen (46 %) erwähnt, die die Bandbreite der Handlungsformen und -ebenen illustrieren: Neuverhandlungen über die Höhe der Mittel, Rückgriff auf Stiftungsmittel und Spendengelder, Eigenbeteiligung der Klientinnen und Klienten, Wartelisten. Es kommt aber auch vor, dass Kommunen sich zur raschen, unkomplizierten Mittelanpassung bereitfinden.

In knapp 75 % der Fälle werden Verhütungskosten erstattet oder Zuschüsse gewährt, während gut ein Viertel der Kommunen die Kosten direkt finanziert. Etwa die Hälfte der Programme sieht eine Kostenübernahme in voller Höhe vor (53 %, n = 111).

Eine ärztliche Verordnung nennen knapp 52 % der Beraterinnen (n = 120) als Bedingung für die Inanspruchnahme. Die Antragstellung erfolgt meist in Beratungsstellen (Schwangerschaftsberatungsstellen: 62,5 %; andere Beratungsstellen: 10 %). Auch die kommunale Sozialverwaltung hat diesbezüglich ein größeres Gewicht (31,7 %), während Jobcenter von nachrangiger Bedeutung sind (7,5 %).

Leistungsberechtigte

ALG-II-Bezug	97,5 %
Sozialgeldbezug	83,1 %
Geringes Einkommen (Obergrenze)	44,9 %
Nur Frauen	28,8 %
Mindestalter / Altersgrenze	11,0 %
(n = 118)	

ALG-II-Bezieherinnen und -bezieher wurden fast durchweg als Leistungsberechtigte genannt. Sozialgeld-BezieherInnen und -bezieher immer noch von der großen Mehrzahl. Bei Personen, die unabhängig von ALG-II- oder Sozialgeldbezug über ein geringes Einkommen verfügen, sinkt der Anteil der Nennungen unter 50 %. Die Einschränkung des Berechtigtenkreises auf Frauen wurde für weniger als 30 % der erfassten Angebote angegeben. Nur ein kleiner Teil der Programme sieht schließlich ein Mindestalter oder eine Altersgrenze als Zugangsvoraussetzung bzw. Ausschlusskriterium vor.

Einbezogene Verhütungsmittel

Kupferspirale	92,3 %
Hormonspirale	85,5 %
Dreimonatsspritze	82,1 %
Pille	78,6 %
Hormonimplantat	76,1 %
Sterilisation	71,8 %
Vaginalring	69,2 %
Verhütungspflaster	64,1 %
Kupferkette	58,1 %
Diaphragma	40,2 %
Pille danach	23,1 %
Chemische Verhütungsmittel	12,8 %
Kondom	9,4 %
(n = 117)	

Hinsichtlich der einbezogenen Verhütungsmittel zeigen sich eindeutige Schwerpunkte. Kupferspirale, Hormonspirale, Dreimonatsspritze, Hormonimplantat und die Pille werden von mehr als drei Viertel der Programme abgedeckt. Eine Kostenübernahme für Sterilisationen, die in verschiedenen Freitexteintragungen ausdrücklich als Wunsch geäußert wurde, sehen die hier erfassten Programme in knapp 72 % der Fälle vor. Mit abnehmender Tendenz, aber noch relativ hohen Anteilen, folgen einige weitere Verhütungsmittel. Selten werden die Kosten für die Pille danach, chemische Verhütungsmittel und Kondome übernommen.

Angebotsinformation

Zugangschancen hängen auch davon ab, ob und wie entsprechende Unterstützungsangebote bekannt gemacht werden. Auch hier gibt es große Unterschiede. In der betrachteten Stichprobe werden die Angebote mehrheitlich nicht beworben oder bekannt gemacht (57 % gegenüber 43 %; n = 112). Das kann einer Vorgabe des kommunalen Leistungsträgers entsprechen. Sind die verfügbaren Mittel ohnehin sehr knapp, verzichten Beratungsstellen aber auch ohne Vorgabe darauf, Übernahmeregelungen publik zu machen.

**Regionale Differenzen innerhalb eines Bundeslandes:
das Beispiel NRW**

Programme existieren (n = 70)
Ja: 51,4% Nein: 48,6%
Träger (n = 35)
Ausschließlich Kommunen
Finanzierung (n = 36)
Fester Haushaltsbetrag: 66,7%
Flexibler Haushaltsbetrag: 33,3%
Direktfinanzierung: 27,8%
Erstattung/Zuschuss: 72,2%
Volle Kostenübernahme: 30,3% (n = 33)
Antragstellung (n = 36)
Kommunale Sozialverwaltung: 13,9%
Schwangerschaftsberatungsstellen: 72,2%
Jobcenter: 11,1%
Leistungsberechtigte (n = 36)
ALG-II-Bezug: 100%
Sozialgeldbezug: 77,8%
Geringes Einkommen (Obergrenze): 50,0%
Nur Frauen: 22,2%
Mindestalter: 11,1%
Bewerbung der Angebote (n = 34)
Ja: 41,2% Nein: 58,8%

Wird Familienplanung als Menschenrecht anerkannt und der Zugang zu Verhütungsmitteln zu den sozialstaatlich relevanten Aspekten der Lebenslage gerechnet, ist die deutsche »Familienplanungslotterie« (BUSCH/GÄCKLE 2009) mit ihrer Versorgungsungerechtigkeit und mangelnden Rechtssicherheit nicht akzeptabel (vgl. WHO 2014). Sozialstaatlichkeit bedeutet, dass rechtlich gesicherte Ansprüche bei gegebenem Bedarf unabhängig vom Wohnort leistungswirksam sind. Eine Situation, in der Zugangschancen von regional und lokal variierenden Politiken abhängen, ist damit offensichtlich nicht vereinbar.

Resümee

Ziel der Befragung war es, einen Einblick in die kommunalen Gegebenheiten zu gewinnen, der auf solider Basis die Beantwortung der Frage erlaubt, ob in Deutschland regional unterschiedliche Regelungen bei der Kostenübernahme von Verhütungsmitteln bestehen und ob es sich dabei um Unterschiede großer Dimension und Verbreitung handelt. Beide Fragen können auf der Basis der Ergebnisse eindeutig mit Ja beantwortet werden, auch wenn ausdrücklich darauf hinzuweisen ist, dass es sich nicht um statistisch repräsentative Befunde handelt.

Die Befunde bestätigen und erweitern die Ergebnisse einer früheren Befragung (PRO FAMILIA 2010a). Sie zeichnen ein Bild regional stark variierender Zugangschancen. Das beginnt mit der Frage, ob überhaupt öffentliche Regelungen bestehen, und setzt sich in zentralen Aspekten der Programmgestaltung fort, wenn solche Angebote existieren. Hier zeigen sich beträchtliche Unterschiede beim berechtigten Personenkreis, bei den einbezogenen Verhütungsmethoden und bei der Verfahrensregelung. Zudem werden die betreffenden Angebote nur zum Teil öffentlich bekannt gemacht.

Die Befragung ergab eindeutig: Schwangerschaftsberatungsstellen in Kommunen ohne Kostenübernahmeregelung sehen übereinstimmend einen politischen Handlungsbedarf. Daneben schätzt mehr als die Hälfte der Beratungsstellen in Kommunen mit Kostenübernahmeregelung die bestehende Versorgung als nicht bedarfsgerecht ein.

In Großbritannien wird mit Blick auf Sozialleistungen, deren Zugänglichkeit von Ort zu Ort variiert, von einer postcode lottery gesprochen. Eine solche Postleitzahlen-Lotterie besteht in Deutschland hinsichtlich der Chance, bei niedrigem Einkommen von Verhütungskosten entlastet zu werden.



Dr. P.H. Staender ist wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld. Seine Arbeitsschwerpunkte sind Gesundheitspolitik, Versorgungsforschung, Gesundheitssystemforschung sowie Krankenhaussoziologie/Rehabilitation.

Kontakt:

johannes.staender@uni-bielefeld.de



Dr. med. Ines Thonke M. Sc. ist medizinische Referentin beim pro familia Bundesverband. Ihre Arbeitsschwerpunkte umfassen den Themenbereich sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte. Redaktionell betreut sie die Fachpublikation »pro familia medizin«.

Kontakt:

ines.thonke@profamilia.de

Literatur

BURY, C. (2013): Verhütung für junge Frauen in Zeiten von Hartz IV: praktisch nur theoretisch. In: PLOETZ, Y. (Hg.): Jugendarmut. Beiträge zur Lage in Deutschland. Opladen: Verlag Barbara Budrich, S. 187–204

BUSCH, U./GÄCKLE, A. (2007): Die Familienplanungslotterie. pro familia magazin 3/2007: 12–15

GÄCKLE, A. (2007): Familienplanung gibt es praktisch nur theoretisch. Auswirkungen von Hartz IV auf das Kontrazeptionsverhalten von Hartz IV-Empfängerinnen in Nordrhein-Westfalen im Kontext der Schwangerschafts(konflikt)beratung. Hamburg: Diplomatica

NITZ, T./BUSCH, U. (2014): Pille oder Risiko? Studie zum Verhütungsverhalten unter ALG II Bezug. pro familia magazin 1/2014: 28–29

PRO FAMILIA (2015): Regionale Kostenübernahmemodelle von Verhütungsmitteln für Menschen mit geringem Einkommen – Ergebnisse einer bundesweiten Erhebung bei Schwangerschaftsberatungsstellen vor Ort. Frankfurt am Main: pro familia Bundesverband

PRO FAMILIA (2010a): Erstattung von Verhütungskosten in Deutschland. Erhebung des pro familia Bundesverbandes zu regionalen Regelungen. Frankfurt am Main: pro familia Bundesverband

PRO FAMILIA (2010b): Verhütungskosten in Deutschland und die Auswirkungen auf die Verhütungssituation. Fallbeispiele 1 bis 8. Frankfurt am Main: pro familia Bundesverband

WHO (2014): Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: Guidance and recommendations. Geneva: World Health Organization

Reduzierung von Schwangerschaftsabbrüchen in Mecklenburg-Vorpommern Ein Modellprojekt

Sabina Ulbricht

In zwei Regionen in Mecklenburg-Vorpommern haben Frauen zwischen 20 und 35 Jahren im Rahmen eines Modellprojektes ein Jahr lang kostenfreien Zugang zu Verhütungsmitteln erhalten. Wie sich das auf die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche und das Verhütungsverhalten auswirkt, erforscht das Institut für Sozialmedizin und Prävention der Universität Greifswald.

Die Durchführung des Modellprojekts in den Jahren 2013 bis 2015 geht auf eine Initiative der Landesregierung Mecklenburg-Vorpommerns zurück. Vorausgegangen war eine umfassende Anhörung im Landtag zu »Ursachen und Risiken von Schwangerschaftsabbrüchen in Mecklenburg-Vorpommern«. Expertinnen und Experten aus Politik, Wissenschaft, Verwaltung, Verbänden und Vereinen haben das Thema, auf Grundlage ihrer spezifischen Sichtweisen, umfassend erörtert. Ein Ausgangspunkt war, dass sich nach ersten Analysen von Daten und Erfahrungen aus der Praxis gezeigt hatte, dass bedürftige Frauen zunehmend aus finanziellen Gründen auf sichere Verhütungsmittel verzichten und in der Tendenz häufiger ungewollt schwanger werden (GÄCKLE 2009).

Das Projekt wurde in zwei Modellregionen Mecklenburg-Vorpommerns durchgeführt. Dabei wurde der Struktur und der Fläche des Landes Rechnung getragen und als städtische Region die Landeshauptstadt Schwerin, als ländliche Region der Landkreis Demmin ausgewählt. Über einen Zeitraum von 12 Monaten erhielten Frauen mit Wohnsitz in diesen Regionen und im Alter zwischen 20 und 35 Jahren kostenfrei eine Auswahl verschreibungspflichtiger reversibler Verhütungsmittel, darunter hormonelle Kontrazeptiva, Intrauterine Device (IUD-Spirale) und das Diaphragma. Voraussetzung war der Nachweis des Bezugs von SGB-II bzw. SGB-XII-Leistungen. Dieser Nachweis war durch die Frauen gegenüber zwei in den Modellregionen ansässigen Schwangerschaftsberatungsstellen zu erbringen. Dies hatte den Vorteil, dass bei Bedarf professionelle Beratungsleistungen zu den Themen Verhütung und/oder Familienplanung angeboten werden konnten.

In beiden Regionen wurde das Projekt über die Laufzeit hinweg in der Presse, mit Plakaten und Flyern in öffent-

lichen Einrichtungen (z.B. Sozialamt, Jobcenter) und auch im Regionalradio beworben. In den Modellprojektregionen wurden in den Jobcenters Aktionstage organisiert, um das Projekt vorzustellen. Es wurde zudem in Schwangerschaftsberatungsstellen, bei niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen sowie bei gemeinnützigen Trägern von Werkstätten für behinderte Menschen persönlich vorgestellt. In Schwerin erfolgte zudem die Plakatierung öffentlicher Nahverkehrsmittel.

Das Modellprojekt wurde wissenschaftlich durch das Institut für Sozialmedizin und Prävention der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald begleitet.

Die Begleitforschung beinhaltet vier Schwerpunkte:

Erstens wird auf Grundlage statistischer Daten geprüft, ob sich die kostenfreie Abgabe der genannten Auswahl verschreibungspflichtiger reversibler Verhütungsmittel auf die Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche auswirkt.

Zweitens wird anhand von Befragungsdaten das Verhütungsverhalten der am Modellprojekt teilnehmenden Frauen/Paare vor, während und nach Kostenübernahme untersucht. Neben soziodemografischen Daten, z. B. zu Alter, Bildung und Partnerschaft, wurden u. a. die Regelmäßigkeit der Nutzung von Verhütungsmitteln und die Art der angewandten Methoden erfragt. Erfasst wurden weiterhin Angaben zu Schwangerschaftsabbrüchen bzw. der Nutzung der Pille danach.

Die Untersuchung möglicher Selektionsfaktoren, die dazu führte, dass anspruchsberechtigte Frauen mit dem Angebot des Modellprojekts erreicht wurden, andere Frauen jedoch nicht, bildet einen dritten Schwerpunkt der wissenschaftlichen Begleitung. Dazu wurden in den Jobcentern

der Modellregionen Frauen der Altersgruppe systematisch angesprochen, die nicht am Projekt teilnahmen.

Den vierten Schwerpunkt bilden teilstandardisierte Interviews mit Frauen, die am Modellprojekt teilnahmen. In diesen Gesprächen geht es um das Verhütungsverhalten im Lebensverlauf sowie um Faktoren, die die Familienplanung maßgeblich beeinflusst haben bzw. aktuell als bedeutsam erlebt werden.

Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung werden auf dem Familienkongress des Ministeriums für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern »Schwanger in M-V – Familienplanung auf dem Prüfstand« vorgestellt, der am 30. und 31. Mai 2016 in Rostock stattfinden wird.



Dr. Sabina Ulbricht, MPH, ist seit 2001 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozialmedizin und Prävention, Universitätsmedizin Greifswald. Ihr aktueller Arbeitsschwerpunkte: Prävention kardiovaskulärer Risikofaktoren, Entwicklung, Testung und Implementation von Interventionen zur Vermeidung kardiovaskulärer Erkrankungen (Themen: Tabakrauchen, körperliche Aktivität)

Kontakt:

Universitätsmedizin Greifswald
Institut für Sozialmedizin und Prävention
Walther-Rathenau-Straße 48
17475 Greifswald
Telefon 03834 867732
ulbricht@uni-greifswald.de
www.medizin.uni-greifswald.de/epidem

Literatur

GÄCKLE, A. (2009): Verhütung zwischen Anspruch und Wirklichkeit.
In: pro familia magazin, 37. Jahrgang, 02/2009

Pille danach: Alles gut geregelt? Bestandsaufnahme nach der Rezeptfreigabe

Claudia Schumann

Seit März 2015 ist die Pille danach auch in Deutschland ohne ärztliches Rezept in der Apotheke erhältlich. Damit ist eine langjährige Forderung von vielen Verbänden und Fachleuten umgesetzt – gegen den Widerstand der großen frauenärztlichen Verbände. In diesem Beitrag soll rekapituliert werden: Wozu dient und wie wirkt die Pille danach? Welche Argumente gab es pro und contra Rezeptfreigabe? Welche Erfahrungen gibt es in anderen Ländern, in denen sie schon länger ohne ärztliche Verordnung zu erhalten ist? Und zuletzt: Was hat sich für die Mädchen und Frauen durch die Herausnahme aus der Rezeptpflicht geändert, was bleibt zu tun?

Medizinischer Hintergrund

Zunächst eine Vorbemerkung zu Konzeption und Kontrazeption: Damit eine Schwangerschaft entsteht, müssen männliche Spermien im Körper der Frau auf eine Eizelle treffen. Im weiblichen Zyklus kommt es nur einmal in der Zyklusmitte zum Eisprung. Die Eizelle ist dann nur ca. 24 Stunden befruchtbar, während die Spermien noch bis zu drei Tage nach dem Geschlechtsverkehr aktiv bleiben können. Die häufigsten Methoden der Empfängnisverhütung in Deutschland sind die Antibabypille und das Kondom. Während die Wirkung der Pille darauf beruht, dass sie bei regelmäßiger Einnahme den Eisprung unterdrückt, verhindern Kondome, dass männliche Spermien in den weiblichen Körper gelangen.

Die Pille danach wird auch als Notfallkontrazeptivum bezeichnet. Eine Frau kann akut in Not sein, etwa weil das Paar beim Verkehr gerade keine Verhütung verwendet hat, das Kondom gerissen ist oder die Frau die Pille nicht regelmäßig genommen hat. In jedem dieser Fälle könnten die männlichen Spermien, die in die Scheide gelangt sind, auf eine befruchtungsfähige Eizelle treffen mit dem Resultat einer Schwangerschaft. Wenn die Frau jetzt schnell handelt, kann sie die Not noch abwenden: Sie kann durch Hormone einen evtl. bevorstehenden Eisprung verhindern bzw. zeitlich so weit nach hinten verschieben, dass die Spermien bis dahin funktionsunfähig sind. Durch Verhinderung der Befruchtung wird so die Empfängnis (Konzeption) eines Kindes im letzten Moment, nach dem Sex, verhindert. Dafür stehen derzeit zwei Wirkstoffe zur Verfügung: LNG (Levonorgestrel) und UPA (Ulipristalacetat).

LNG 1,5 mg ist als Pille danach seit vielen Jahren bekannt und beforscht. LNG verhindert den schnellen Anstieg des

Hormons LH (Luteinisierungshormon), das den Eisprung auslöst. In vielen Studien konnte belegt werden, dass bei Einnahme bis zu 72 Stunden nach dem Geschlechtsverkehr die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft um ca. die Hälfte reduziert wird. UPA ist ein Anti-Gestagen mit Wirkung auf die Gebärmutterschleimhaut, als Notfallkontrazeptivum ist es erst seit 2009 auf dem Markt und noch nicht so intensiv beforscht wie LNG. UPA hemmt in der Dosis von 30 mg ebenfalls den LH-Anstieg, es wirkt wahrscheinlich länger als LNG. Möglicherweise verändert sich auch schon in dieser Dosierung die Gebärmutterschleimhaut. Ob das zur schwangerschaftsverhütenden Wirkung beiträgt, wird unterschiedlich bewertet (MOZZANEGA 2014), ist aber nicht auszuschließen. Die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft kann durch UPA noch bis zum fünften Tag nach dem ungeschützten Sex reduziert werden, also zwei Tage länger als durch LNG.

Bei beiden Wirkstoffen kommt es darauf an, dass sie möglichst schnell nach dem Geschlechtsverkehr eingenommen werden. Denn wenn der Eisprung schon vor Einnahme der Pille danach stattgefunden hat, kann sie nicht mehr wirken, da bereits eine befruchtungsfähige Eizelle vorhanden ist. Und nach der Befruchtung wirkt sie nicht mehr, sie ist kein Abortivum. So erklärt sich, dass die Pille danach nicht in jedem Fall eine ungewünschte Schwangerschaft verhindert. »Die beobachteten Schwangerschaftsraten betragen bei den Frauen, die UPA eingenommen hatten, 1,4 %, bei denen, die LNG eingenommen hatten, dagegen 2,2 % bei einer erwarteten Schwangerschaftsrate von 5,5 % bzw. 5,4 % in den beiden Gruppen« (BARTLEY 2014, zitiert nach GLASIER et al.). In einem Cochrane-Review aus dem Jahr 2012 heißt es dazu vorsichtig: »UPA may be more effective than LNG« (CHENG 2012). Im Arznei-Telegramm wird die bessere Wirksamkeit

von UPA dagegen kritisch hinterfragt (ARZNEI-TELEGRAMM 2/13¹).

Die beiden Mittel unterscheiden sich aber nicht nur in ihrem Wirkungsansatz und der Wirkdauer, sondern auch in den Nebenwirkungen. Während beide Wirkstoffe Übelkeit und Erbrechen hervorrufen können, sind für LNG keine wesentlichen sonstigen Nebenwirkungen bekannt, entsprechend gibt es keine Kontraindikationen. Auch eine unbenannte schon bestehende Schwangerschaft wird durch LNG nicht beeinträchtigt. Für UPA gibt es noch relativ wenig verlässliche Daten, entsprechend kann es aktuell nicht als »völlig unbedenklich« eingeschätzt werden. Auch lässt sich derzeit nicht abschließend beurteilen, ob eine schon bestehende Schwangerschaft evtl. negativ beeinflusst wird (Fehlbildung). Bekannt ist, dass UPA in hoher Dosierung abortiv wirkt. Bei Einnahme in der Stillzeit sollte nach LNG eine Stillpause von acht Stunden eingehalten werden, nach UPA von einer Woche. Ob ein bestehendes Übergewicht der Frau die Wirkung von LNG maßgeblich reduziert, wird kontrovers diskutiert. Laut einer Bewertung der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) vom Januar 2014 kann LNG ebenso wie UPA unabhängig vom Körpergewicht eingenommen werden. Für beide Präparate gilt, dass die Wirkung durch einige andere Wirkstoffe (u. a. Antiepileptika, Johanniskraut) reduziert werden kann. Außerdem beeinträchtigt UPA stärker die Wirkung der Ovulationshemmer, sodass Pillenanwenderinnen dringend darauf hingewiesen werden müssen, bis zur nächsten Entzugsblutung zusätzlich zu verhüten. Zuletzt eine Erfahrung aus der Praxis: Übelkeit und Erbrechen nach der Einnahme lassen sich deutlich reduzieren, wenn die Frau direkt vorher eine Kleinigkeit isst.

Umgang mit der Pille danach in Deutschland und Europa

Die Beratung zur Kontrazeption und die Verschreibung von Ovulationshemmern gehören in Deutschland traditionell zu den wichtigen frauenärztlichen Aufgaben. In diesem Verständnis unterlag auch die Pille danach bis vor Kurzem der Rezeptpflicht. Das bedeutet: Im Notfall muss die Frau ihren Arzt/ihre Ärztin oder eine Notfallambulanz aufsuchen; sie schildert ihr Problem, wird beraten, evtl. auch untersucht, und bekommt dann je nach ärztlicher Einschätzung das Rezept, das sie dann in der Apotheke einlösen muss. Das kann je nach Tageszeit und Wohnort ein langer Weg sein! Im Unterschied dazu ist gemäß den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO 2010) die Pille danach (LNG) in inzwischen 28 europäischen Ländern ohne Rezept schnell in jeder Apotheke erhältlich. Erfahrungen aus diesen Ländern liegen reichlich vor: Es wurde zwar durch die Rezeptfreigabe nicht, wie erhofft, ein Rückgang der Schwangerschaftsabbruchraten erreicht, aber es gab auch keinen »Missbrauch« im Sinne von Einsatz als Standardkontrazeptivum und keinen Anstieg von sexuell übertragbaren Infektionen (STI) (BARTLEY 2014).

Als Argumente für die Rezeptpflicht werden in Deutschland von den großen frauenärztlichen Verbänden BVF (Berufsverband der Frauenärzte) und DGGG (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe) immer wieder die Aspekte der medizinischen Sicherheit und der

Beratung vorgebracht (DGGG 2012; ALBRING/DIMPFL 2013): Nur ein Arzt/eine Ärztin könne entscheiden, ob die Pille danach wirklich notwendig sei, welcher Wirkstoff einzusetzen sei, ob es Kontraindikationen gebe, ob die Gefahr einer sexuell übertragenen Erkrankung bestehe oder Hinweise auf eine Gewalterfahrung. Außerdem sei die Situation eine gute Gelegenheit, um die Frau über geeignetere kontrazeptive Maßnahmen zu beraten. Das Netz der frauenärztlichen Praxen sei im Vergleich zum Ausland zudem so gut, dass jede Frau jederzeit schnell fachärztlich beraten werden könne, es gebe also kein Zeitproblem.

Für die Rezeptfreigabe von LNG – und nur darum ging es in den Diskussionen der letzten Jahre – werden von den Befürwortern ebenso Argumente ins Feld geführt: Für LNG gebe es keine Kontraindikationen, auch das Bundesamt für Arzneimittelsicherheit (BfArM 2014) befürwortet deshalb die Rezeptfreigabe. Die Entscheidung, ob die Pille danach überhaupt notwendig sei, beruhe allein auf den Angaben der Frau. Das lässt sich in der akuten Situation weder durch eine ärztliche Untersuchung noch durch Laborwerte feststellen, sodass auch die DGGG dafür votiert, im Zweifelsfall immer eher zur Einnahme zu raten. Diese Entscheidung kann eine gut informierte Frau selbst treffen! Und so gut und empathisch die Beratung beim gewohnten Frauenarzt sein mag: Gerade nachts oder am Wochenende ist der nicht erreichbar! Und die Ärzte/Ärztinnen in den Notfallambulanzen verfügen kaum über das Potenzial bzw. die Bereitschaft, nach STI zu forschen oder empathisch auf eine Gewalterfahrung einzugehen. Auch ist zu bezweifeln, ob die Frau für eine ausführliche kontrazeptive Beratung in der Notsituation offen ist. Und was hat sie davon, wenn schlicht das Kondom geplatzt ist – einer der häufigsten Gründe für die Einnahme der Pille danach? Eine große pro-familia-Umfrage hat 2010 ergeben, dass zwei Drittel der Frauen es »stressig« fanden, sich die Pille danach zu besorgen, »ein Drittel der Befragten fühlte sich abschätzig, respektlos oder herablassend behandelt, weil sie die Pille danach wollten« (PRO FAMILIA 2014). Die Konsequenz: Viele Frauen warten nach einem Missgeschick am Wochenende eher auf den Montag, bis ihre frauenärztliche Praxis erreichbar ist, und verlieren damit Zeit (DAVID 2012). Das alles sind Argumente für den direkten Weg in die Apotheke; damit wird die Hürde für die Einnahme möglichst niedrig gesetzt und das Zeitfenster verkürzt.

Für UPA, Handelsname EllaOne, wurde die Rezeptfreigabe nie gefordert, da für dessen unbedenklichen Einsatz als Pille danach noch nicht genügend Daten vorliegen.

Die über Jahre geführte und emotional gefärbte Diskussion in Deutschland hatte sicher neben allen wissenschaftlichen Argumenten auch einen gesellschaftspolitischen Hintergrund: Die »Kampagne zur Stärkung der sexuellen und reproduktiven Rechte« (PRO FAMILIA, NATIONALES NETZWERK FRAUENGESUNDHEIT, ARBEITSKREIS FRAUENGESUNDHEIT/AKF) mit dem Bild der selbst bestimmenden Frau trifft auf die frauenärztliche Berufspolitik mit dem Anspruch auf das Monopol der ärztlichen Beratung inkl. deren Honorierung. Die Entscheidung lag in Händen der Politik, die sich immer wieder gegen die Rezeptfreigabe entschied.

Die Rezeptfreigabe: Was ändert sich?

Überraschend kam im Januar 2015 die Wende: Die EU-Kommission hat UPA am 7. Januar 2015 europaweit aus der Rezeptpflicht entlassen. Damit sah sich das BMG in Zug-

¹ http://www.arznei-telegramm.de/html/2013_02/1302021_01.html

zwang. In Schnellverfahren wurde erreicht, dass ab Mitte März 2015 nicht nur UPA, sondern auch LNG ohne Rezept in der Apotheke erhältlich ist. Vorausgegangen waren viele kontroverse Diskussionen in Expertenkreisen.

Bei der konkreten Umsetzung gab es viele Fragen: Soll die Pille danach nur an eine Frau in einer Notsituation abgegeben werden, muss sie sie eventuell sogar gleich dort einnehmen (wie in der Schweiz üblich) – oder kann sich jede/r das Präparat besorgen, auch auf Vorrat? Welche Beratung, welche Dokumentation kann oder muss in der Apotheke erwartet werden? Wie ist es mit den Kosten, bleibt die Pille danach für Frauen bis 20 Jahre weiter Kassenleistung? Was ist mit Jugendlichen, gibt es eine Altersbeschränkung?

Nicht alle Fragen konnten bislang befriedigend gelöst werden. Die Apothekerkammer hat spezielle Weiterbildungscurricula für ihre Mitglieder entwickelt, in denen aus pharmazeutischer und ärztlicher Sicht das aktuelle Wissen zur Notfallkontrazeption vermittelt werden soll. Außerdem gibt es eine Checkliste, worauf in der Beratung geachtet werden, in welcher Situation die Pille danach nicht abgegeben werden bzw. wann der Frau eine ärztliche Beratung empfohlen werden soll. Eine Beschränkung der Abgabe nur an Frauen in einer Notsituation ist empfohlen, aber nicht verpflichtend. Die Kosten werden bis zum 20. Lebensjahr weiter von den Kassen übernommen – allerdings nur bei Vorlage eines Rezeptes. Dafür müssen Jüngere dann doch erst zum Arzt und dann in die Apotheke gehen – oder eben selber zahlen. Damit tritt die Regelung des »schnellen einfachen Weges« gerade für sie nicht voll in Kraft. Denn die Kosten sind nicht unerheblich und könnten manche Jugendliche abschrecken: Für LNG liegen sie zwischen 14 und 18 Euro, für UPA bei 35 Euro. Ob Apotheken zusätzlich eine Beratungsgebühr erheben dürfen, wird unterschiedlich diskutiert und gehandhabt, aber eher abgelehnt. Kritisch wird einstimmig beurteilt, dass nicht nur LNG, sondern auch UPA jetzt ohne Rezept erhältlich ist, besonders mit Blick auf das abortive Potenzial von UPA.

Aktuelle Zahlen aus dem Juli 2015 haben ergeben, dass der monatliche Umsatz der Pille danach seit der Freigabe im März um 40% gestiegen ist. Die bekannten Kritikerinnen und Kritiker warnen vor einer zu häufigen bis unnötigen Einnahme, die Befürworterinnen und Befürworter interpretieren den Anstieg als Erfolg der niedrigeren Hürden. Genauere Evaluationen sind sicher erforderlich und auch geplant. Ob der Wirkstoff UPA tatsächlich eindeutig »wirksamer« ist, muss noch weiter geklärt werden. Mit Blick auf den aktuellen Wissensstand scheint es gerechtfertigt, als Pille danach zumindest in den ersten drei Tagen nach ungeschütztem Verkehr weiter den Wirkstoff LNG zu empfehlen (ARZNEI-TELEGRAMM 2/2013).

Selbstfürsorge und Wissen sind gefragt

Die Rezeptfreigabe ermöglicht Frauen den direkten Zugang zur Notfallkontrazeption, aber sie mutet ihnen auch mehr Eigenverantwortung zu. Wenn sie selbst entscheiden sollen, müssen sie gut Bescheid wissen, wie Fruchtbarkeit und Verhütung funktionieren. Und daran hapert es. Eine große aktuelle europäische Studie hat erneut belegt, wie groß die Unwissenheit zur Notfallkontrazeption weiterhin ist, wie wenig Frauen sich bei Verhütungsproblemen ihres Schwangerschaftsrisikos bewusst sind und die Pille danach richtig – d. h. frühzeitig! – anwenden (NAPPI 2014). Ob der Siegeszug

der Antibabypille dazu beigetragen hat, dass das Wissen um Empfängnis bei vielen rudimentär ist, kann hier nur vermutet werden. Es ist so einfach geworden: Täglich eine Pille – trennt Sex sicher von Fruchtbarkeit, ohne einen Gedanken an das »Wie« verschwenden zu müssen. Auch wenn vielen Frauen der hormonelle Eingriff in den Zyklus anscheinend nicht so ganz geheuer ist, wie die Klagen über »Unverträglichkeit« und nachlassende Libido ebenso wie das häufige »Vergessen« vermuten lassen, bleibt die Pille das häufigste Verhütungsmittel: ca. 55% der Frauen im gebärfähigen Alter schlucken sie (BZgA 2011), ca. ein Drittel der Paare verlässt sich auf Kondome. Die Zahl der Paare, die nicht verhüten, liegt je nach Alter zwischen 6 und 20%, wobei ein unterschiedlich großer Teil davon wegen eines Kinderwunsches nicht verhütet (BZgA 2011). Auch wenn die große Mehrheit sich bewusst um Verhütung kümmert, kommt es zu Pannen: Unwissen bzw. Unbekümmertheit und Überraschung, vergessene Pille und gerissenes Kondom sind die wesentlichen Gründe dafür, dass ein Großteil der Schwangerschaften auch heute noch ungewollt entsteht und dass immer noch knapp 100 000 Frauen jährlich keine andere Lösung sehen als einen Abbruch der Schwangerschaft. Genau für diese Notsituationen ist die Pille danach gedacht, als Chance, ein Malheur noch zu regeln.

Die Rezeptfreigabe ist nur der erste Schritt, parallel dazu ist jetzt eine breite Informationskampagne notwendig. Alle Akteure im Beratungssystem, in der Schule, den Beratungsstellen und den ärztlichen Praxen müssen dafür Sorge tragen, dass Mädchen wie Jungen, Frauen wie Männer mehr über ihren Körper wissen, damit sie sorgsam mit sich umgehen können und sich nicht der Gefahr einer ungewollten Schwangerschaft aussetzen bzw. damit sie wissen, wie sie die Gefahr noch bannen können. Die zentrale Botschaft muss lauten: Schnell handeln! Zur Verhütungsberatung in der frauenärztlichen Praxis muss von Anfang an und immer wieder die Information zur Notfallkontrazeption gehören, gerade bevor sie erforderlich ist. Ein wichtiger Beitrag zur Realisierung eines verantwortlichen Umgangs mit der Pille danach sind aktuelle und gut verständliche schriftliche Informationen, wie pro familia und die BZgA sie bereitstellen. Die Beratung in der Apotheke bei Abgabe der Pille danach dient eher zur Vergewisserung. Eine ausführliche Beratung »danach« in der frauenärztlichen Praxis ist sinnvoll, wenn die Frau, durch diese Erfahrung sensibilisiert, eine bessere Verhütung wünscht oder wenn sie sich Sorgen macht um eine Infektion. Aber dazu braucht es Zeit und Ruhe, das kann und muss nicht übers Knie gebrochen werden, genauso wenig wie eine eventuell erforderliche psychologische Beratung.

Frauen müssen wissen, mit welchem Anliegen sie wohin gehen können – die richtigen Schritte machen müssen sie selbst, und das können sie auch. Die Lösung kann nicht in der Bevormundung und Verregelung der Frauen liegen, sondern in der Unterstützung ihrer Kompetenz und der Betonung ihrer Selbstfürsorge (DGPF 2015). Und warum sollte es in Zukunft nicht zur männlichen Verantwortung gehören, nicht nur ein passendes Kondom in der Tasche zu haben, sondern auch die Pille danach, falls das Kondom reißt?



Dr. med. Claudia Schumann ist Frauenärztin und Psychotherapeutin. Nach mehrjähriger Beratungstätigkeit bei pro familia war sie bis Sommer 2014 in ihrer Praxis für psychosomatische Frauenheilkunde selbstständig. Aktuell ist sie als Autorin und Beraterin tätig. Sie ist seit 2005 Mitglied im Vorstand der DGPF (Deutsche Gesellschaft für psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe) und seit 2014 Vizepräsidentin der Gesellschaft. Außerdem engagiert sie sich im AKF (Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft). Ihre Arbeitsschwerpunkte sind psychosomatische Frauenheilkunde, Qualitätsmanagement (QEP), berufsübergreifende Kooperation und Versorgungsforschung.

Kontakt:

Dr. med. Claudia Schumann
Hindenburgstraße 26
37154 Northeim
claudiaschumann@t-online.de
www.claudia-schumann.de

Literatur

- ALBRING, CHRISTIAN/DIMPFL, THOMAS (2013): Stellungnahme des Berufsverbandes der Frauenärzte (BVF) und der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG). Leitlinie 180/2013 (<http://www.dggg.de/leitlinienstellungennahmen/archivierte-leitlinien/>)
- ARZNEI-TELEGRAMM 2/2013: NOTFALLKONTRAZEPTION ... Levonorgestrel (PIDANA) statt Ulipristalacetat (ELLAONE) verordnen unethisch? (<http://www.arznei-telegramm.de/register/1302402.pdf>)
- BUNDESAMT FÜR ARZNEIMITTELSICHERHEIT (2014): Ergebnisprotokoll der 71. Sitzung des Sachverständigen-Ausschusses für Verschreibungspflicht nach § 53 Abs. 2 AMG vom 14. Januar (m.de/DE/Arzneimittel/Pharmakovigilanz/Gremien/Verschreibungspflicht/Protokolle/71Sitzung/-protokoll_71.html)
- BZgA (2011): Verhütungsverhalten Erwachsener. Aktuelle repräsentative Studie im Rahmen einer Mehrfachbefragung. Köln: BZgA
- BARTLEY, JULIA (2014): Stellungnahme zur rezeptfreien Abgabe der Notfallkontrazeption mit Levonorgestrel (<http://www.bundestag.de/blob/286492/616d998128e113d918dd5a6156049734/5-data.pdf>)
- CHENG, L./CHE, Y./GÜLMEZOĞLU, A. M. (2012): Interventions for emergency contraception. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 8, Art. No.: CD001324
- DAVID, MATTHIAS, et al. (2012): Die Verordnung der sog. Pille danach in einer Berliner Kliniknotfallambulanz in einem 4-Jahres-Zeitraum – Anwenderinnenprofil und Anwendungsgründe. Geburtshilfe Frauenheilkunde 2012, 72(5): 392–396
- DGGG (2012): Notfallkontrazeption gehört in ärztliche Hand, Pressemitteilung (<http://www.dggg.de/presse/pressemitteilungen/>)
- DGPF (2015): Pille danach: Was zählt, ist die Zeit! PM 1/2015 (http://www.dgpf.de/fileadmin/Archiv/Dokumente/Information_und_Presse/PM_Pille_danach_DGPF_opti.pdf)
- GLASIER, A., et al. (2011): Can we identify women at risk of pregnancy despite using emergency contraception? Data from randomized trials of ulipristalacetat and levonorgestrel. Contraception. 84: 363–367
- MOZZANEGA, BRUNO, et al. (2014): Ulipristal Acetate: Critical review about endometrial and ovulatory effects in emergency contraception. Reproductive Science 1–8
- NAPPI, ROSELLA, et al. (2014): Use of and attitudes towards emergency contraception: a survey of women in five European countries. Eur J Contracept Reprod Health Care, 19: 93–101
- PRO FAMILIA (2014): Die Pille danach — Mythen und Wirklichkeit; Factsheet 2/2014
- RABE, THOMAS, et al. (2012): Postkoitale Kontrazeption: Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin (DGGGEF) e.V. und des Berufsverbandes der Frauenärzte (BVF) e.V., Seminarbuch Gynäkologische Endokrinologie 06/2012, 1–27

Was wissen Frauen über die Pille danach? Ergebnisse einer Repräsentativbefragung der BZgA

Ilona Renner

An dieser Stelle wird vorab eine Auswahl der Studienergebnisse präsentiert. Eine umfangreichere Veröffentlichung erfolgt nach Wiederholung dieser bundesweit repräsentativen Befragung von Frauen im reproduktiven Alter.

Forschungsfragen

Im März 2015 wurde die Pille danach aus der Rezeptpflicht herausgenommen. Dadurch hat sich die Situation für Frauen, die nach fehlender oder missglückter Verhütung eine ungewollte Schwangerschaft befürchten, grundlegend verändert. Da der Termin in Arztpraxis oder Notfallambulanz nun entfällt, können Hürden für die Einnahme der Pille danach gesenkt und das Zeitfenster zwischen »Verhütungspanne« und Notfallkontrazeption deutlich verkürzt werden. Dies ist von besonders hoher Bedeutung für die Wirksamkeit der Pille danach. Da sie über eine Hemmung oder Verzögerung des Eisprungs wirkt, kann der unverzügliche Erwerb in einer Apotheke die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass Frauen das Mittel rechtzeitig, noch vor dem Eisprung, einnehmen. Damit können sie das Eintreten einer ungewollten Schwangerschaft sicher verhindern.

Frauen können diesen Vorteil jedoch nur dann nutzen, wenn sie hinreichend gut über die aktuelle Situation rund um die Notfallkontrazeption informiert sind. Aus diesem Grund hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung das Meinungsforschungsinstitut TNS Emnid beauftragt, eine repräsentative Befragung der Zielgruppe, Frauen im reproduktiven Alter (16- bis 49-Jährige), durchzuführen. Das Interesse galt dabei vor allem den Informationsquellen und dem Informationsstand der Interviewpartnerinnen. Welche Quellen nutzen Frauen, um sich über die Pille danach zu informieren? Was wissen die Frauen über die Pille danach, insbesondere über die veränderten rechtlichen Rahmenbedingungen, und inwieweit gibt es noch Informationslücken und -bedarfe?

2003 hat die BZgA schon einmal eine Repräsentativbefragung zur Pille danach beauftragt. Dies eröffnet die

Möglichkeit, zentrale Ergebnisse beider Studien miteinander zu vergleichen. Dabei gehen wir von der Hypothese aus, dass sich der Kenntnisstand der Frauen in der Zwischenzeit deutlich verbessert hat, da die Pille danach in den letzten Jahren – aufgrund der Kontroversen im Zusammenhang mit der Aufhebung der Verschreibungspflicht – verstärkt im Fokus der öffentlichen Aufmerksamkeit stand.

Eckdaten der Studie

Fragen zur Pille danach wurden in den Jahren 2003 und 2015 in eine Mehrthemenbefragung integriert, die TNS Emnid regelmäßig bundesweit durchführt. Im Jahr 2003 wurden insgesamt 2001 telefonische Interviews mit Frauen im Alter zwischen 16 und 49 geführt, im Jahr 2015 waren es insgesamt 1005 Interviews. Um auch Frauen in die Untersuchung einzubeziehen, die nicht über einen Festnetzanschluss verfügen, wurde in der Studie ein sogenannter »Dual-Frame-Ansatz« realisiert. Der Erhebungszeitraum betrug in der letzten Umfrage etwas mehr als einen Monat (31. August bis 2. Oktober 2015).

Kenntnis der Pille danach und wichtigste Informationsquellen

Nach kurzen Erläuterungen zur Pille danach wurden die Frauen gefragt, ob sie wissen, dass es eine solche Pille gibt. Eine überwältigende Mehrheit von 89 % der Frauen bejahte diese Frage. Dabei ist der Anteil der Frauen, die angeben, die Pille danach zu kennen, in den jüngeren Alterskohorten etwas höher als bei den älteren Jahrgängen: Von den 16- bis

19-jährigen Befragten kennen 93 % die Pille danach, bei den 40- bis 49-Jährigen sind es 86 %.

Die wichtigsten Quellen, aus denen die Frauen ihr Wissen um die Pille danach bezogen haben, sind nach wie vor die traditionellen Printmedien (Zeitungen, Zeitschriften). Mehr als die Hälfte sagen, dass sie über diese Medien zum ersten Mal von der Pille danach erfahren haben (54 %). Am zweithäufigsten werden Fernsehen und Radio genannt (48 %). Jeweils etwa ein Drittel der Befragten haben Informationen in der gynäkologischen Praxis oder im Schulunterricht erhalten. Im Vergleich zu 2003 hat sich der Anteil derjenigen Frauen, deren Wissen über die Pille danach aus dem Internet stammt, stark erhöht auf nunmehr 25 %. Apotheken und Beratungsstellen spielten zum Befragungszeitpunkt mit einem Anteil von 5 % bzw. 4 % Nennungen (noch) eine geringe Rolle als Informationsquellen.

Subjektiver Informationsstand

Der subjektive Informationsstand zur Pille danach ist ausgesprochen hoch: 71 % der Befragten gaben an, dass sie sich »sehr gut« oder »gut« über die Pille danach informiert fühlen. Nur 7 % sagten, sie seien »schlecht« informiert. Dies ist ein deutlicher Zuwachs im Vergleich zu 2003: In 13 Jahren stieg der Anteil der subjektiv (sehr) gut Informierten um 25 Prozentpunkte (von 46 auf 71 %).

Objektiver Informationsstand

Ein Indikator für den objektiven Informationsstand ist die Kenntnis von der Aufhebung der Verschreibungspflicht. Die Frauen wurden gefragt, ob die Pille danach in Apotheken rezeptfrei erhältlich ist oder von Ärztin bzw. Arzt verschrieben werden muss. 44 % der Frauen wählten die richtige Antwortalternative. Etwas höher lag jedoch der Anteil der Frauen, die glaubten, dass die Pille danach auch 2015 weiter-

hin von Ärztin oder Arzt verschrieben werden muss! Obwohl sich eine große Mehrheit der Frauen im reproduktiven Alter subjektiv (sehr) gut über die Pille danach informiert fühlt, gibt es doch bei der Kenntnis eines Details, das von hoher Bedeutung für die Wirksamkeit der Notfallverhütung ist, ganz erhebliche Wissensdefizite.

Interessant ist auch hier der Vergleich mit den Ergebnissen unserer Studie aus dem Jahr 2003: Zu diesem Zeitpunkt musste die Pille danach von Ärztin oder Arzt verschrieben werden. Dies konnten 77 % der damals befragten Frauen korrekt benennen.

Subjektive und objektive Informiertheit: 2003 und 2015 im Vergleich

Welche Erkenntnisse können wir aus diesen Ergebnissen ziehen? Seit 2003 ist der Anteil der Frauen, die »gefühlte« gut oder sehr gut über die Pille danach informiert sind, deutlich angestiegen: von 46 % auf 71 % der befragten Frauen im reproduktiven Alter. Das kann auf eine verstärkte Präsenz des Themas in der Öffentlichkeit zurückzuführen sein. Ganz im Gegensatz dazu stehen aber die Ergebnisse zum objektiven Informationsstand der Befragten: 2003 kannten 77 % den korrekten Sachstand zur Rezeptfreiheit der Pille danach, 2015 hatte sich dieser Anteil auf 44 % verringert. Dies ist aus zwei Gründen als besonders kritisch zu bewerten:

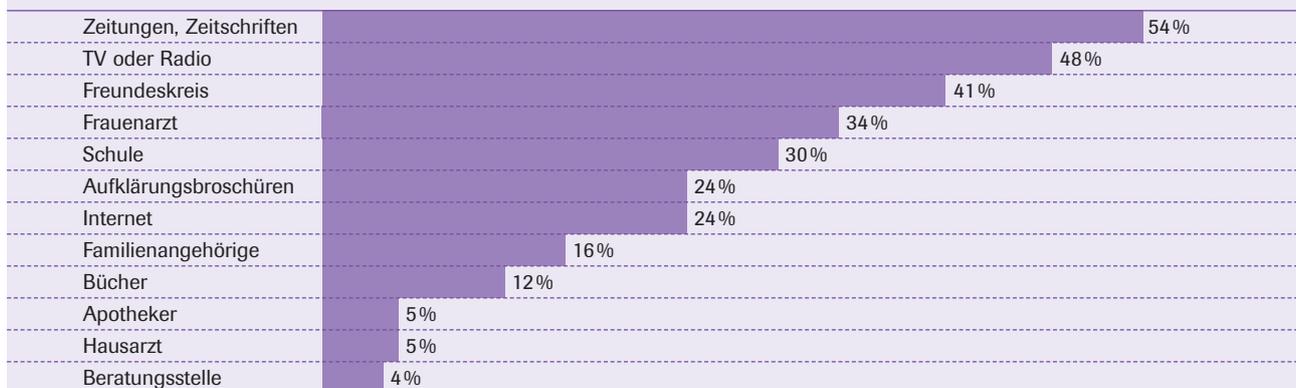
- Erstens ist das Wissen um die Möglichkeit, die Pille danach mit vergleichsweise wenig Aufwand frühzeitig bzw. rechtzeitig einnehmen zu können, grundlegend für das Erzielen einer optimalen Wirkung, hemmt oder verzögert sie doch den Eisprung.
- Zweitens ist aber auch die (sehr) gute subjektive Informiertheit der Frauen nicht unproblematisch. So kann das persönliche Gefühl, (sehr) gut informiert zu sein, Frauen der Zielgruppe davon abhalten, gezielt nach (weiteren) Informationen zu suchen, beispielsweise nach Informationen zur Verfügbarkeit der Pille danach.

Abb. 1

Informationsquelle für Kenntnis der Pille danach

Die klassischen Medien sind die wichtigste Quelle

88% der Gesamtstichprobe beantworteten diese Filterfrage



Quelle: BZgA, TNS Emnid 2015

Frage: Wenn Sie einmal zurückdenken: Durch wen oder was haben Sie zum ersten Mal von der Pille danach erfahren?

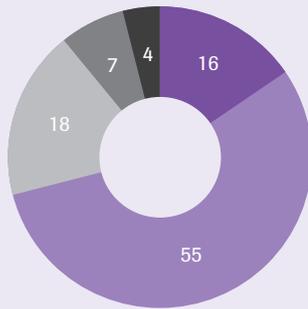
Basis: 889 Frauen, denen die Pille danach bekannt ist

Angaben in Prozent, Mehrfachnennungen möglich

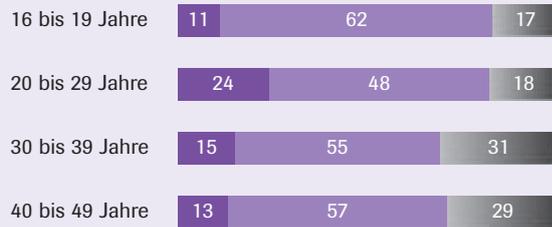
Abb. 2

Subjektive Informiertheit Pille danach

Gesamt



Nach Altersgruppen



- sehr gut informiert
- gut informiert
- weniger gut informiert
- schlecht informiert
- weiß nicht, keine Angabe

Quelle: BZgA 2015
 Angaben in Prozent
 Frage: Fühlen Sie sich über die Pille danach ...?
 Basis: 889 Frauen, denen die Pille danach bekannt ist

Abb. 3

Vergleich der Informiertheit (objektiv + subjektiv) von 2003 zu 2015



- Objektive Informiertheit**
 Richtige Antworten
 2003/77% zu 2015/44%
- Subjektive Informiertheit**
 Selbsteinschätzung
 2003/46% zu 2015/71%

Quelle: BZgA 2015

Schlussfolgerungen zum Informationsbedarf und Ausblick

Welcher Handlungsbedarf kann aus diesen Erkenntnissen abgeleitet werden? Die Ergebnisse verdeutlichen ein Informationsdefizit bezüglich der veränderten rechtlichen Rahmenbedingungen, auf das die BZgA gemeinsam mit anderen Akteuren in der Sexuaufklärung und Familienplanung reagieren wird.

Unmittelbar nach Bekanntgabe des neuen Sachstandes zur Pille danach am 15. März 2015 hat die Bundeszentrale begonnen, ihre Materialien zur Sexuaufklärung und Familienplanung zu aktualisieren. Aktualisiert wurden die stark nachgefragten Printmedien für Jugendliche, wie

beispielsweise die Broschürenreihe »sex 'n' tips«, die ein Drittel der 14- bis 16-jährigen Mädchen in Deutschland kennt (Studie »Jugendsexualität 2014«). Aktuelle Informationen zur Pille danach wurden auch in die Broschüren für Erwachsene integriert: In der Broschüre »Sichergehn. Verhütung für sie und ihn« informiert ein Einlegeblatt über die neuen gesetzlichen Regelungen zur Entlassung von Notfallkontrazeptiva aus der Verschreibungspflicht. Mit dem nächsten Nachdruck der Broschüre wird diese Information in den Haupttext übernommen werden.

Da zunehmend mehr Frauen im reproduktiven Alter nach Verhütungsinformationen im Internet suchen, liegt ein Schwerpunkt auf der Überarbeitung der Internetpräsenzen. Aktuelle Informationen finden Interessierte insbesondere auf www.loveline.de, einem Portal für Jugendliche,

und auf www.familienplanung.de, das sich eher an erwachsene Frauen und Männer richtet. Die Seite zur Pille danach auf www.familienplanung.de hatte im vierten Quartal 2015 insgesamt 101106 Besucher, was – im Vergleich zum zweiten und dritten Quartal – einer knappen Vervielfachung der Besucherzahlen entspricht. Dies indiziert ein stark steigendes Interesse am Thema.

Um Frauen, die einen Informationsbedarf speziell zur Notfallverhütung haben, gezielt mit verlässlichen Informationen zu versorgen, wurde 2015 das Faltblatt zur Pille danach aktualisiert. Das Faltblatt ist inzwischen in sechs Sprachen erhältlich (Deutsch, Englisch, Französisch, Russisch, Türkisch und Arabisch). Es kann den Frauen ab 2016 von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, beispielsweise in der Arztpraxis, Apotheke oder Beratungsstelle, überreicht werden. Alle Informationen basieren auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und sind mit verschiedenen Kooperationspartnern abgestimmt.

Inwieweit kann der objektive Informationsstand der Zielgruppe, Frauen im reproduktiven Alter, durch diese Maßnahmen verbessert werden? Um Aussagen darüber treffen zu können, inwieweit die Verbreitung verlässlicher Informationen zur Pille danach gelingt, soll die hier beschriebene Repräsentativbefragung von 16- bis 49-jährigen Frauen im Jahr 2016 wiederholt werden.



Ilona Renner ist Soziologin. Seit 1999 ist sie in der Abteilung »Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung« der BZgA als Referentin tätig. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Forschung und Evaluation.

Kontakt:

Ilona.Renner@bzga.de

Flüchtlinge und Migrantinnen. Versorgung im Bereich der reproduktiven Gesundheit

Helga Seyler

Das Schwangerschaftskonfliktgesetz legt fest, dass alle Frauen und Männer das Recht auf Beratung und Information über Fragen zu Sexualaufklärung, Verhütung, Familienplanung und Schwangerschaft haben. Die Praxis zeigt jedoch, dass für Migrantinnen und Migranten der Zugang zu Beratung und Unterstützung erschwert ist. Insbesondere bei Flüchtlingen steht die Versorgung drängender gesundheitlicher Probleme im Vordergrund. Aspekte der sexuellen und reproduktiven Gesundheit werden – mit Ausnahme der Schwangerenvorsorge – wenig berücksichtigt.

So geraten wichtige Bedarfe im Zusammenhang mit Empfängnisverhütung, Diagnostik, Behandlung und Prävention von STD sowie Probleme im Zusammenhang mit der Fruchtbarkeit – ein unerfüllter Kinderwunsch genauso wie eine ungewollte Schwangerschaft – aus dem Blickfeld. Insbesondere bei den stark wachsenden Flüchtlingszahlen in Deutschland seit dem letzten Jahr ist deren gesundheitliche Versorgung eine Herausforderung für die Politik und Gesellschaft. Internationale Organisationen wie die Vereinten Nationen und die WHO betonen jedoch, dass auch Flüchtlinge das Recht auf Zugang zur Versorgung im Bereich der reproduktiven Gesundheit haben (IAWG 2010).

Organisation der gesundheitlichen Versorgung von Flüchtlingen

Flüchtlinge, die in Deutschland registriert werden und einen Asylantrag oder Antrag auf Duldung stellen, haben entsprechend dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) Anspruch auf gesundheitliche Versorgung bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen. Auch präventive Leistungen wie Schwangerenvorsorge, Impfungen und Früherkennungsuntersuchungen werden finanziert (PARITÄTISCHER GESAMTVERBAND 2015). Darüber hinaus können »sonstige Leistungen, die zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind ...«, gewährt werden. Diese müssen aber vorab bei den Sozialämtern beantragt werden, und die Übernahme der Kosten steht im Ermessen der Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter. Das bedeutet, dass medizinisch nicht fachkundige Personen über die Gewährung solcher Leistungen entscheiden.

Versorgt werden die Menschen in Arztpraxen und Krankenhäusern der Regelversorgung, die Kosten tragen die

Sozialämter. Die Abrechnung wird regional unterschiedlich organisiert: In einigen Regionen werden die Flüchtlinge bei einer gesetzlichen Krankenkasse angemeldet und bekommen eine Versichertenkarte, andere Kommunen geben Behandlungsscheine aus, mit denen Ärztinnen und Ärzte ihre Leistungen direkt mit dem Sozialamt abrechnen können.

Wegen der Überlastung vieler Kommunen durch die große Zahl von Flüchtlingen kann es einige Wochen bis Monate dauern, bis diese einen Versicherungsnachweis oder Behandlungsschein bekommen und ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen können. In dieser Zeit können sie allenfalls Notfallsprechstunden aufsuchen, die in vielen Erstaufnahmeeinrichtungen durch externe Ärztinnen und Ärzte angeboten werden, oder sie nutzen – wenn vorhanden – entsprechende Netzwerke, die gesundheitliche Versorgung für Menschen ohne Krankenversicherung organisieren und leisten. Diese meist ehrenamtlich arbeitenden Netzwerke geraten jedoch bereits durch die Versorgung von nicht registrierten Flüchtlingen an ihre Leistungsgrenze und werden durch die zusätzliche Inanspruchnahme ebenfalls überfordert.

Grundsätzlich haben auch nicht registrierte Flüchtlinge und Menschen mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus Anspruch auf Leistungen des AsylbLG. Diesen Anspruch können sie allerdings kaum wahrnehmen, da sie die Kostenübernahme für gesundheitliche Versorgung bei den Sozialämtern beantragen müssen. Da diese jedoch verpflichtet sind, die dabei erfassten Daten an die Ausländerbehörde zu melden, hätte dies eine Abschiebung zur Folge. Nur in Notfällen können Behandlungen direkt geleistet und die Kosten nachträglich von den Sozialämtern erstattet werden. In diesen Fällen dürfen die Daten nicht an die Ausländerbehörde weitergegeben werden. Meist scheitert die Erstattung jedoch an bürokratischen Hindernissen, da die Sozialbehörden die

Übernahme der Kosten davon abhängig machen, dass zum Nachweis der Bedürftigkeit viele Daten über die Patientinnen und Patienten vorgelegt werden. Diese zu erheben, ist für die Behandler in der Regel nicht möglich.

Aus Angst vor einer drohenden Abschiebung meiden Menschen ohne Papiere den Kontakt mit Behörden und nutzen, soweit vorhanden, ehrenamtliche und gemeinnützige Netzwerke.

Migrantinnen und Migranten aus EU-Staaten

Viele Migrantinnen und Migranten kommen aus EU-Staaten nach Deutschland. Sie halten sich – mit wenigen Einschränkungen – legal in Deutschland auf, ihre Ansprüche auf Sozialleistungen und Krankenversicherung sind aber stark begrenzt. Grundsätzlich gelten Abkommen, nach denen die Krankenversicherungen im Herkunftsland die Kosten für die gesundheitliche Versorgung in Kooperation mit gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland übernehmen. In der Praxis gibt es aber zahlreiche Hürden bei der Umsetzung dieser Regelung. Zum Beispiel sind viele der Migrantinnen und Migranten im Herkunftsland nicht versichert oder verfügen nicht über einen gültigen Nachweis dieser Versicherung. Oft ist der Umfang der Leistungen beschränkt, daher fordern die gesetzlichen Versicherungen in Deutschland bei teuren und nicht dringlichen Behandlungen eine Kostenübernahmeerklärung der Krankenversicherung im Herkunftsland, die schwierig zu beschaffen ist.

Wenn Migrantinnen und Migranten in Deutschland in einem Angestelltenverhältnis beschäftigt sind, werden sie vom Arbeitgeber gesetzlich versichert. In welchen Lebenslagen sie jedoch als Arbeitslose Anspruch auf Sozialleistungen und darüber Zugang zu einer Krankenversicherung in Deutschland haben, ist eine sehr komplexe und umstrittene Frage, die nationale und europäische Gerichte beschäftigt.¹ Faktisch haben daher viele Migrantinnen und Migranten aus EU-Staaten in Deutschland keine Krankenversicherung.

Eine weitere Gruppe sind keine EU-Bürgerinnen und Bürger, sie sind aber über andere EU-Länder eingereist und wurden dort bereits registriert. Auch sie werden auf die Leistungen in diesen Ländern verwiesen und erhalten nur in Ausnahmen Sozialleistungen und gesundheitliche Versorgung in Deutschland.

Netzwerke für gesundheitliche Versorgung

In vielen Großstädten gibt es ärztliche Netzwerke und Praxen, die kostenlos oder gegen geringe Gebühren Menschen ohne Krankenversicherung behandeln. Ehrenamtlich organisierte Büros der medizinischen Flüchtlingshilfe (Medibüros) koordinieren diese Versorgung, sind Anlaufstellen für die Hilfesuchenden und vermitteln sie an entsprechende ÄrztInnen oder andere Einrichtungen. Sie haben Spendenfonds eingerichtet, aus denen, soweit Mittel vorhanden sind, auch Kosten für Behandlungen, Medikamente oder Hilfsmittel übernommen werden können.

In den letzten Jahren haben darüber hinaus gemeinnützige Organisationen wie zum Beispiel der Malteser Hilfsdienst oder das Diakonische Werk Praxen und Anlaufstellen eingerichtet, in denen Ärztinnen und Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen – ehrenamtlich oder auf Honorarbasis – Sprechstunden anbieten. Oft bieten diese Stellen auch Sozialberatung an, um die Möglichkeiten einer Krankenversicherung zu klären. Außerdem kooperieren sie wie die Medibüros mit einem Netz ehrenamtlicher professioneller Unterstützerinnen und Unterstützer in Praxen und Kliniken, die im Einzelfall kostenlose oder kostengünstige Untersuchungen und Behandlungen ermöglichen.

Auch einige staatliche Einrichtungen wie Gesundheitsämter haben ihre Angebote – spezielle Leistungen wie zum Beispiel Impfungen oder Diagnostik und Behandlung von STD – für alle Menschen unabhängig vom Aufenthaltsstatus oder einer Krankenversicherung geöffnet. Einige Stellen haben, der Not der Nachfrage folgend, ihre Angebote erweitert und gynäkologische bzw. allgemeinmedizinische Sprechstunden eingerichtet. Beispiele dafür sind die Humanitären Sprechstunden in Frankfurt und Bremen.

Gynäkologische Versorgung

Durch das AsylbLG ist die gesundheitliche Versorgung bei akuten gynäkologischen Erkrankungen abgedeckt, darüber hinaus auch Schwangerenvorsorge, Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sowie Beratung über Empfängnisverhütung und dazugehörige Kontrolluntersuchungen. Ob die Kosten für Verhütungsmittel übernommen werden, wird widersprüchlich beurteilt. Nach § 6 AsylbLG können sie als »Sonstige Leistungen ... wenn sie im Einzelfall zur Sicherung ... der Gesundheit unerlässlich sind«, erstattet werden. In diesem Fall muss die Kostenübernahme im Voraus beim Sozialamt beantragt werden und liegt im Ermessen der Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter. Empfohlen wird, im Antrag auf gesundheitliche Folgen der Nicht-Verhütung zu verweisen, nämlich ungewollte Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche mit entsprechenden gesundheitlichen und psychischen Belastungen, und bei Ablehnung des Antrags Widerspruch einzulegen.

Neben niedergelassenen Frauenärztinnen und -ärzten bieten auch Beratungsstellen mit Angeboten zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit Verhütungsberatung und zum Teil auch die Versorgung mit Verhütungsmitteln an, zum Beispiel kommunale Beratungsstellen zur STD-Prävention oder pro-familia-Beratungsstellen. Diese Angebote werden häufig von Migrantinnen genutzt. Die Kosten für die Pille oder andere Methoden müssen meist von den Frauen selbst getragen werden, es sei denn, es existieren kommunale Regelungen zur Finanzierung von Verhütungsmitteln für Bezieherinnen von Sozialleistungen oder die Kosten werden im Rahmen des AsylbLG übernommen.

Kultursensible Beratung und Versorgung

Wie das Gesundheitsverhalten insgesamt ist auch das Verhalten im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit stark kulturabhängig. In diesem Bereich werden besonders sensible Themen wie Sexualität, Normen und das Geschlechterverhältnis berührt. Daher ist eine kultursensible Beratung und Versorgung hier von besonders großer Bedeutung.

¹ Einen Überblick gibt die Broschüre des DRK: Gesundheitsversorgung für EU-Bürgerinnen und EU-Bürger in Deutschland (www.drk.de).

Diese kultursensible Beratung beinhaltet Wissen über die Lebenssituation von Flüchtlingen mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus, die durch zahlreiche Belastungen und Unsicherheiten geprägt ist. Die Ungewissheit über den Ausgang des Asylverfahrens oder durch das Leben in der Illegalität stellt einen schwerwiegenden Stressfaktor dar. Dazu kommt häufig eine schwierige und beengte Wohnsituation ohne Rückzugsmöglichkeiten, entweder in Aufnahmeeinrichtungen oder provisorisch bei Verwandten oder Unterstützerinnen und Unterstützern in der Community. Diese Situation ist anfällig für zwischenmenschliche Konflikte und Spannungen. Belastend ist auch der stark eingeschränkte oder fehlende Zugang zu Systemen der sozialen Sicherung.

Weitere Stressfaktoren sind stark eingeschränkte Verständigungsmöglichkeiten bei fehlenden Deutschkenntnissen sowie alltägliche Diskriminierungserfahrungen durch die »einheimischen« Menschen im Umfeld. Diese – jeweils individuell unterschiedliche – Lebenssituation muss in der Beratung berücksichtigt werden, da sie Auswirkungen auf gesundheitliches Handeln und Ressourcen hat.

In dieser Lage sind Menschen auf Unterstützung durch informelle soziale Netzwerke, insbesondere aus der eigenen Community, angewiesen. Hier bekommen sie Informationen zu Anlaufstellen, die Hilfe leisten können, finden Begleiterinnen und Begleiter, die den Weg zeigen, übersetzen und bei der Verständigung helfen können. Auf informelle Netzwerke angewiesen zu sein macht jedoch abhängig von der individuellen Hilfsbereitschaft. Diese nicht institutionalisierte Hilfe – sei es in der Community oder durch Einheimische – ist oft von Zufällen abhängig. Für die Community kann der hohe Bedarf an Unterstützung zur Überforderung werden und potenzielle Helferinnen und Helfer in Konflikte stürzen zwischen der empfundenen moralischen Verpflichtung zur Hilfe und der persönlichen Überlastung.

Neben dem Wissen über die konkrete Lebenssituation von Flüchtlingen und Migrantinnen beinhaltet kultursensible Beratung auch Hintergrundwissen über soziale, kulturelle, religiöse Aspekte des Lebens der Ratsuchenden. Allerdings können diese – je nach Herkunftsregion – sehr vielfältig sein. Unabhängig von ihrer Herkunft unterscheiden sich Migrantinnen und Migranten auch in Bezug auf Bildung und Sozialstatus sowie individuelle persönliche Werte, zum Beispiel die Bindung an Religion und Traditionen. Daher sind eine offene und interessierte Grundhaltung und situationsbezogene Fragen zur Haltung der Klientin eine ebenso wichtige Basis der Beratung wie Hintergrundwissen, das ohnehin nie umfassend sein kann. Durch diese offene Grundhaltung werden Stereotypisierungen vermieden, die der individuellen Person nicht gerecht werden.

Eine weitere Grundlage ist die Reflexion eigener Normen, Werte und möglicher Widersprüche zu den Werten der Klientinnen und Klienten. Eine offene Grundhaltung beinhaltet Achtung der Werte von anderen. Gleichzeitig sollten die Werte der eigenen Institution klar sein, die sich zum Beispiel auf die in der Charta der IPPF (International Planned Parenthood Federation) deklarierten sexuellen und reproduktiven Rechte beziehen können (IPPF 1996).

Verhütungsberatung

Der Umgang mit Verhütung ist, wie auch das Gesundheitsverhalten in anderen Lebensbereichen, stark abhängig von den erlernten Gewohnheiten in der Familie und Community.

Es gibt große Unterschiede in Bezug auf verschiedene Herkunftsregionen – insbesondere bei den bevorzugt angewandten Methoden unterscheiden sie sich stark –, noch mehr jedoch in Bezug auf Bildung und Sozialstatus.

Die Wahl wird unter anderem davon beeinflusst, in welcher Lebensphase und mit welchem Ziel verhütet wird. Wenn Verhütungsmittel überwiegend von verheirateten Frauen genutzt werden, die die gewünschte Kinderzahl erreicht haben, werden endgültige und dauerhafte Methoden bevorzugt. Wird dagegen bereits vor dem ersten Kind und zwischen den Geburten Verhütung genutzt, werden eher Methoden gewählt, die einfach abgesetzt werden können und bei denen die Fruchtbarkeit nach der Anwendung rasch wiederhergestellt ist. Wesentliche persönliche Faktoren, die das Verhütungsverhalten beeinflussen, sind Vorstellungen von der Planbarkeit von Schwangerschaften sowie die Möglichkeit zur selbstbestimmten Sexualität und Fruchtbarkeit, Wünsche in Bezug auf den Zeitpunkt der Geburten und die gewünschte Kinderzahl.

Veränderungen des Verhütungsverhaltens entwickeln sich in der Regel in einem längeren Prozess, der in einem einzelnen Beratungsgespräch lediglich angeregt und unterstützt werden kann. Auch die aktuelle Lebenssituation spielt eine Rolle, denn im alltäglichen Stress, den das Leben als Flüchtling oder in der Illegalität bedeutet, haben präventive Maßnahmen wie Empfängnisverhütung oder Früherkennungsuntersuchungen geringe Priorität. Gesundheitliche Versorgung wird oft nur bei schwerwiegenden Erkrankungen oder beim Eintritt einer ungewollten Schwangerschaft in Anspruch genommen. Auch die Kosten für Verhütung sind eine hohe Hürde für die Anwendung von Kontrazeptiva.

In Deutschland besteht inzwischen ein hoher normativer Anspruch in Bezug auf sehr konsequentes Verhütungsverhalten. Dies kann dazu führen, dass Ärztinnen/Ärzte und Beraterinnen/Berater die Klientin zur Verhütung drängen und Missbilligung gegenüber deren Verhütungsverhalten äußern, insbesondere wenn der Kontakt im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch erfolgt. Solches Vorgehen erscheint aus o. g. Gründen wenig hilfreich. Als förderlicher werden demgegenüber niedrigschwellige und für Flüchtlinge und in der Illegalität lebende Menschen gut erreichbare Angebote bewertet, zum Beispiel auch aufsuchende Informationsangebote an Orten, die von ihnen häufiger besucht werden.

Die verschiedenen Verhütungsmethoden, ihre Anwendung und Auswirkungen auf den Körper sollten anschaulich und in einfacher Sprache erklärt werden. Bedenken und Sorgen der Klientinnen sollten erfragt und besprochen werden, z. B. die häufig bestehende Angst vor Unfruchtbarkeit, Gewichtszunahme oder gesundheitlichen Schäden. Im Gespräch können außerdem der individuelle Wissensstand und persönliche Einstellungen und Erfahrungen mit Verhütungsmitteln erfragt und einbezogen werden.

Im Prozess einer Veränderung des Verhütungsverhaltens muss mit häufigen Abbrüchen der Anwendung und raschem Wechsel der Methoden gerechnet werden. Dieses Suchen und Ausprobieren sollte mit Akzeptanz unterstützt und begleitet werden.



Helga Seyler ist Frauenärztin im Familienplanungszentrum Hamburg. Schwerpunkte ihrer Tätigkeit sind Beratung und Versorgung zu Verhütung, Beratung zu Kinderwunsch, Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, gynäkologische Versorgung und Schwangerenvorsorge für Flüchtlinge, Beratung und gynäkologische Untersuchung für Frauen mit Beeinträchtigungen.

Kontakt:

Familienplanungszentrum Hamburg
Bei der Johanniskirche 20
22767 Hamburg
seyler@familienplanungszentrum.de

Literatur und weiterführende Links

DER PARITÄTISCHE GESAMTVERBAND: Überblick zu den Änderungen im Asylbewerberleistungsgesetz zum 1. März 2015 mit Beispielen und Hinweisen für die Beratungspraxis (http://www.harald-thome.de/media/files/Arbeitshilfe_Aenderungen_Asylobewerberleistungsgesetz_2015_pdf_Version_Stand_Maerz_2015.pdf)

DEUTSCHES ROTES KREUZ E.V.: Gesundheitsversorgung von EU-Bürgerinnen und EU-Bürgern in Deutschland. Handreichungen zu den rechtlichen Grundlagen, 2013 (<https://www.drk-wb.de/download-na.php?dokid=23582>)

INTER-AGENCY WORKING GROUP (IAWG) on Reproductive Health in Crises. Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings, 2010 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/field_manual_rh_humanitarian_settings.pdf)

INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION (IPPF): IPPF Charta der sexuellen und reproduktiven Rechte, 1996 (http://www.profamilia.de/fileadmin/profamilia/ippf_charta.pdf)

ZENTRALE ETHIKKOMMISSION DER BUNDESÄRZTEKAMMER: Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer: »Versorgung von nicht regulär krankenversicherten Patienten mit Migrationshintergrund«. Dtsch Arztebl 2013; 110: A899

PRO FAMILIA: Migrations- und kultursensible Beratung in den pro-familia-Fortbildungen. ExpertInnen-Workshop am 26. Oktober 2012 in Frankfurt am Main (<http://www.profamilia.de/index.php?id=3403>)

PRO FAMILIA: Migrationssensible Beratung zu Schwangerschaft, Sexualität, Verhütung und Familienplanung. Workshop am 17. November 2011 in Frankfurt am Main (<http://www.profamilia.de/index.php?id=3403>)

Differences in use of family planning in the European Region¹

Gunta Lazdane

What can be done and what should be done to live healthier and better? This question is asked by many: parents when their children are born; adults, usually when they or those close to them are sick; and very often by public health experts at public health discussions and health system meetings.

Background

In the WHO European Region health indicators, including those of sexual and reproductive health (SRH) and family planning (FP), have improved during the last decades. However, there are widespread health inequalities between countries and within societies. The economic crisis that started in 2007 has contributed to major challenges leading to increasing unemployment and the number of people living in poverty. The search for employment has meant that many individuals need to live and work outside their countries of origin, which has led to increased migration and a mix of differing levels of health literacy and SRH values all over Europe.

These and many other factors influencing a healthy life are addressed in the new European health policy “Health 2020: A European policy framework supporting action across government and society for health and well-being” approved by all European Union member states in 2012 (1). “Improving health for all and reducing health inequalities” is one of the strategic objectives of this policy and calls all countries to analyze, across the life course, the complex factors contributing to health and well-being, including SRH. The impact of health-related behaviours, such as tobacco and alcohol use, diet and physical activity, has recently been on the agenda of high-level meetings in the region. Yet, even in 2013, the year when many countries and regions are evaluating achievement of the goals set by the International Conference on Population and Development in Cairo in 1994, FP is still on the “waiting list” as an agenda in the WHO European Region. While several countries have prioritized access to information and quality FP services in the bilateral collaboration agreements with the WHO Regional Office for Europe,

because FP is not among the direct causes of the loss of disability-adjusted life years, it remains thought of as less of a priority issue for the majority of countries in the Region. As a result, despite its direct link to improved SRH, including maternal and child health, FP data from many countries is lacking and data on contraceptive prevalence in most countries of the Region are not available (2).

Main data sources

What do we know about access to FP and contraceptive prevalence in the region? The best data sources to answer this question come from the Demographic Health Surveys (DHS) and Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS) that have been carried out in the region in the 21st century and have included questions on FP and reproductive health. To date, of the 203 DHS carried out globally, 10 countries of the WHO European Region have been involved. In addition, in many of the eastern and central European countries where MICS have been performed, an increasing number of countries are also including data from the Roma communities (3, 4). While these surveys are our most reliable data source on contraception and FP, it is important to realize that questions related to SRH and FP vary from country to country and are often adapted to cultural traditions.

¹ Dieser Artikel ist erstmals in der Zeitschrift “Entre Nous” Nr. 79-2013 (S. 6–9) erschienen (www.euro.who.int/entrenous). Wir veröffentlichen ihn mit freundlicher Zustimmung der Autorin.

This article attempts to present the most recent available data on the subject. DHS data from the 1990's have not been included since it is felt that these data no longer reflect the current situation as much has changed over the last decade. Data from the 2006 MICS in Turkmenistan is restricted and thus, not available, and data from the Republic of Moldova, Ukraine (both MICS), and Kyrgyzstan and Tajikistan (both DHS) where surveys are ongoing are not yet available.

Tab. 1
15-year olds who used a condom at last intercourse
(5)

HBSC Region	Boys	Girls
Czech Republic	no data	no data
Denmark	no data	no data
Greenland	no data	no data
Russian Federation	no data	no data
Turkey	no data	no data
United States	no data	no data
Belgium (French)	no data	no data
Estonia	91%	89%
Luxembourg	90%	84%
Greece	87%	86%
France	90%	82%
Slovenia	85%	82%
Spain	81%	85%
Croatia	83%	81%
Switzerland	84%	80%
Portugal	80%	84%
Austria	86%	77%
Poland	78%	83%
Wales	83%	78%
Lithuania	77%	84%
Ukraine	82%	79%
Latvia	77%	84%
Germany	84%	75%
Italy	78%	78%
Hungary	79%	74%
Slovakia	77%	76%
TFYRM*	76%	-
Armenia	76%	-
Netherlands	75%	75%
Canada	75%	74%
Belgium (Flemish)	79%	69%
England	74%	73%
Ireland	70%	77%
Scotland	72%	70%
Romania	79%	61%
Finland	76%	63%
Norway	75%	63%
Iceland	71%	64%
Sweden	69%	58%

No data for Belgium (French), Czech Republic, Denmark, Greenland, Russian Federation, Turkey and United States.
Data not presented for girls in Armenia and TFYRM* as there were too few cases.

* The former Yugoslav Republic of Macedonia

Gender

Information from more than 30 countries on 15-year-olds who used condoms or pills at their last intercourse has been well documented and analyzed (5). Data show large gender differences in rates of condom and pill use among adolescents (see Table 1). The prevalence of condom use was significantly higher among boys in one third of the survey countries, but in some countries (Ireland, Latvia, Lithuania, Poland, Portugal, and Spain) girls report higher condom use. This difference may be related to access to information and condoms or having a partner from a different age group. Some countries, for example Germany, regularly carry out surveys on youth sexuality and can monitor the trends as well as factors influencing contraceptive use. In Germany, the difference between girls and boys who have not used contraception or have used “unsafe methods” during their recent sexual intercourse has decreased since 1980, when the first survey was carried out, from 14 % of girls in 1980 to 3 % in 2009 and from 19 % to 4 % of boys (6). These gender differences can also be seen in older age groups. Data from the 2007 DHS in Ukraine revealed that use of condoms at first sexual intercourse among men and women aged 15–49 was very similar (50.1% versus 45.4 %) (3). This is in contrast to data from the 2008–2009 DHS in Albania which found that 19.3 % of women aged 15–49 had used a condom at last sexual intercourse, compared to 49.7 % of men (3).

Data on gender differences and FP remain difficult to capture, even from the DHS and MICS. For example, in some countries questions on FP are asked to both women and men aged 15–49, but in others FP questions are asked only to women. While DHS data from select countries (Albania 2008–9; Ukraine 2007; Azerbaijan 2006; Armenia 2005) do include information of having ever used contraception among women and men, men were asked only about use of male-oriented contraceptive methods, making it difficult to interpret or comment on male involvement in FP issues within relationships and to completely understand and/or analyze the gender role in FP (3).

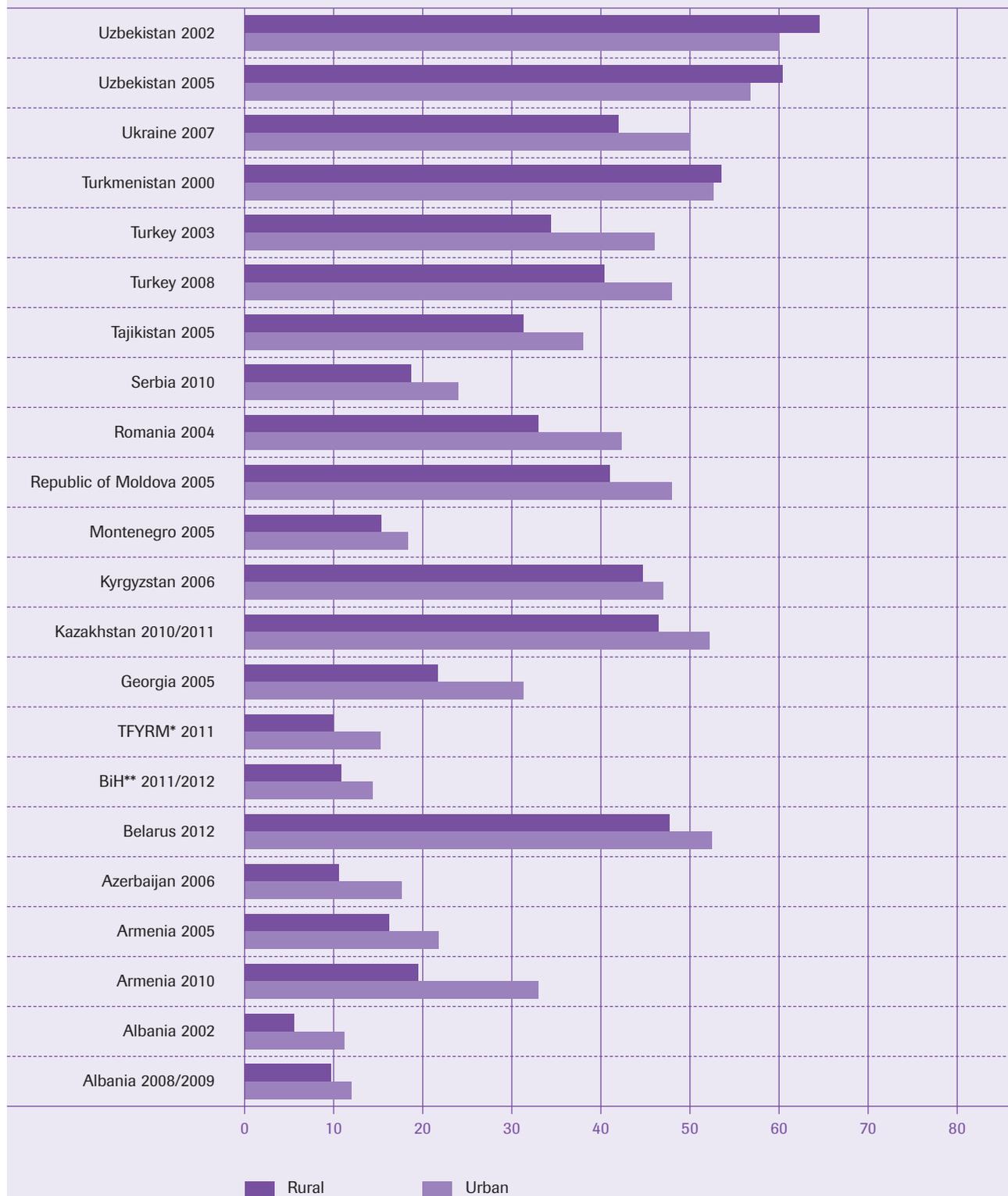
The role of men in FP cannot be neglected, especially as there is strong evidence that male involvement increases uptake and use of FP. Fortunately, in the most recent DHS in Armenia (2010) there is a chapter on men’s attitude toward FP. This chapter highlights the important role men have to play; 73 % of men age 15–49 disagreed with the statement “Contraception is a woman’s business” (3). Increasing male involvement was also found in the 2007 DHS from Ukraine where 93 percent of currently married women aged 15–49 reported that their husband knew about their use of contraception (3). Increasingly national reproductive health surveys (Ireland 2006; Latvia 2011; Germany 2011) are recognizing the importance of including both men and women in their surveys targeting SRH and FP and the inclusion of both sexes in the surveys reveal important similarities and differences among males and females when analyzed.

Place of residence

Analysis of the place of residence of current users of modern, effective methods of contraception is important for further development of the health systems approach to ensure access to information and modern contraceptives to those in need.

Tab. 2

Current use of any modern method of contraception by place of residence, percent of women aged 15-49, country and year of study (3, 4)



* TFYRM = the former Yugoslav Republic of Macedonia ** BiH = Bosnia and Herzegovina

Tab. 3

Current use of any modern method of contraception by education, percent of women aged 15–49, country and year of study (3, 4)

Country/year of survey	Primary or less	Higher
Albania 2008/2009	8.6	17.5
Albania 2002	5.8	17.2
Armenia 2010	21.4	39.1
Armenia 2005	11.1	28.9
Azerbaijan 2006	12.7	24.5
Belarus 2012	46.3	55.2
BiH* 2011/2012	62	5.3
TFYRM** 2011	7.9	21.2
Georgia 2005	18.2	34.1
Kazakhstan 2010/2011	44.7	51.5
Kyrgyzstan 2006	40	48.1
Montenegro 2005	10.9	20.4
Republic of Moldova 2005	38.3	50.9
Romania 2004	21	54.5
Serbia 2010	10.2	32.9
Tajikistan 2005	15.8	46.3
Turkey 2008	35.3	55.3
Turkey 2003	29.9	52.2
Turkmenistan 2000	52.6	53.1
Ukraine 2007	43.2	50.3
Uzbekistan 2005	54.8	57.1
Uzbekistan 2002	58.7	61.5

* BiH = Bosnia and Herzegovina

** TFYRM = the former Yugoslav Republic of Macedonia

Tab. 4

Current use of any modern method of contraception by wealth quintile, percent of women aged 15–49, country and year of study (3, 4)

Country/year of survey	Lowest	Highest
Albania 2008/2009	10.5	14.2
Albania 2002	6.2	17.8
Armenia 2010	21.4	37.7
Armenia 2005	12.4	28.6
Azerbaijan 2006	11.1	20.9
Belarus 2012	43.8	56.5
BiH* 2011/2012	7	12
TFYRM** 2011	7.5	18.5
Georgia 2005	10.5	31.1
Kazakhstan 2010/2011	44.6	55
Kyrgyzstan 2006	47.3	48.5
Montenegro 2005	7.5	22.8
Republic of Moldova 2005	36.6	51.3
Romania 2004	22.8	48.5
Serbia 2010	10.5	31.1
Tajikistan 2005	25.9	39
Turkey 2008	38	54.3
Ukraine 2007	36	52.7
Uzbekistan 2005	60.9	56
Uzbekistan 2002	60.7	62

* BiH = Bosnia and Herzegovina

** TFYRM = the former Yugoslav Republic of Macedonia

In most countries where Reproductive Health Surveys (RHS), DHS and MICS have been carried out recently the difference of use of modern contraception in rural and urban settings is small with some exceptions (see Table 2). In fact, analysis of the trends in FP use in countries where surveys have been carried out more than once over the past 10–15 years illustrates where FP programs have targeted activities at the country level to attempt to decrease inequities that may have been present between rural and urban populations. For example, in Albania the percentage of modern contraceptive users remains small, but has increased in rural areas from 5.5 % to 9.6 % from 2002 to 2008–9, compared to urban settings which demonstrated only marginal changes – 11.3 % versus 11.9 % – during the same time period (3).

Interestingly, in Turkmenistan modern contraception use is higher in rural than in urban regions. The same is also true of Uzbekistan where data from 2005 showed the unmet need for contraception was higher in the urban population (3).

Education

The link between education and contraceptive use has also been well documented, with populations who have lower levels of education often having a lower propensity to use contraception. Table 3 presents the difference in current use of modern contraception by educational status across the different countries in the Region. Significant variation is present. The largest difference is seen in Tajikistan where

only 13.9 % of women with primary or less education currently use modern contraception compared to 50.7 % of women with higher education – a difference of 35 % (3). The smallest difference is seen in Turkmenistan where 52.6 % of women with primary or lower education use modern contraception, compared to 53.1 % of women with higher education – a gap of less than 1 % (3).

Wealth

In both the DHS and MICS one can find information on use of contraception in different groups by wealth quintile. Data summarized in Table 4 present the relationship between finances and FP in different countries of the Region. Household income greatly impacts the use of modern contraception in Armenia, Georgia, Republic of Moldova, Montenegro, Romania, Serbia, Turkey and Ukraine, where the difference between the lowest and highest wealth quintile for use of contraception is 15 % and greater (3, 4). In some countries (Albania, Bosnia and Herzegovina and Kyrgyzstan) the difference is very low (3, 4). The relationship between wealth and FP is complex and requires more detailed study as the access to contraceptives in the European Region differs from country to country – from free of charge contraception to a client provided by aid development partners (mainly UNFPA), to reimbursement of contraception by insurance, to free of charge for special population groups (young people, post-partum women, low-socio-economic status), all factors that influence the contraceptive prevalence and method mix.

Tab. 5

Percent of Roma women age 15–49 who are using any modern method of contraception, country and year of study (4)

Country/ year of survey	Rural	Urban	Primary education and lower	Higher education	Lowest wealth quintile	Highest wealth quintile
Bosnia and Herzegovina 2011/2012	NA	NA	4.9	18.2	5.9	7.5
Serbia 2011	6.5	4.5	3.8	10.7	4.8	9.5

Ethnic minority

FP is linked with cultural traditions and norms. Given the diversity of cultures that exist in Europe it is not surprising that variation in use of contraception would also be seen among different ethnicities in the Region.

The Federal Centre for Health Education (BZgA) in Cologne, Germany carried out a study “Women’s Lives – Family Planning and Migration Throughout Life” that compared the current contraceptive practice of German, Turkish, eastern and south-eastern European women living in Germany. The study clearly demonstrated that ethnic background influences the choice of contraceptive method. For example pills were more often used by German women, the intrauterine device (IUD) by women from eastern and south-eastern Europe and Turkish women more often used surgical contraception (7).

According to the 2011 MICS in the former Yugoslav Republic of Macedonia, the percentage of women aged 15–49 years who use a modern contraceptive method differs depending on the ethnicity of household head: 14.9 % if the household head is Macedonian, 9.7 % if Albanian and 8.8 % if another nationality (4). In Montenegro, the difference between modern contraceptive use according to the ethnicity of the household head is also present, with the biggest difference being among Bosnian\Muslim (19.3 %) and Albanian (14.6 %) women (4).

The Roma population represents one of the most marginalized ethnic minorities in Europe, but comparable data on their SRH and FP needs has been lacking. The MICS in Bosnia and Herzegovina (2011/12) and in Serbia (2011) specifically included a section for the Roma, which is providing useful information about FP and this population. For example, in Bosnia and Herzegovina the language spoken in the household influences the use of modern contraception (5.1 % Romani language vs. 12.2 % other languages) (4). When looking at other social determinants of health and their relationship with contraceptive use among Roma women, similar trends to those of non-Roma women are seen, with lower use among those who are less educated and less wealthy (see Table 5) (4). In Serbia, while patterns of use may follow similar trends, access to FP differs, with a greater percentage of Roma women reporting unmet need for FP compared to non Roma women (10 % versus 7 %) (4).

Conclusions

More and more policy makers are focusing on strengthening high-quality people-centred health systems and tackling persisting health system barriers that continue to limit health promotion and availability of high quality services. Member States of the WHO European Region are starting this process by developing a “Framework for Action towards Coordinated/ Integrated Health Services Delivery” (8). The WHO Regional Office for Europe and other partners are supporting countries with policy options and specific recommendations for change, through an action-oriented approach to target areas for strengthening the coordination/integration of care. It is important to ensure that the Framework for Action includes FP, an important area of public health with impact on the health and well-being not only of the woman or couple, but also the health of the future generations.

In order to help shape the strategies and actions and track progress, it is essential that data on FP is available and comparable throughout the Region. Standardized questionnaires and indicators should be used when any survey on SRH and FP is taking place. These surveys should also involve both sexes, with questions targeted to men as well.

Furthermore, the role of social determinants of health such as place of residence, education, wealth and ethnic background differs from country to country and needs to be studied and monitored to ensure that developed SRH strategies, action plans and activities are targeting those most in need.



Gunta Lazdane, MD, PhD, Programme Manager, Sexual and Reproductive Health, Division of Noncommunicable Disease and Health Promotion, WHO Regional Office for Europe

Contact:

gla@euro.who.int

References

- 1 Health 2012. A European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2013
- 2 Social determinants of sexual and reproductive health. Informing future research and programme implementation. Geneva: WHO, 2010
- 3 Measure DHS [website]. (<http://measuredhs.com/What-We-Do/Survey-Search.cfm>, accessed 20 October 2013)
- 4 Monitoring the Situation of Children and Women [website]. UNICEF (http://www.childinfo.org/mics4_surveys.html, accessed 20 October 2013)
- 5 CURRIE C./ZANOTTI C./MORGAN A. et al., editors. Social determinants of health and well-being among young people. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: International report from the 2009/2010 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012
- 6 Youth Sexuality. Repeat survey of 14 to 17-year-olds and their parents – current focus: migration – 2010. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; 2010 (<http://publikationen.sexualaufklaerung.de/index.php?docid=2132>, accessed 19 October 2013)
- 7 women's lives – Family Planning and Migration Throughout Life. Interim results of a town-based study involving women with a Turkish, Eastern European or Southeastern European migration background. Cologne: BZgA, 2008–2009
- 8 Roadmap. Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region. Copenhagen: WHO

BROSCHÜREN

sex 'n' tips

Die Faltblätter der Reihe »sex 'n' tips« liegen in aktualisierten Auflagen vor:

»Körper und Gesundheit« erklärt u. a. körperliche Veränderungen in der Pubertät, Körperpflege und Selbstuntersuchungen von Mädchen und Jungen sowie STI.

»Pille, Kondom und Co. – Was ihr wissen solltet« gibt einen bebilderten und erläuterten Überblick über Verhütungsmittel und die Pille danach.

In »Gemeinsam verhüten« geht es um die gemeinsame Verantwortung von Mädchen und Jungen. Vor- und Nachteile von Pille und Kondom, Verhütungsirrtümer und was im Notfall getan werden kann, sind weitere Inhalte.

Viele Pannen oder Probleme beim Sex haben ganz harmlose Ursachen. In »sex 'n' tips – Hilfe bei Sex-Pannen« kann man lesen, welche, und was sich da machen lässt.

Verhütungsfragen, Liebeskummer, ungewollt schwanger ... Das Faltblatt »Beratung und Hilfe« informiert über Anlaufstellen bei Fragen und Problemen rund um Liebe, Partnerschaft und Sexualität, aber auch andere Probleme, die Jugendlichen das Leben schwer machen können.

Weitere Themen der neu aufgelegten und teilweise überarbeiteten Broschüren sind Mädchen- und Jungenfragen, Meine Rechte, Beratung und Hilfe.

Bestelladresse:

BZgA
50819 Köln
Telefax 0221 8992-257
order@bzga.de
www.bzga.de

Best.-Nr. 13066003
sex 'n' tips »Körper und Gesundheit«
Best.-Nr. 13066000
sex 'n' tips »Pille, Kondom und Co.«
Best.-Nr. 13066007
sex 'n' tips »Gemeinsam verhüten«
Best.-Nr. 13066008
sex 'n' tips »Hilfe bei Sex-Pannen«
Best.-Nr. 13066001
sex 'n' tips »Jungenfragen«
Best.-Nr. 13066002
sex 'n' tips »Mädchenfragen«
Best.-Nr. 13066005
sex 'n' tips »Beratung und Hilfe«
Best.-Nr. 13066009
sex 'n' tips »Meine Rechte«

Bleib entspannt, mach dich schlau

Eine achtseitige kleinformatige Broschüre wirbt für das Online-Portal www.loveline.de der BZgA. Das Jugendportal zu Liebe, Sex und Verhütung bietet gesicherte Informationen zu allen Themen, die Jugendliche interessieren: »Hier ist keine Frage zu dumm und kein Thema zu peinlich«, heißt es in der Broschüre, die zur Verteilung an Schulen und für den außerschulischen Bereich gedacht sind.

Lehrerinnen und Lehrern bietet Loveline unter www.schule.loveline.de Hintergrundinformationen, Arbeitsblätter u. v. m.

Bestelladresse:

BZgA
50819 Köln
Telefax 0221 8992-257
order@bzga.de
www.bzga.de
Best.-Nr. 13352000

Kartenset Schwangerschaftsberatung

Fast jede Fünfte der 20- bis 44-jährigen Frauen ist laut der repräsentativen Studie »frauen leben 3« der BZgA mindestens einmal im Leben ungewollt schwanger. Aber nur jede dritte Frau, die ungewollt schwanger ist, nimmt eine Beratung in Anspruch.

Deshalb hat die BZgA ein neues Informationsmedium entwickelt, das über das Angebot der Schwangerschaftsberatungsstellen informiert.

Entstanden ist das Kartenset »Angebotsspektrum der Schwangerschaftsberatung« (Umschlag inkl. fünf Karten) zu den verschiedenen Beratungsanlässen: 1. Schwangerschaft, Geburt und die erste Zeit mit Kind, 2. Pränataldiagnostik, 3. ungeplante oder ungewollte Schwangerschaft, 4. Frühe Hilfen für (werdende) Eltern sowie 5. Partnerschaft, Sexualität, Familienplanung. Das Kartenset stellt die BZgA gynäkologischen Arztpraxen und Beratungsstellen kostenlos zur Verfügung, damit sie es je nach Beratungsanlass und Lebenssituation der Schwangeren einsetzen können. Damit bietet die BZgA niedrigschwelliges Informationsmaterial gerade auch für stark belastete schwangere Frauen an. Das Kartenset steht auch zum Download zur Verfügung.

Bestelladresse:

BZgA
50819 Köln
Telefax 0221 8992-257
order@bzga.de
www.bzga.de
Best.-Nr.: 13625500

Wie geht's – wie steht's?!?

Eine mit 110 Seiten umfangreiche Broschüre der BZgA liegt nun schon in der 23. Auflage vor: »Wie geht's – wie

steht's?!? Wissenswertes für Jungen und Männer«.

Themen sind die männlichen Geschlechtsorgane und ihre erstaunliche Teamarbeit, Orgasmus und Samenerguss, Fruchtbarkeit, Verhütung und Gesundheit.

Ein Glossar am Ende erläutert wichtige Begriffe.

Bestelladresse:

BZgA
50819 Köln
Telefax 0221 8992-257
order@bzga.de
www.bzga.de
Best.-Nr.: 13030000

Jules Tagebuch

»Aufregende Jahre. Jules Tagebuch« wurde zum 14. Mal aufgelegt. Die 16-jährige Jule gewährt Einblick in ihr Tagebuch und erzählt rückblickend über ihre Pubertät, über sprießende Schamhaare, Pickel und die erste Periode. Die Erlebnisperspektive des Tagebuchtextes ist durch informative Sachtexte und Bilder ergänzt. Die 100-seitige Broschüre (DIN A 5) behandelt informativ und persönlich zugleich alle Themen rund um das Erwachsenwerden und die erste Liebe.

Bestelladresse:

BZgA
50819 Köln
Telefax 0221 8992-257
order@bzga.de
www.bzga.de
Best.-Nr.: 13040000

Verhüten – gewusst wie!

Auch diese Broschüre ist wieder erhältlich. Sie hilft bei der Suche nach einer geeigneten Verhütungsmethode und bietet Informationen über Art und Aussehen, Wirkung und Anwendung, Vor- und Nachteile, Sicherheit, den Bezug und die Kosten der gängigsten Verhütungsmittel und -methoden. Sie liegt in russischer und deutscher Sprache vor.

Bestelladresse:

BZgA
50819 Köln
Telefax 0221 8992-257
order@bzga.de
www.bzga.de
Best.-Nr.: 13120110

Reiselust

Tipps für schöne, unbeschwerte Ferien enthält die Broschüre »Reiselust«. Sie enthält Checklisten für die Urlaubsplanung und thematisiert u. a. die Themen Impfschutz, Reiseapotheke, Verhütung und STI, Ernährung, Alkohol und illegale Drogen.

»Reiselust«, in der 9. Auflage, umfasst 46 Seiten.

Bestelladresse:

BZgA
50819 Köln
Telefax 0221 8992-257
order@bzga.de
www.bzga.de
Best.-Nr.: 13252000

Häufig gestellte Fragen zum Thema minderjährige Schwangere

Diese 12-seitige Broschüre wird regelmäßig in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt aktualisiert. Zahlen und Fakten werden erläutert und Vergleiche zwischen den Erhebungsjahren 2000 und 2014 angestellt, um die Entwicklung von Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen Minderjähriger aufzuzeigen.

Bestelladresse:

BZgA
50819 Köln
Telefax 0221 8992-257
order@bzga.de
www.bzga.de
Best.-Nr.: 13050100

ZEITSCHRIFTEN

Betrifft Mädchen

Heft 4/2015: »Gender Inside!«, beschäftigt sich mit Impulsen für eine geschlechterreflektierte Qualitätsentwicklung. Inwieweit werden Mädchen und Jungen in den Hilfen und Angeboten erreicht, was macht aus ihrer Sicht Qualität aus? Was ist derzeit für die Qualitätsdebatte leitend, was gilt es zu wissen? Welche Qualitätsziele und -kriterien lassen sich für unterschiedliche Handlungsfelder aus mädchen- bzw. genderspezifischer Perspektive formulieren? Hierauf sucht das Heft Antworten.

Betrifft Mädchen, Heft 1/2016: »Shake it off! – Mädchen und Musik«, fragt nach aktuellen Ausprägungen in der

Jugend- und Musikkultur für Mädchen und regt zur Auseinandersetzung mit dem Thema an.

Betrifft Mädchen kann für 7 Euro zzgl. 1,20 Euro Porto bestellt werden.

Bestelladresse:

Juventa Verlag/Beltz Medien-Service
Telefon 08191 97000-622
medienservice@beltz.de

STUDIEN

Jugendsexualität 2015

Zum achten Mal wurden im Frühjahr bis Sommer 2014 im Auftrag der BZgA 3500 Jugendliche im Alter von 14 bis 17 Jahren sowie deren Eltern und 2250 junge Erwachsene im Alter von 18 bis 25 Jahren zu ihrer Einstellung und ihrem Verhalten zum Thema Sexualität und Verhütung befragt, 1750 davon mit Migrationshintergrund. Schwerpunktthemen der Befragung sind Aufklärung in Schule und Elternhaus, erste sexuelle Erfahrungen, Verhütungswissen und Verhütungsverhalten.

Annahmen, wonach immer mehr junge Menschen immer früher sexuell aktiv werden, bestätigen sich nicht. Das Verhütungsverhalten der 14- bis 17-Jährigen ist ausgesprochen umsichtig: Über 90 % der sexuell aktiven jungen Menschen sprechen mit ihrem Partner oder ihrer Partnerin über Verhütung. Wie sehr sich das Verhütungsverhalten verbessert hat, zeigt der Langzeitvergleich, der für deutsche Jugendliche vorliegt: 1980 trafen 29 % der Jungen und 20 % der Mädchen keine Verhütungsvorkehrungen beim »ersten Mal«, heute sind es nur noch 6 bzw. 8 %. Die Ergebnisse der Studie stehen online und in Kürze auch als Printversion zur Verfügung:

www.forschung.sexualaufklaerung.de

Coming-out – und dann ...?!

Das DJI-Forschungsprojekt »Coming-out – und dann ...?!« befasst sich mit den Coming-out-Verläufen und Diskriminierungserfahrungen von LSBT* (Lesbisch, schwul, bisexuell oder trans*) Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland: Wie erleben und gestalten sie ihr inneres und äußeres Coming-out und welche Erfahrungen machen sie dabei?

Das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

(BMFSFJ) geförderte Projekt erhebt erstmals bundesweit die Erfahrungen des Aufwachsens von LSBT*-Jugendlichen. Eine seit November 2015 vorliegende Broschüre mit zentralen Forschungsergebnisse, finanziert von der Bundesstiftung Magnus Hirschfeld, richtet sich an Interessierte aus Politik, Fachpraxis, Wissenschaft und Öffentlichkeit. 2016 werden die Projektergebnisse vollständig in Buchform dargestellt und diskutiert.

Bestelladresse:

Deutsches Jugendinstitut e.V.
Coming-out – und dann ...?!
www.dji.de
Nockherstraße 2
81541 München
Telefon 089 62306-0
Telefax 089 62306-162

2. Österreichischer Verhütungsreport

Diese aktuelle Untersuchung mit 2028 Befragten folgt einer Erhebung im Jahr 2012, bei der erstmals Österreicherinnen und Österreicher umfassend und repräsentativ über viele Aspekte der Verhütung befragt wurden. Neu ist vor allem das Phänomen der Hormonvermeidung bei der Auswahl der Verhütungsmethode: Die Befragten sind mit Sexualität und Verhütung zufrieden, verhüten aber weniger als vor drei Jahren, vor allem aus Sorge vor der Einnahme zu vieler Hormone. 10 000 ungewollte Schwangerschaften wären durch Kostenübernahme von Verhütungsmitteln vermeidbar gewesen. Der vollständige Bericht steht im Netz zur Verfügung.

Kontakt:

www.verhuetungsreport.at

Youth Sexuality in the Internet Age

In englischer Übersetzung liegt nun die qualitative Studie »Jugendsexualität im Internetzeitalter« vor. Die Interviewstudie wurde von Juli 2009 bis Dezember 2011 durchgeführt. Befragt wurden 160 junge Frauen und Männer im Alter von 16 bis 19 Jahren aus Hamburg und Leipzig, die zu diesem Zeitpunkt ein Gymnasium oder eine Berufsschule besuchten. Im Rahmen der Studie wurde unter anderem untersucht, wie die Jugendlichen und jungen Erwachsenen heute in einer Beziehung bzw. wie sie als Single leben. Im Mittelpunkt stand

immer wieder die Frage nach dem, was die jungen Frauen und Männer dort sowie in Chatrooms oder sozialen Netzwerken machen. Ein weiterer Aspekt der Studie beschäftigte sich damit, wie mit dem freien Zugang zu Pornografie im Internet umgegangen wird.

Die Publikation kann für 11 Euro als Printversion bezogen werden und liegt als PDF vor.

Bestelladresse:

BZgA
50819 Köln
Telefax 0221 8992-257
order@bzga.de
www.bzga.de
Best.-Nr. 13316270

Queeres Deutschland 2015

Wie stark sich die Einstellungen zu sexueller Vielfalt in Deutschland unterscheiden, zeigt die Studie »Queeres Deutschland 2015« der Stiftung Change Centre. Von den über 2000 befragten Deutschen sprachen sich 71% dafür aus, dass Schülerinnen und Schüler im Unterricht mehr über unterschiedliche Lebensformen wie zum Beispiel Homosexualität lernen sollten. Auf der anderen Seite sagte jeder Fünfte, er oder sie würde sich lieber einen anderen Kita-Betreuer wünschen, sollte ihr Kind von einem schwulen Mann betreut werden. Für eine stärkere Präsenz von Homosexualität in der deutschen Kultur sprachen sich 51% der Befragten aus. Laut der Studie stehen Männer einer Vielfalt der Lebensweisen tendenziell kritischer gegenüber als Frauen. Im Ländervergleich sind die Menschen in Berlin und Bremen besonders offen, wenn es um Einstellungen zu sexueller Vielfalt geht. Die Schlusslichter bilden Sachsen und Thüringen (pro-familia-Newsletter vom 28.1.2016)

Kontakt:

http://www.change-centre.org/blog/

INTERNET

ZANZU: Online-Beratungsangebot in 13 Sprachen

ZANZU wurde von Sensoa, dem belgischen Expertenzentrum für sexuelle Gesundheit, und der BZgA ins Leben gerufen, unterstützt vom Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesfamilienministerium. ZANZU stellt in 13 Sprachen einfach und

anschaulich Informationen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit für Erwachsene zur Verfügung und erleichtert so die Kommunikation über diese Themen, z. B. im Rahmen einer Beratung.

Das Webportal liefert Frauen und Männern, die noch nicht lange in Deutschland leben, einen diskreten und direkten Zugang zu Wissen in diesem Bereich. Vor allem Beraterinnen und Beratern sowie Ärztinnen und Ärzten bietet ZANZU eine konkrete und vielseitige Arbeitshilfe für die tägliche Praxis. Die Themen sind Schwangerschaft, Geburt, STI, Verhütung, Körperwissen, Sexualität sowie Rechte und Gesetze.

Auf dem Webportal stehen sämtliche Informationen in folgenden Sprachen zur Verfügung: Deutsch, Niederländisch, Englisch, Französisch, Russisch, Türkisch, Arabisch, Farsi, Bulgarisch, Polnisch, Rumänisch, Spanisch und Albanisch. ZANZU kann auf allen Endgeräten genutzt werden. Neben vielen weiteren Funktionen enthält die Seite eine Readspeak-Funktion zum Anhören der Texte, ein Glossar und eine Beratungsstellensuche nach Wohnorten.

Kontakt:

www.zanzu.de

Bewerbungsmaterialien:

- ZANZU Infobroschüre 70930002
- ZANZU Visitenkarte 70931003
- ZANZU Kugelschreiber 70931002
- ZANZU Kondom 70931001
- ZANZU Plakat A2 70931000

Bestelladresse:

BZgA
50819 Köln
Telefax 0221 8992-257
order@bzga.de
www.bzga.de

Grundsatzpapier zur Sexualpädagogik

Die Arbeitsgemeinschaft AIDS-Prävention NRW hat ein Grundsatzpapier zur »Sexualpädagogik als Grundlage einer zukunftsorientierten HIV-Prävention in Nordrhein-Westfalen« erstellt.

Mit der Beschreibung der wesentlichen Aspekte und Rahmenbedingungen für die sexualpädagogische Präventionsarbeit will die Arbeitsgemeinschaft den in diesem Bereich tätigen

Akteurinnen und Akteure eine Orientierungshilfe geben und zur Transparenz gegenüber Entscheidungsträgerinnen und -trägern, Bildungseinrichtungen sowie Bürgerinnen und Bürgern beitragen.

Kontakt:

www.aids-nrw.de

App »Vergissmeinnicht«

Regelmäßig die Pille einzunehmen ist gar nicht so einfach. Was tun, wenn eine Pillenpanne eingetreten ist?

Wie und wo bekommt man die Pille danach? Zu Fragen wie diesen hat die BZgA in Kooperation mit der ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände und dem pro familia Bundesverband die App »Vergissmeinnicht« entwickelt. Die kostenlose und werbefreie App erinnert rechtzeitig und diskret an die nächste Pilleneinnahme und gibt Hinweise, was bei einer Verhütungspanne getan werden kann.

»Vergissmeinnicht« wurde für Android-Geräte entwickelt und kann unter www.bzga.de/vergissmeinnicht heruntergeladen werden.

Kontakt:

BZgA

50819 Köln

Telefax 0221 8992-257

order@bzga.de

www.bzga.de

EU-Projekt

»United to END FGM«

Am 15. September 2015 startete das EU-weite Projekt United to END FGM (Female Genital Mutilation), bei dem TERRE DES FEMMES als deutsche Partnerorganisation mitwirkt. Das Projekt wird von der Cyprus University of Technology (CUT) koordiniert und von der EU-Kommission mitfinanziert. Ziel ist die Erstellung einer mehrsprachigen Online-Wissensplattform über weibliche Genitalverstümmelung, die sich hauptsächlich an verschiedene Berufsgruppen richten soll, die mit betroffenen und gefährdeten Mädchen und Frauen intensiv Kontakt haben. Teil der Wissensplattform soll auch ein E-learning-Kurs für relevante Berufsgruppen sein, der mit einem Zertifikat abgeschlossen werden kann.

Übergeordnetes Ziel des Projektes ist es, dass gefährdete Mädchen und Frauen langfristig besser geschützt werden können und Betroffene eine ver-

besserte Versorgung erhalten. TERRE DES FEMMES wird im Projektverlauf verschiedene Module zu den Themen Opferschutz und integrierter Kinderschutz für das E-Learning entwickeln und Informationen zur länderspezifischen Situation in Deutschland liefern.

Weitere Informationen:

<http://www.frauenrechte.de/online/index.php/themen-und-aktionen/weibliche-genitalverstuemmung2>

AUSSTELLUNGEN

Interkultureller Mitmach-Parcours »Liebes-Welten«

Das AWO Lore-Agnes-Haus ist seit 1983 Beratungszentrum für Familienplanung, Schwangerschaftskonflikte und Fragen der Sexualität. Mit dem neu konzipierten Mitmach-Parcours »Liebes-Welten« laden die Verantwortlichen Menschen mit und ohne Zuwanderungsgeschichte ein, sich über Themen wie Verhütung, Familienplanung, Sexualität und zugehörige Wertvorstellungen in der Gesellschaft auszutauschen und Wissen zu vertiefen. »Liebes-Welten« berücksichtigt die kulturellen und sprachlichen Unterschiede in den Lebenswelten der Teilnehmenden. Vielsprachige geschulte Teamerinnen und Teamer mit Migrationsgeschichte begleiten die Besuchergruppen.

Das Angebot richtet sich an Erwachsene mit Zuwanderungsgeschichte in Essen. Der Parcours kann mit Gruppen von 10 bis 20 Personen durchgeführt werden und dauert ca. drei Stunden.

Kontakt:

AWO Lore-Agnes-Haus

Lützwowstraße 32

45141 Essen

Telefon 0201 3105-3

Telefax 0201 3105-110

www.lore-agnes-haus.de

loreagneshaus@awo-niederrhein.de

www.liebes-welten.de

terminanfrage@liebes-welten.de

Die Medien und Materialien der BZgA im Bereich Sexualaufklärung und Familienplanung stehen grundsätzlich auch als PDF-Dateien zum kostenlosen Download zur Verfügung:
www.sexualaufklaerung.de

Berichte

- 3 **Bezug staatlicher Sozialleistungen und Verhütung.
Ergebnisse der Studie »frauen leben 3«**
Cornelia Helferich
- 9 **Regionale Kostenübernahme von Verhütungsmitteln
für Menschen mit geringem Einkommen.
Ergebnisse einer bundesweiten Erhebung bei
Schwangerschaftsberatungsstellen vor Ort**
Johannes Staender, Ines Thonke
- 14 **Reduzierung von Schwangerschaftsabbrüchen
in Mecklenburg-Vorpommern.
Ein Modellprojekt**
Sabina Ulbricht
- 16 **Pille danach: Alles gut geregelt?
Bestandsaufnahme nach der Rezeptfreigabe**
Claudia Schumann
- 20 **Was wissen Frauen über die Pille danach?
Ergebnisse einer Repräsentativbefragung der BZgA**
Ilona Renner
- 24 **Flüchtlinge und Migrantinnen.
Versorgung im Bereich der reproduktiven Gesundheit**
Helga Seyler
- 28 **Differences in use of family planning
in the European Region**
Gunta Lazdane

Infothek

- 34 **Broschüren, Zeitschriften, Studien, Internet,
Ausstellungen**

FORUM *Sexualaufklärung und Familienplanung*

Eine Schriftenreihe der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung (BZgA),
Leitung: Dr. med. Heidrun Thaiss.
Abteilung Sexualaufklärung,
Verhütung und Familienplanung
Maarweg 149-161
50825 Köln

www.forum.sexualaufklaerung.de

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme
Forum Sexualaufklärung: Informationsdienst
der Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung/BZgA
Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung, Abteilung Sexualaufklärung,
Verhütung und Familienplanung – Köln: BZgA
Erscheint jährlich dreimal.
Aufnahme nach 1996,1
ISSN 2192-2152

Konzeption:
Abteilung Sexualaufklärung, Verhütung
und Familienplanung
Verantwortlich:
Angelika Heßling
Text und Redaktion:
Heike Lauer, Frankfurt

Layout und Satz:
Dietmar Burger, Berlin
Druck: Rasch, Bramsche
Auflage: 1.14.09.16

FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung
1–2016 ist kostenlos erhältlich unter der
Bestelladresse
BZgA, 50819 Köln
Best.-Nr. 13329228
order@bzga.de
Alle Rechte vorbehalten.
Namentlich gekennzeichnete oder mit einem
Kürzel versehene Artikel geben nicht in jedem
Fall die Meinung der Herausgeberin wieder.
Diese Zeitschrift wird von der BZgA kostenlos
abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch
die Empfängerin/den Empfänger oder Dritte
bestimmt.

