

Familienplanung: Ja! Aber?

Von richtigen und anderen Zeitpunkten für
Kinder – Analysen und Folgerungen für
Forschung und Praxis



Tagungsdokumentation
der BZgA-Konferenz zum Abschluss des Forschungsprojektes
„frauen leben 3 – Familienplanung im Lebenslauf von Frauen“
29./30.10.2014 in Berlin

Familienplanung: Ja! Aber?

Von richtigen und anderen Zeitpunkten für
Kinder – Analysen und Folgerungen für
Forschung und Praxis



Tagungsdokumentation
der BZgA-Konferenz zum Abschluss des Forschungsprojektes
„frauen leben 3 – Familienplanung im Lebenslauf von Frauen“
29./30.10.2014 in Berlin

Inhalt

4 Vorwort

6 Eröffnung

- 6 Elke Ferner, Parlamentarische Staatssekretärin, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Grusswort
- 12 Prof. Dr. med. Elisabeth Pott, Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (bis 31.01.2015), Einführung
- 18 Prof. Dr. Cornelia Helfferich, Sozialwissenschaftliches FrauenForschungsInstitut Freiburg, Ungewollte und unbeabsichtigte Schwangerschaften im Lebenslauf – Ergebnisse der Studie „frauen leben 3“

25 Vorträge

- 26 Vom Wünschen und Wollen: Kinder in Europa
Prof. Dr. Johannes Huinink
- 30 Immer weniger immer später? Fertilität in Deutschland
Prof. Dr. Norbert F. Schneider
- 34 Immer weniger, immer schwieriger? Kinderwunsch und Erwartungen junger Frauen an Partnerschaft und Erwerbstätigkeit
Jutta Allmendinger/Alice Hohn
- 38 Auswirkungen von Armut auf die Familienplanung und den Zugang zu Verhütung – Ergebnisse der Studie „frauen leben 3“
Prof. Dr. Cornelia Helfferich
- 42 Die Versorgung mit Verhütungsmitteln und ihre Kosten – die Situation in Deutschland
Dr. med. Ines Thonke
- 46 Kostenfreie Abgabe von Verhütungsmitteln. Erfahrungen aus einem Modellprojekt in Mecklenburg-Vorpommern
Dr. Sabina Ulbricht und Roswitha Bruhn

51 Workshops

52 Workshop 1 Wie viel „feste“ Partnerschaft und Einvernehmen braucht ein Kinderwunsch?
Moderation: Angelika Heßling

54 Wie einig sind sich kinderlose Paare über den Kinderwunsch? Eine Analyse mit dem deutschen Beziehungs- und Familienpanel
Dr. Petra Buhr und Stephanie Fleischer

56 „Bereit sein für Vaterschaft“ – Voraussetzungen für Vaterschaft bei Männern
Dr. Nina Wehner

58 Entscheidungen über ungewollte Schwangerschaften – die Bedeutung der Partnerschaft
Prof. Dr. Cornelia Helfferich und Heike Klindworth

60 Workshop 2 Familienplanung im Leben von Frauen mit psychischen Erkrankungen und Frauen mit Behinderung
Moderation: Prof. Dr. Monika Häussler-Sczepan

62 Familienplanung und Kinderwunsch bei Frauen mit psychischen Erkrankungen
Dr. Silvia Krumm

64 Kinderwunsch und Elternschaft bei Menschen mit Behinderung
Dr. Marion Michel und Sabine Wienholz

66 Das Modellprojekt „Ich will auch heiraten“. Implementierung passgenauer Angebote in der Schwangerschaftskonflikt- und allgemeinen Schwangerschaftsberatung bei Menschen mit geistiger Behinderung
Dr. Marion Michel und Petra Schyma

68 Workshop 3 Vertrauliche Geburt: Erfahrungen der Schwangerschaftsberatung und die Inanspruchnahme des Hilfetelefons
Moderation: Wolfgang Kleemann

70 Vertrauliche Geburt
Regine Hölscher-Mulzer

72 Hilfetelefon „Schwangere in Not“-
Erste Erfahrungen nach dem Start
im Mai 2014
Andrea Bruns und Petra Söchting

74 Workshop 4 Pränataldiagnostik als Thema von Beratung und Fokus von Vernetzung
Moderation: Dr. Ute Sonntag

76 Interdisziplinäre und multiprofessionelle Beratung bei PND und Schwangerschaftsabbruch (§imb-pnd). Ausgewählte Ergebnisse und Empfehlungen des vom BMFSFJ geförderten Projekts zum Thema Kooperationen und Kompetenzen
Dr. Anne Rummer

78 Beratung bei Pränataldiagnostik
Dr. med. Marion Janke

80 Workshop 5 Familienplanung: Der richtige Zeitpunkt in der beruflichen Entwicklung?
Moderation: Prof. Dr. Holger Wunderlich

82 Ungewollte Schwangerschaften in beruflichen Schwellensituationen – Ergebnisse der Studie „frauen leben 3“
Prof. Dr. Cornelia Helfferich

84 Familienplanung von Studentinnen
Dr. Silja Matthiesen

86 Workshop 6 Verhütung, Schwangerschaftsberatung und Schwangerschaftsabbruch: Regelungen und Diskussionen in europäischen Ländern
Moderation: Olaf Kapella

88 Die Schweiz: Sexuelle und reproduktive Gesundheit
Dr. med. Marina Costa

90 Die Niederlande: Sexuelle und reproduktive Gesundheit – Verhütung und Schwangerschaftsabbruch
Dr. Ineke van der Vlugt

94 Großbritannien: Zugang zu Verhütung und Schwangerschaftsabbruch
Dr. med. Simone Reuter

98 Workshop 7 Schwangerschaftsberatung: Wer wird wie erreicht?
Moderation: Prof. Dr. Daphne Hahn

100 Beraterin – Beratene: Eine Verständigung über Milieus? Ergebnisse einer Evaluation der Katholischen Schwangerschaftsberatung „Leben in verschiedenen Welten?!“
Sabine Fähndrich

102 Finanzielle Hilfen der Bundesstiftung Mutter und Kind als Türöffner? Ergebnisse der Evaluation der Bundesstiftung „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“
Christine Thielebein

105 Who's who

105 Referentinnen und Referenten, Moderatorinnen und Moderatoren

107 Veranstalterin
Inhaltliche Betreuung
Tagungsorganisation

108 frauen leben Publikationen

110 www.forschung.sexualaufklaerung.de

VORWORT

Familienplanung mit Facetten wie Partnerschaft, Sexualität, Verhütung, Kinderwunsch, gewollte und ungewollte Schwangerschaft oder Geburt ist seit mehr als 15 Jahren ein Schwerpunktthema der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Unter dem Titel „Familienplanung: Ja! Aber? Von richtigen und anderen Zeitpunkten für Kinder – Analysen und Folgerungen für Wissenschaft, Praxis und Politik“ fand Ende 2014 in Berlin eine Konferenz der BZgA statt. Sie bildete den Abschluss des Forschungsprojektes „frauen leben 3 – Familienplanung im Lebenslauf von Frauen“.

Die Studie „frauen leben 3“ fragte unter anderem nach den Gründen und den Lebensumständen, in denen es zu ungewollten Schwangerschaften im Leben von Frauen kam und wie diese Situation bewältigt wurde. Für die Untersuchung wurden 4.002 Frauen in den Bundesländern Baden-Württemberg, Berlin, Niedersachsen und Sachsen repräsentativ befragt. 97 Frauen gaben ein qualitativ-biografisches Interview. Zusätzlich wurden Beraterinnen aus Familien- und Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen interviewt.

Die Konferenz richtete sich an Wissenschaft, Praxis (Familien-, Schwangerschafts(konflikt)beratung, Sexualpädagogik) und Politik. Neben der Präsentation der Studienergebnisse des Projekts „frauen leben 3“ wurden aktuelle Forschungsergebnisse aus unterschiedlichen Fachrichtungen sowie Erfahrungen aus der praktischen Arbeit mit der Zielgruppe vorgestellt und diskutiert. Plenarvorträge lieferten Wissen für die Einordnung gesellschaftlicher Entwicklungen, in Workshops wurden unterschiedliche Themen vertiefend diskutiert. Die Beiträge aus der Schweiz, den Niederlanden und England ermöglichten einen internationalen Blick auf das Thema.

Die autorisierten Fachbeiträge der vorliegenden Dokumentation spiegeln die Vielfalt des Konferenzthemas „Familienplanung: Ja! Aber?“. In einer intensiven Atmosphäre konnten wichtige fachliche Impulse gesetzt werden. Ebenso wurde die Möglichkeit genutzt interdisziplinäre und internationale Kooperationen zu bilden oder auch zu intensivieren.

Weitere Informationen zur Konferenz, zu den Expertinnen und Experten sowie zur Studie „frauen leben 3 – Familienplanung im Lebenslauf von Frauen. Schwerpunkt: Ungewollte Schwangerschaften“ sind unter www.forschung.sexualaufklaerung.de zu finden.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln 2016



GRUSSWORT

Elke Ferner

Parlamentarische Staatssekretärin, Bundesministerium für Familie,
Senioren, Frauen und Jugend



Sehr geehrte Frau Professorin Pott,
sehr geehrte Damen und Herren,

ich freue mich sehr, Sie – auch im Namen von Bundesfamilienministerin
Manuela Schwesig – auf der BZgA-Konferenz zum Abschluss des Forschungs-
projektes „frauen leben 3 – Familienplanung im Lebenslauf von Frauen“ zu
begrüßen.

Liebe Frau Professorin Pott, ich danke Ihnen sowie allen Mitarbeiterinnen und
Mitarbeitern der BZgA, die dieses Forum für einen breiten Dialog zum Thema
„Familienplanung: Ja! Aber?“ geschaffen haben.

Mein Dank geht ebenso an alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus Wissen-
schaft und Praxis: Sie machen den interprofessionellen Dialog zu den span-
nenden, aktuellen Forschungsergebnissen erst möglich.

Familienplanung: Ja! Aber?

Das Motto der Veranstaltung macht deutlich, dass Entscheidungen im Bereich der Familienplanung in unserer Gesellschaft mit Ambivalenzen und Zweifeln verbunden sind.

Denn wir alle wissen: Den richtigen Zeitpunkt für ein Kind gibt es selten. Dieser Aussage stimmen 63 Prozent der in der Studie „frauen leben 3“ befragten Frauen zu.

Sexuelle Selbstbestimmung, Wahlfreiheit in der Lebensgestaltung, Familiengründung, ungeplante Schwangerschaften – alle dies beschäftigt Frauen und Männer besonders in der so genannten Rush Hour ihres Lebens. Und dies sind Zukunftsthemen unserer Gesellschaft.

Mit der Markteinführung der „Pille“ vor gut 50 Jahren hat die sexuelle Selbstbestimmung der Frau und auch die Planbarkeit bei der Familiengründung eine neue Dimension erreicht. Seither können Frauen verlässlich verhüten. Gleichwohl haben Frauen als „potentielle“ Mütter insbesondere auf dem Arbeitsmarkt und beim beruflichen Aufstieg mehr Hürden zu überwinden als „potentielle“ Väter.

Aber die eigene, vor allem auch die berufliche Lebensplanung steht seitdem nicht mehr unter den Vorzeichen „Risiko Schwangerschaft“. Wir können allerdings auch beobachten: Mütter und Väter sind bei der Geburt des ersten Kindes älter und der Kinderwunsch wird häufiger aufgeschoben. Damit wurden Spätgebären, Unfruchtbarkeit und Kinderlosigkeit zu neuen Sorgenthemen der Familienplanung. Nach aktuellen Zahlen des statistischen Bundesamtes sind 22 Prozent der Erstgebärenden mindestens 35 Jahre alt. Aktuell haben wir die Debatte um das sogenannte „social-freezing“. Um es vorweg zu sagen: Ich sehe solche Entwicklungen sehr skeptisch.

In Wahrheit geht es nicht um mehr Selbstbestimmung für Frauen, sondern um eine bessere Verfügbarkeit von Arbeitnehmerinnen für Unternehmen, in die Verantwortung für Kinder nicht passt. Die Arbeitswelt muss für Rahmenbedingungen sorgen, die die Vereinbarkeit von Beruf und Kindern ermöglichen – auch dann, wenn Frauen jünger als 30 Jahre bei der Geburt ihres ersten Kindes sind.

Die neuen Studienergebnisse der BZgA, nämlich, dass der richtige Zeitpunkt eh nie wirklich planbar ist, zeigt auch ein zentrales Ergebnis der Studie: Ein Drittel der Schwangerschaften sind ganz oder teilweise z. B. auf den Zeitpunkt hin ungewollt eingetreten.

Vor diesem Hintergrund müssen wir den Fragen nachgehen,

- warum Verhütung in so vielen Fällen nicht funktioniert?
- welche Lebensumstände für die Akzeptanz von ungeplanten Schwangerschaften förderlich sind?
- und welche Unterstützungsangebote hilfreich sind für Frauen und Paare im Falle eines Schwangerschaftskonfliktes?

Wir brauchen politische Rahmenbedingungen für eine individuelle und selbstbestimmte Familienplanung unter Wahrung der sexuellen und reproduktiven Rechte, übrigens auch unabhängig von der sexuellen Identität.

Dazu gehören

- passgenaue Unterstützung und Hilfe in schwierigen Lebenssituationen;
- Absicherung von Müttern in beruflicher und finanzieller Unsicherheit;
- partnerschaftliche, gleichberechtigte Teilhabe auf Augenhöhe von Frauen und Männern in Familie und Beruf.

Die Grundvoraussetzungen für eine selbstbestimmte Sexualität und Fortpflanzung sind Sexualaufklärung, Information, Beratung über Verhütung, aber auch der ungehinderte Zugang zu sicherer Verhütung. Die Verhütungssicherheit hat in Deutschland einen hohen Standard. Dies ist nicht zuletzt der guten Aufklärungsarbeit der BZgA zu verdanken. Die seit Jahren sinkenden Zahlen bei Schwangerschaftsabbrüchen sind auch hierfür ein Beleg.

Dennoch gibt es noch immer Probleme, was den Zugang zu Verhütungsmitteln angeht. Die Kosten für sichere Verhütungsmittel sind den Studienergebnissen zufolge eine

Zugangsbarriere. Ein Verzicht auf zuverlässige Methoden der Familienplanung allein aus finanziellen Gründen ist völlig inakzeptabel.

Auch die Rezeptfreigabe der „Pille danach“ in Deutschland ist längst überfällig – die Argumente hierzu sind hinlänglich bekannt. Was in 28 europäischen Ländern richtig ist, kann in Deutschland ja wohl nicht falsch sein. Der politische Diskurs dazu dauert (leider) noch an. Das Bundesfamilienministerium setzt sich für eine selbstbestimmte Familienplanung und einen ungehinderten Zugang zur Verhütung ein.

Ungewollte Schwangerschaften

Ungewollte Schwangerschaften sind nicht nur die Folge fehlgeschlagener oder unterlassener Kontrazeption. Dank der BZgA-Studie haben wir jetzt erstmals belastbare Aussagen zu den Hintergründen ungewollter Schwangerschaften. Diese Hintergründe sind vielfältig und nicht alle, wie z. B. eine instabile Partnerschaft oder ein falscher Partner oder eine falsche Partnerin, können von der Politik beeinflusst werden.

Aber: Gute Rahmenbedingungen für das Leben mit Kindern und die Vereinbarkeit von Beruf und Familie können die Entscheidung für ein Kind erleichtern. Im Falle einer ungewollten Schwangerschaft braucht es zudem gezielte und auf den Einzelfall zugeschnittene Unterstützung. Das leistet in Deutschland die umfassende flächendeckende Schwangerschaftsberatung – nicht nur im Schwangerschaftskonflikt. Das Angebot ist hoch qualifiziert und berücksichtigt auch die wertanschauliche Pluralität der Menschen in unserem Land.

Es war daher für mich ein überraschendes Ergebnis der BZgA-Studie, dass die Inanspruchnahme der Beratung auch bei ungewollt eingetretenen Schwangerschaften sehr niedrig ist. Das deutet darauf hin, dass der Anspruch auf kostenlose Schwangerschaftsberatung nicht ausreichend bekannt oder aber auch nicht genügend akzeptiert ist.

Unser Ziel muss es daher sein, dieses wichtige psychosoziale Beratungsangebot noch stärker als bisher in das Bewusstsein der Bevölkerung zu tragen, und zwar als

eine Serviceleistung mit einem hohen Maß an Sensibilität und Empathie für Ratsuchende, die auf Wunsch auch anonym in Anspruch genommen werden kann. Hierzu haben wir das bundesweite kostenlose Hilfetelefon „Schwangere in Not – anonym und sicher“ zur Unterstützung von Schwangeren mit Anonymitätswunsch ins Leben gerufen, das seit 1. Mai 2014 freigeschaltet ist. Das Telefon ist ein niedrigschwelliges Angebot, es ist rund um die Uhr erreichbar und vermittelt Schwangere an eine Beratungsstelle vor Ort weiter. Es ist barrierefrei und kann bei Bedarf auch fremdsprachig in Anspruch genommen werden.

Seit Oktober stehen auch eine Online-Beratung und Gebärdendolmetschung zur Verfügung, die über das Portal www.geburt-vertraulich.de genutzt werden können. Das Portal informiert zudem umfassend über die neuen Hilfsangebote und enthält außerdem die Adressen aller Schwangerschaftsberatungsstellen in Deutschland. Zur Bekanntmachung des neuen Hilfetelefons haben wir eine umfangreiche Öffentlichkeitskampagne gestartet.

Die neuesten Nutzerinnenzahlen geben uns Recht – das Angebot wird angenommen und der Bekanntheitsgrad der Hotline steigt. Seit Mai gab es ca. 2.000 qualifizierte Beratungsgespräche beim Hilfetelefon.

Hilfe für Schwangere

Sechs Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes zum Ausbau der Hilfen für Schwangere und zur Regelung der Vertraulichen Geburt sind wir dem Ziel, Schwangere zu erreichen, die bisher den Zugang ins Hilfesystem nicht gefunden haben, schon näher gekommen. werdende Mütter nutzen die Möglichkeit, ihr Kind begleitet durch die Schwangerschaftsberatungsstellen, vertraulich und sicher in einer Klinik oder bei einer Hebamme zu bekommen. Inzwischen liegen im Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben rund 40 Herkunftsnachweise vor. Die Startphase des neuen Gesetzes war für alle Beteiligten ein Kraftakt und nur durch das große Engagement aller Beteiligten zu leisten.

Lassen Sie mich Ihnen allen an dieser Stelle meinen herzlichen Dank dafür aussprechen!



Wie eine Evaluationsstudie unseres Hauses belegt, erhalten Schwangere in Not auch wirksame Hilfsangebote über die Angebote der inzwischen 30-jährigen Bundesstiftung Mutter und Kind.¹

Für viele Frauen sind die Angebote „Türöffner“ in die Schwangerschaftsberatung und das vielfältige System weiterführender Hilfen.

Die Bundesstiftung kann zudem jährlich mindestens 92 Millionen Euro an hilfebedürftige Familien zur Verfügung stellen.

Die Studienergebnisse zeigen: Eine wesentliche Voraussetzung für Kinder ist eine gefestigte berufliche und finanzielle Situation. Aber insbesondere alleinstehende Mütter sorgen sich um ihre zukünftigen wirtschaftlichen Verhältnisse, wenn ein Kind unterwegs ist. In bestehenden Partnerschaften stellt sich die Frage, wie beide Elternteile Familie und Beruf gleichberechtigt unter einen Hut bringen können. An der besseren und auch partnerschaftlich ausgerichteten Vereinbarkeit von Familie und Beruf arbeiten wir derzeit.

Die Einführung des Elterngeldes 2007 hat einiges bewegt. Knapp 30 Prozent der Väter nehmen das Elterngeld in Anspruch – wenn auch zum großen Teil nur zwei Monate. Vorher waren es 3,5 Prozent. Auch Väter wollen heute aktiver, präsenter Teil der Familie sein, sich Familienaufgaben und Kindererziehung mit ihren Partnerinnen teilen. Wir wissen aus Umfragen, dass sich junge Paare heute eine partnerschaftliche Aufteilung der Aufgaben in Familie und Beruf wünschen.

Gut 60 Prozent der Eltern mit Kindern im Alter zwischen ein und drei Jahren befürworten ein solches Lebensmodell. Aber nur 14 Prozent können dies realisieren. Vor diesem Hintergrund hat Frau Ministerin Schwesig zu Jahresbeginn eine Debatte um eine Familienarbeitszeit angestoßen. Mit der Familienarbeitszeit wollen wir langfristig ermöglichen, dass beide Eltern in den ersten Jahren nach der Geburt eines Kindes ihre Arbeitsstunden anpassen können.

Gerade für die Frauen, die heute stärker reduzieren als sie wollen, würde sich dies positiv auswirken – auch längerfristig, bis hin zur Frage der eigenen existenzsichernden Altersversorgung. Es geht nicht nur um familienfreundliche Arbeitszeiten, sondern auch um berufliche Entwicklungschancen, um gute Arbeit und gute Entlohnung für Frauen und Männer. Um dies zu erreichen, setzen wir auf ein Bündel von vor allem auch arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen, von denen vor allem Frauen verstärkt profitieren werden: Ich kann aus Zeitgründen hier nur einige exemplarisch nennen:

- das Elterngeld Plus als erster Schritt hin zu einer Familienarbeitszeit;
- die Verbesserung der Betreuungsinfrastruktur mit zusätzlich 1 Mrd. € seitens des Bundes in dieser WP;
- Vom gesetzlichen Mindestlohn profitieren über 2 Mio. Frauen;
- der geplante Rechtsanspruch auf befristete Teilzeit wird sich positiv auswirken auf Frauen aber auch auf Männer;
- das geplante Engeltgleichheitsgesetz wird die Einkommenssituation von Frauen verbessern;

- und auch Maßnahmen zur Erhöhung des Frauenanteils in Führungspositionen werden helfen die Arbeitskultur zu verändern.

Wir brauchen ein betriebliches Arbeitsklima und eine Arbeitskultur, die Fürsorgeaufgaben von Frauen und Männern anerkennen und unterstützen. Unternehmen und insbesondere die obersten Chefetagen müssen begreifen: Familienfreundliche Arbeitsbedingungen zu schaffen, und damit Müttern und Vätern eine partnerschaftliche Aufteilung von Beruf und Familie zu ermöglichen, ist keine soziale Wohltat, sondern eine ökonomische Notwendigkeit, die sich auszahlt.

Aus einer zunächst gewollten Kinderlosigkeit kann auch eine ungewollte werden, wenn der Kinderwunsch lange aufgeschoben wird.

Dem Bundesfamilienministerium ist bei der Unterstützung von ungewollt kinderlosen Frauen und Männern ein Aspekt besonders wichtig: die Entstigmatisierung der Betroffenen. Um Verständnis zu wecken für die Ursachen, die Bedeutung und die Folgen von Kinderlosigkeit, haben wir eine Milieu-Studie zur ungewollten und gewollten Kinderlosigkeit im Lebensverlauf in Auftrag gegeben.

Die Studie hat erstmals Daten und Befunde zu Ursachen, Motiven, Einstellungen und Diskriminierungserfahrungen kinderloser Frauen, Männer und Paare aus verschiedenen Milieus und Altersgruppen geliefert. Die Ergebnisse dienen als Grundlage für die Entwicklung von geschlechter-, alters- und milieuspezifischen Informations- und Aufklärungsmaßnahmen. Die Studie wird noch Ende des Jahres veröffentlicht.

Ausblick

Forschungsvorhaben wie die Studie „frauen leben 3“ stellen uns immer wieder vor neue Herausforderungen. Die Bedingungen für eine Familiengründung oder eine Familienerweiterung, aber auch für ein Leben ohne Kinder ändern sich fortlaufend. Um positive Veränderungen für unsere Gesellschaft zu erreichen, brauchen wir gemeinsames Handeln auf allen Ebenen, brauchen wir den fachlichen Austausch zwischen Politik und Praxis auf der Basis valider Forschungsdaten, brauchen wir Veranstaltungen wie diese.

Insofern bin ich gespannt auf Ihre Beiträge und Diskussionen mit wichtigen Impulsen für unsere weitere Arbeit, in der Praxis, in der Wissenschaft und in der Politik. Ich wünsche der Veranstaltung viel Erfolg und danke für Ihre Aufmerksamkeit!



¹ BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2014): Evaluation Bundesstiftung „Mutter und Kind - Schutz des ungeborenen Lebens“ als Türöffnerin in das Netz früher Hilfen für Schwangere in Notlagen - Abschlussbericht. Berlin: BMFSFJ Verfügbar unter: <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/volltextsuche,did=208658.html> (Abruf: 16.09.2016)



Prof. [Name]

EINFÜHRUNG

Prof. Dr. med. Elisabeth Pott

Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

(bis 31.01.2015)



Sehr geehrte Frau Parlamentarische Staatssekretärin Elke Ferner,
liebe Frau Prof. Dr. Helfferich,
sehr geehrte Damen und Herren,

Kinder und Karriere sind bekanntlich nicht ganz reibungslos miteinander zu verbinden. Unter der Überschrift „Karriere zuerst, Kinder später“ erschien am 16. Oktober 2014 ein Artikel in der SZ, der ein Familienplanungsverständnis der besonderen Art beschrieb:

Die Konzerne Facebook und Apple bezahlen das Einfrieren von Eizellen, damit die Frauen ihren Kinderwunsch aufschieben und sich zunächst einmal ganz ihrer Arbeit und Karriere widmen können.

Apple, so die Süddeutsche, ich zitiere, „... erstattet nach eigenen Angaben von 2015 an den Beschäftigten bis zu 20.000 Dollar fürs Einfrieren und Lagern der Eizellen. Das Online-Netzwerk Facebook hat bereits begonnen, die Kosten zu übernehmen. Das Unternehmen sei damit auf die Wünsche der Mitarbeiter eingegangen, sagte ein Firmensprecher. Beide Konzerne wiesen daraufhin, dass die neue Offerte nur Teil eines Gesamtprogrammes sei, um Familien zu unterstützen. Bei Facebook bekommen Mitarbeiter zum Beispiel nach der Geburt eines Kindes vier Monate bezahlten Urlaub.“

Schöne neue Welt, um Aldous Huxley zu zitieren.

In Deutschland wird Familienplanung noch immer durch unterschiedlichste familienpolitische Maßnahmen unterstützt, die nicht die Gewinnmaximierung von Unternehmen im Blick haben, sondern eine Vereinbarkeit von Familie und Beruf durch z. B. unterschiedliche Arbeitszeitmodelle, Elterngeld und eine angemessene, selbstbestimmte Elternzeit.

In ihrer Komplexität ist Familienplanung in hohem Maße von individuellen Faktoren wie auch von sozialen Rahmenbedingungen abhängig.

Mit anderen Worten: Mit dem Wandel familialer Lebensformen, der Berufstätigkeit beider Geschlechter als sozialer Norm, mit der Anforderung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf und den hohen Ansprüchen, die an ein gedeihliches Umfeld für Kinder heute gestellt werden, ist die Planung von Familie eine Herausforderung, die nicht selten mit Problemen und Ambivalenzen behaftet ist.

Hier entsteht ein erhöhter Bedarf an Informationen, Orientierungshilfen und Unterstützung, den die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung aufgreift. Das Ziel unseres gesetzlichen Auftrages ist es, Menschen zu einem verantwortlichen, gesunden und vor allem selbstbestimmten Umgang mit Sexualität und Familienplanung in einem umfassenden Sinne zu befähigen.

Die Teilaspekte dieses Zieles sind:

- die Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit (in Anlehnung an die Arbeit der WHO);
- ein gesellschaftliches Klima zu schaffen, das sexual- und familienfreundlich ist und dabei offen gegenüber unterschiedlichen Lebensstilen, sexuellen Orientierungen, Einstellungen und Wertüberzeugungen;
- und Schwangerschaftskonflikte zu vermeiden und zu lösen.

Das 1997 in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung eingerichtete Referat „Familienplanung“ hat die Aufgabe, entsprechend bedarfsgerechte Angebote zu schaffen.

Um dies zu tun, bedarf es der Erforschung all der komplexen Wirkungszusammenhänge, die Familienplanung und mit ihr die reproduktive Gesundheit bestimmen. Diese Forschung haben wir seit 1996 durch einen Zyklus von Studien gefördert, die Familienplanung bei Frauen und Männern unter bestimmten Aspekten betrachtet.

Familienplanung als integraler Bestandteil der gesamten Lebensplanung

In Übereinstimmung mit einem Planungsbegriff der WHO versteht die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Familienplanung als integralen Bestandteil der gesamten Lebensplanung. Sie entsteht im Spannungsfeld gesellschaftlich vorgegebener Lebenslaufmuster und individueller biografischer Sinnzusammenhänge.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung versteht unter Familienplanung die Leistung, das private Leben vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Entwicklung zu gestalten.

Dabei bedeutet Familienplanung sehr viel mehr als etwa die Umsetzung eines Kinderwunsches zur rechten Zeit. Sie bezieht sich auf

- Partnerschaft
- Sexualität
- Verhütung
- Kinderwunsch
- Schwangerschaft und Geburt

Familienplanung beleuchtet aber auch das Thema ungewollte Schwangerschaften.

Die Studie „frauen leben 3“, deren Ergebnisse wir heute und morgen mit Freude zur Diskussion stellen, folgt –

wie schon die vorangegangenen Untersuchungen („frauen leben 1“, „männer leben“, „frauen leben und Migration“) – dieser Grundannahme. Die Freiburger Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, unter der bewährten Leitung von Frau Prof. Dr. Helfferich, die im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bereits seit 1997 Prozesse und Einflussfaktoren der Familienplanung erforschen, haben die erhobenen Lebensläufe bei allen Fragestellungen zum Ausgangspunkt ihrer Analysen gemacht.

Dieser große Bezugsrahmen war von Anfang an kenntnisleitend: Die erste Studie „frauen leben. Familienplanung im Lebenslauf“ aus 2001 ließ Rückschlüsse auf Ressourcen und Kompetenzen von Frauen in schwierigen Entscheidungsprozessen zu. Unterschiede der Lebensentwürfe, Familienplanungsmuster und reproduktiven Biografien im Vergleich zwischen Ost- und Westdeutschland waren damals aus historischen Gründen ein Schwerpunkt.

Die DDR hatte eine Tradition der gleichgestellten Einbindung von Frauen und Männern in die Erwerbstätigkeit, bei gleichzeitiger struktureller staatlicher Unterstützung (z. B. flächendeckende Infrastruktur zur Kinderbetreuung) und einem sozialistischen Leitbild, Kinder zu haben und mit ihnen zu leben.

Aber auch in der aktuellen Studie „frauen leben 3“ lassen sich noch Unterschiede zwischen den neuen und alten Bundesländern analysieren. Die Einstellungen der befragten Frauen aus Sachsen zeigen eine höhere Kinder- und zugleich eine höhere Erwerbsorientierung, eine Ablehnung der Hausfrauenehe, einen höheren Anteil nichtehelicher Geburten und eine stärkere Gleichheit in der Aufteilung der Hausarbeit.

Die damalige Studie „frauen leben 1“ zeigte deutlich, dass Krisen in Ausbildung, Beruf oder Partnerschaft es wahrscheinlicher machten, dass eine Schwangerschaft als nicht gewollt erlebt wurde. Die Unterstützung des Partners oder aber das Selbstvertrauen, es allein zu schaffen, waren wichtige Voraussetzungen für das Austragen der Schwangerschaft.

Frauen im Westen maßen damals der Meinung des Partners mehr Gewicht bei als Frauen im Osten. Die Rolle der Partnerschaft im Schwangerschaftskonflikt wird uns im Tagungsverlauf auch noch weiter beschäftigen.



Dann, in der Studie „männer leben“ (2006) standen Familienplanung und Verhütung aus Perspektive der Männer im Fokus. „Frauen vertrauen den Verhütungsmitteln, Männer vertrauen den Frauen, die sich vorrangig um Verhütung kümmern“, spitzten die Autorinnen und Autoren der Studie „männer leben“ ihre Ergebnisse zu. Dennoch versuchen Paare, Gemeinschaftlichkeit herzustellen: Am Beginn einer festen Beziehung werden Verhütungsfragen besprochen und die Beteiligung des Mannes wird ausgehandelt. „Partnerschaftsstile“ spielen eine große Rolle.

Ein weiteres Ergebnis: Noch immer kommt es mit Heirat und Familiengründung zu einem Traditionalisierungsschub: Der Mann leistet häufig einen weitaus größeren Beitrag zum Haushaltseinkommen, eine konservative Aufgabenteilung dominiert.

Die aktuellen Ergebnisse der Studie „frauen leben 3“ zeigen, dass die Kluft zwischen den egalitären Einstellungen und der asymmetrischen Praxis bei den hochqualifizierten Müttern von Kindern unter 6 Jahren auch heute noch besonders hoch ist. Entgegen ihren Idealvorstellungen arbeitet der Mann selten weniger als Vollzeit und für den Haushalt und die Kindererziehung sind mehrheitlich sie selbst zuständig.

Familienplanung ist heute bestimmt vom Zusammengehen von Familienwünschen und Berufswünschen und ebenso von modernen Gleichstellungsansprüchen. Gleichzeitig zeigt die aktuelle Studie, dass die Ungleichheit nach Bildung und Einkommen und die Notwendigkeit, Beruf und Familie zu vereinbaren, zunimmt.

Die Studie „frauen leben. Familienplanung und Migration im Lebenslauf“, 2011 veröffentlicht, lieferte der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wichtige Einsichten in Familienbildungsprozesse und die Familienplanung von Frauen mit türkischem und osteuropäischem Migrationshintergrund. Sie stellen die beiden größten Herkunftsgruppen in der Migrationsbevölkerung in Deutschland.

In vieler Hinsicht unterscheiden sich die Lebensentwürfe von denen westdeutscher Frauen – Befunde, die für die Entwicklung passgenauer Medien und Materialien sehr wichtig und hilfreich sind und mittlerweile entsprechend in Broschüren und Internetangebote eingeflossen sind. Hier die wichtigsten Ergebnisse, bezogen auf unser heutiges Thema:

- Eine vergleichsweise frühe Mutterschaft ist in beiden Gruppen gewollt oder wird erwartet.
- Kinder (oder zumindest ein Kind) gehören aus Sicht der Befragten zur Ehe.
- Beide Gruppen haben deutlich höhere Abbruchprävalenzen: 31 % der osteuropäischen Frauen und 19 % der türkischen Frauen haben eine Schwangerschaft abgebrochen (im Vergleich zu 8 % der deutschen Vergleichsgruppe).
- In der 2. Generation verringern sich diese Zahlen deutlich auf jeweils 12 %.

- Auch die durchschnittlich gewünschte und die realisierte Kinderzahl gehen in der 2. Generation zurück: Migration und ihre Bedingungen verändern Familienplanung.
- Bildung hat einen ähnlich verändernden Effekt wie die Zugehörigkeit zur 2. Generation, insbesondere gilt dies für die türkische Gruppe der Frauen.
- Über 80 % der türkischen Frauen schließen die Familienplanung früh ab: Sie wollen mit 35 Jahren kein weiteres Kind mehr, fühlen sich häufig zu alt. Ein großer Teil der Abbrüche konzentriert sich in dieser Lebensphase.
- Für osteuropäische Frauen sind schlechte Bedingungen in Bezug auf die Vereinbarkeit von Ausbildung bzw. Familie und Beruf sowie fehlende Kinderbetreuung besonders häufig genannte Gründe für den Aufschub weiterer Kinder und den Schwangerschaftsabbruch.

Es wird lohnend sein, solche Befunde im Blick zu haben, wenn wir die Ergebnisse für die gleiche Altersgruppe deutscher Frauen gemeinsam analysieren.

Nun zurück zu „frauen leben 3“ und dem Fokus auf ungewollten Schwangerschaften. Es ist ein Kernthema für uns, ist doch die „Hilfestellung zur Vermeidung und Lösung von Schwangerschaftskonflikten durch die Stärkung der Verhütungskompetenz“ Schwerpunktaufgabe der Abteilung Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung in unserem Hause.

Die zentrale Frage der aktuellen Studie „frauen leben 3“ gilt den Gründen, eine ungewollte oder als zu früh empfundene Schwangerschaft auszutragen oder abzubrechen.

“
**Planung stößt auf
Widersprüche
zwischen Wunsch
und Wirklichkeit**
”

In Deutschland wird in der Regel effektiv und konsequent verhütet. Dennoch: Gerade beim Umgang mit Kontrazeption und Fruchtbarkeit erscheint die Gestaltungsfähigkeit begrenzt. Planung stößt auf Widersprüche zwischen Wunsch und Wirklichkeit – eine nicht-ambivalente Haltung, eine Eindeutigkeit von Wunsch, Planung, Wirklichkeit, erscheint eher als Ausnahme denn als Regel.

Frauen im reproduktiven Alter sind und bleiben eine wichtige Zielgruppe für die BZgA im Themenfeld Sexualaufklärung und Familienplanung. Der gesetzliche Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zur Sexualaufklärung und Familienplanung verpflichtet uns zur Entwicklung von Maßnahmen und zur Erstellung passgenauer Medien für die jeweiligen Zielgruppen. Hierzu benötigen wir zur Qualitätssicherung Analysen und Studien, die die Lebenswirklichkeit der Betroffenen und die strukturellen Rahmenbedingungen in den Blick nehmen.

Rationalität, Machbarkeit, Erfolg und Selbstverwirklichung sind hohe Ideale in unserer Gesellschaft. Es sind Werte, die eine konsistente Lebensplanung zur Bedingung machen. Der Kinderwunsch und der Wunsch nach Selbstbestimmung angesichts schier endloser Optionen können in Konflikt geraten und mehr denn je zu ambivalenten Gefühlen führen. So verwundert es nicht, wenn Patientinnen in der gynäkologischen Praxis erwähnen, sie würden am liebsten „einfach mal so“ unter Einnahme der Pille schwanger werden, denn „dann wäre es eben so und dann wäre es auch gut.“¹

Widersprüche und Entscheidungsproblematiken in Lebensläufe von Frauen sind gleichsam Spiegel dieser komplexen Anforderungen. Für die Sexualaufklärung und Familienplanung ist es eine Herausforderung, hieraus Schlüsse zu ziehen und Präventionsstrategien zu entwickeln, mit denen sich ungewollte Schwangerschaften und Schwangerschaftskonflikte vermeiden lassen.

Hilfreich dafür sind Studien wie „frauen leben 3“, die die Komplexität nicht scheuen. Solche Studien entstehen nicht alleine, sondern wie in diesem Falle

- in Zusammenarbeit mit 4002 befragten Frauen;
- Expertinnen und Experten aus der Beratungspraxis und der Wissenschaft, die die Studie aktiv begleitet haben;
- in Kooperation mit Expertinnen aus unterschiedlichen Beratungsstellen, die für ein Interview zur Verfügung standen;
- in der altbewährten Zusammenarbeit mit unseren Ländervertretungen, hier der Bundesländer Sachsen, Niedersachsen, Berlin und Baden-Württemberg, die als untersuchte Region die Studie aktiv mitunterstützten.

Ihnen allen gilt mein besonderer Dank für ihre Mithilfe. Danken möchte ich natürlich auch dem Team des sozialwissenschaftlichen Frauenforschungsinstituts und der Freiburger Universität. Ganz besonders möchte ich Heike Klindworth erwähnen, die heute nicht teilnehmen kann, aber einen Großteil der Studie mitgetragen hat, Frau Bode von TNS Emnid und natürlich die Projektleiterin Frau Prof. Dr. Cornelia Helfferich. Ihnen allen gebührt ein herzliches Dankeschön für die jahrzehntelange Zusammenarbeit.

Ich danke Ihnen für ihre Aufmerksamkeit und wünsche der Tagung ein gutes Gelingen und uns allen eine spannende Diskussion!



¹ FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung 3/2005, S. 5



EINFÜHRUNG

Ungewollte und unbeabsichtigte Schwangerschaften im Lebenslauf – Ergebnisse der Studie „frauen leben 3“

Prof. Dr. Cornelia Helfferich

Sozialwissenschaftliches FrauenForschungsInstitut Freiburg (SoFFI F.)



Die von der BZgA in Auftrag gegebene und von dem Sozialwissenschaftlichen FrauenForschungsInstitut SoFFI F. durchgeführte Studie „frauen leben 3 – Familienplanung im Lebenslauf“ untersucht die Effektivität, aber auch die Schwierigkeiten von Familienplanung und legt ein besonderes Augenmerk auf Schwangerschaften, die unbeabsichtigt eintraten, und Schwangerschaftsabbrüche. Es wurden 4.002 Frauen im Alter von 20 bis 44 Jahren in vier Bundesländern telefonisch zu zurückliegenden Schwangerschaften befragt und eine Teilgruppe von 97 Frauen wurde qualitativ-biografisch interviewt. Zusätzlich wurden 24 Expertinnen aus dem Beratungsbereich befragt.

Die Studie räumt mit einer Reihe von Ungenauigkeiten und Vorurteilen in der Diskussion um ungewollte Schwangerschaften auf:



Es gibt nur entweder gewollte oder ungewollte Schwangerschaften.



Es gibt auch Schwangerschaften, die „in gewisser Hinsicht gewollt, in anderer Hinsicht ungewollt“ sind: Sie sind z. B. gewollt, aber zu früh eingetreten. „Gewollt“ und „ungewollt“ sind nur die Eckpunkte eines Kontinuums.

„Ungewollt“ und „gewollt, aber zu früh“ eingetretene Schwangerschaften haben einen unterschiedlichen Hintergrund und es wird unterschiedlich auf sie reagiert. Daher ist zwischen beiden Formen zu unterscheiden. Als Oberbegriff wird „unbeabsichtigt eingetretene Schwangerschaft“ verwendet.



Ungewollte Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche können gleichgesetzt werden und sind immer ein Problem.



Etwa jede zweite ungewollte Schwangerschaft wurde ausgetragen. Auch sind nicht beabsichtigte Schwangerschaften, insbesondere Schwangerschaften, die gewollt waren, aber später hätten eintreten sollen, mitunter eher eine „Problemlösung“ als ein Problem.

Um die Entstehungsbedingungen und den Ausgang ungewollter Schwangerschaften zu erfassen, wird die „Vorgeschichte“ einbezogen: Die Partnerschaft, der (fehlende) Kinderwunsch, die (versagende oder unterlassene) Verhütung. Die Studie liefert Aussagen zu diesen Aspekten in unterschiedlichen Lebenssituationen und Lebensphasen sowie zur jeweiligen Wahrscheinlichkeit, dass eingetretene Schwangerschaften ungewollt waren und ausgetragen bzw. abgebrochen wurden.

Kinderwunsch und Verhütung

Sichere Verhütung ist ein wichtiges Thema für alle Frauen, sofern sie nicht gerade bald ein Kind wollen, schwanger sind oder gerade geboren haben. Die Phase, in der dies zutrifft, ist gemessen an der Länge der fruchtbaren Lebenszeit insgesamt nur kurz: Vielleicht fünf von 35 Jahren. In den meisten Lebensphasen soll kein Kind kommen. Zunächst sind Frauen in Ausbildung und fühlen sich „zu jung“. Gründe gegen (weitere) Kinder liegen in der Partnerschaft, der beruflichen und finanziellen Situation oder die Frau hat so viele Kinder, wie sie haben will oder versorgen kann. Und schließlich halten sich Frauen für „zu alt“.

Verhütet wird heute überwiegend sicher: Fast die Hälfte der Frauen, die kein (weiteres) Kind möchten, haben sich oder ihr Partner hat sich sterilisieren lassen oder sie nutzen die Spirale. Nur ein kleiner Prozentsatz von 4,2 % aller heterosexuell aktiven Frauen, die keinen Kinderwunsch haben und nicht gerade schwanger sind, verhüten nicht. Dieser „ungedekkte Bedarf“ und damit das Risiko einer unbeabsichtigten Schwangerschaft ist nicht bei jungen, sondern bei älteren und/oder verheirateten Frauen sowie bei Frauen mit einer niedrigen Bildung/einem niedrigen Einkommen erhöht. Frauen, die staatliche Unterstützungsleistungen erhalten, verhüten seltener mit den vergleichsweise teuren Verhütungsmethoden Pille oder Spirale und häufiger mit Kondomen. 22 % dieser Frauen geben zudem an, dass sie schon einmal in ihrem Leben aus Kostengründen auf Pille oder Spirale verzichtet haben. Bei einer (sehr) guten finanziellen Situation beträgt der Anteil nur 4 %.

Ungewollte Schwangerschaften: die Verhütung vorher und die Reaktion nachher

Die Studie kann die Häufigkeit unbeabsichtigter und ungewollter Schwangerschaften auf alle berichteten, zurückliegenden Schwangerschaften berechnen. 33,7 % aller Schwangerschaften waren ohne Absicht eingetreten. Darin enthalten sind 17,7 % ungewollte Schwangerschaften. 13,3 % aller Schwangerschaften waren gewollt, hätten aber erst später eintreten sollen. 2,7 % wurden als „unentschieden oder zwiespältig“

Veranschaulichung: Schwangerschaftsabbrüche als Prozess



Quelle: BZgA, Datensatz „frauen leben 3“, 2012, 20- bis 44-jährige Frauen in vier Bundesländern

eingeorordnet. 57 % der ungewollten Schwangerschaften wurden ausgetragen, 43 % wurden abgebrochen.

Verhütung kann unbeabsichtigte Schwangerschaften nicht ganz verhindern. 36 % aller unbeabsichtigten (28 % aller vorzeitigen, 43 % aller ungewollten) Schwangerschaften traten unter Verhütung ein. Gerade wenn es sich um vorzeitige Schwangerschaften handelte, wurde häufiger die Verhütung weggelassen und die dann eingetretenen Schwangerschaften wurden zu 72 % (sehr) positiv begrüßt (wenn sie unter Verhütung eingetreten waren: 39 %, gesamt 56 %). Aber immerhin auch jede siebte ungewollte Schwangerschaft (13 %) wurde (sehr) positiv begrüßt. Nicht alle unbeabsichtigten Schwangerschaften sind also ein Problem – insbesondere dann nicht, wenn die Schwangerschaft „nur“ zu früh eingetreten war und wenn zusätzlich die partnerschaftliche Situation günstig war.

Ungewollte Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche im Lebenslauf

Eine schwierige Partnersituation (kein Partner, Krise, Trennung, Partner wollte kein Kind) erhöht in jedem Alter die Wahrscheinlichkeit ungewollter und abgebrochener Schwangerschaften. So waren in einer schwierigen Partnersituation eingetretene Schwangerschaften sechsmal so häufig (58 %) ungewollt wie Schwangerschaften in stabilen Partnersituationen (10 %). In einer schwierigen Partnersituation wurde mehr als jede zweite ungewollte Schwangerschaft (54 %) abgebrochen, in einer stabilen Partnerschaft jede dritte (32 %).

Jede zweite Schwangerschaft (51 %) im Alter von unter 20 Jahren und ein knappes Viertel (23 %) der im Alter von 20 bis 24 Jahren eingetretenen Schwangerschaften war ungewollt; davon wurden etwa 44 % abgebrochen. Spezifisch für im Alter von unter 25 Jahren eingetretene

ne Schwangerschaften sind die häufigen und speziellen Schwierigkeiten der Partnerschaft in jungem Alter, das Gefühl, jung und unreif zu sein, sowie die Indikatoren für unsichere Lebensumstände wie z. B. berufliche und finanzielle Unsicherheit, die Ausbildungssituation, unzureichende Wohnverhältnisse und eine schwierige Vereinbarkeit von Beruf und Familie(nplänen). Dies alles erhöht die Wahrscheinlichkeit sowohl des Eintretens als auch des Abbruchs einer ungewollten Schwangerschaft.



Schwangerschaften, die im Alter zwischen 25 und 34 Jahren eintraten, waren am seltensten (12 %) ungewollt. Aufgrund der großen Zahl der insgesamt eingetretenen Schwangerschaften, machen diese 12 % aber eine höhere absolute Zahl an Fällen aus als bei Schwangerschaften im Alter von unter 25 Jahren. Die Abbruchwahrscheinlichkeit ist etwas, aber nicht signifikant niedriger als in den anderen Altersgruppen. In dieser Altersphase werden eine unzureichende berufliche oder partnerschaftliche Absicherung seltener genannt. Wo sie aber vorkamen, hatten sie zwar einen großen Einfluss auf die Gewolltheit einer Schwangerschaft, nicht aber auf die Wahrscheinlichkeit eines Schwangerschaftsabbruchs. Ungünstige berufliche Bedingungen behinderten hier zwar den Kinderwunsch, aber ungewollt eingetretene Schwangerschaften wurden akzeptiert, sofern die privaten, persönlichen Umstände dem nicht entgegenstanden.

Dies gilt auch für Schwangerschaften, die in einem Alter ab 35 Jahren eintraten. Diese waren wieder etwas häufiger ungewollt (zu 20 %, nicht signifikant) und auch die Wahrscheinlichkeit eines Abbruchs ist höher als bei Schwangerschaften im Alter von 25 bis 34 Jahren.

Knapp jede dritte Schwangerschaft, die bei Frauen eintrat, die schon zwei oder mehr Kinder hatten, war ungewollt (30 %). Das ist ein vergleichsweise hoher Anteil. Doch zwei von drei (65 %) dieser ungewollten Schwangerschaften wurden dann akzeptiert – deutlich mehr als bei kleinerer Familiengröße.

Eine schwierige Partnersituation erhöht in jedem Alter die Wahrscheinlichkeit ungewollter und abgebrochener Schwangerschaften

Ausblick

Aktuell hält die Entwicklung an, dass erste Geburten in ein höheres Alter aufgeschoben werden – oder zweite Geburten, wenn ein erstes Kind in jüngerem Alter kam. Damit steigt der Bedarf an sicherer Verhütung vor allem in jüngeren Lebensphasen. Insbesondere für Frauen mit einem niedrigem Einkommen werden die Bedingungen schwieriger, ein (erstes oder zweites) Kind zu bekommen, da sie sich selbst durch Erwerbstätigkeit absichern müssen. Ihr Zugang zu Verhütung ist daher zu verbessern und die befürchteten Nachteile früher Mutterschaft insbesondere für die Ausbildung und den Zugang zum Arbeitsmarkt sind mit entsprechenden Maßnahmen abzubauen.

Ab einem Alter von 25 Jahren, insbesondere ab 35 Jahren, kann durch eine Verbesserung der beruflichen und finanziellen Situation und der Vereinbarkeit von Familie und Beruf vor allem der Kinderwunsch gefördert werden, aber die Schwangerschaftsabbruchswahrscheinlichkeit wird dadurch wenig beeinflusst.

Da die Partnerschaft eine wesentliche Einflussgröße für den Kinderwunsch ebenso wie für einen Schwangerschaftsabbruch ist, sollten dringend der Kinderwunsch und Schwangerschaftsabbrüche im Lebenslauf von Männern untersucht werden.



Vorträge

Vom Wünschen und Wollen: Kinder in Europa	26
Immer weniger immer später? Fertilität in Deutschland	30
Immer weniger, immer schwieriger? Kinderwunsch und Erwartungen junger Frauen an Partnerschaft und Erwerbstätigkeit	34
Auswirkungen von Armut auf die Familienplanung und den Zugang zu Verhütung – Ergebnisse der Studie „frauen leben 3“	38
Die Versorgung mit Verhütungsmitteln und ihre Kosten – die Situation in Deutschland	42
Kostenfreie Abgabe von Verhütungsmitteln. Erfahrungen aus einem Modellprojekt in Mecklenburg-Vorpommern	46

Vom Wünschen und Wollen: Kinder in Europa

Prof. Dr. Johannes Huinink
SOCIUM, Universität Bremen

Einerseits ist der Kinderwunsch in spätmodernen Gesellschaften Ausdruck des Bedürfnisses nach sozialen Beziehungen, in denen „nicht-instrumentelle“ soziale Interaktion erlebt und Selbstwirksamkeit, Identität, das Wahrgenommen- und Anerkannt-Sein als Person erfahren werden können. „Instrumentelle“ Interessen am Kind haben dagegen an Bedeutung verloren. Andererseits sind Kinder kostspielig und sozial hochgradig bindend. Kinder können daher unter jeweiligen gesellschaftlichen Verhältnissen ein mehr oder minder starkes „Ärgernis“ für die individuelle Lebensführung der Eltern darstellen. Eltern-Kind-Beziehungen werden als „Kandidaten“ für nicht-strategische soziale Beziehungen auch nicht mehr als vollkommen konkurrenzlos betrachtet.

Es gibt daher gute Gründe dafür, dass Elternschaft grundsätzlich und Länder übergreifend erstrebenswert bleibt, jedoch nicht mehr ein unbedingtes Ziel individueller Lebensführung darstellt. Das zeigen sozialwissenschaftliche Surveys. Elternschaft wird nicht mehr als unabdingbar angesehen, wenn es um das eigene Lebensglück geht. Der Wunsch nach einer großen Familie (drei Kinder und mehr) ist selten geworden. Eine Familie wird zudem immer später im Lebenslauf gegründet. Man stellt gleichzeitig fest, dass die realisierte Kinderzahl von Frauen und Männern kleiner ist als die gewünschte und dass ein nicht unbeträchtlicher Anteil von ihnen unge-

wollt kinderlos bleibt. Es ist bekannt, dass es in Bezug auf alle genannten Befunde strukturell und kulturell bedingte Unterschiede zwischen den Einwohnern verschiedener Länder gibt und dass sich auch verschiedene Bevölkerungsgruppen innerhalb einzelner Länder bezogen auf den Kinderwunsch unterscheiden.

Betrachtet man individuelle Attribute, die mit einer unterschiedlichen Kinderzahl und einem unterschiedlichen Alter bei der Familiengründung zusammenhängen, ist zuallererst das Qualifikationsniveau der Menschen zu nennen. Es spielt für die gesamte Lebensgestaltung eine gewichtige Rolle.



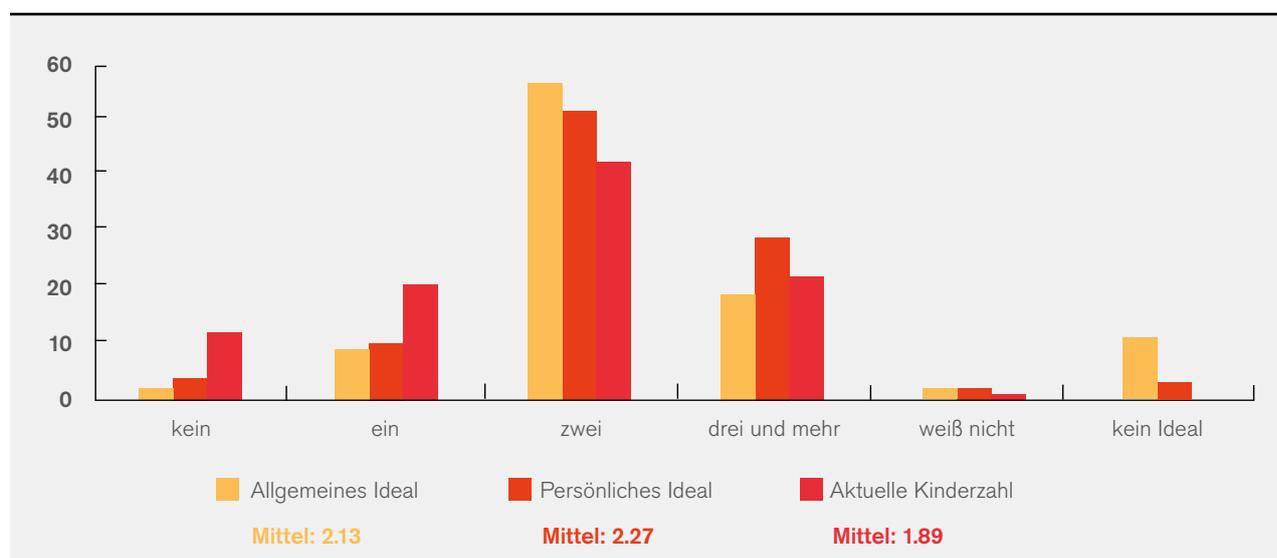
Die Frage ist, ob Menschen mit unterschiedlichem Schul- oder Ausbildungsniveau auch einen unterschiedlichen Kinderwunsch haben. Vergleicht man die Geburtenhäufigkeiten in verschiedenen Ländern miteinander, so findet man in den Nicht-Transformationsländern in Europa bekanntlich dort relativ hohe Fertilitätsraten (die bei durchschnittlich zwei Kindern pro Frau liegen), in denen eine öffentliche Unterstützung von Familien durch finanzielle Transfers, vor allem aber Dienstleistungsangebote existieren, die eine Kombination befriedigender Kindererziehung und des Engagements in nicht-familialen Bereichen erleichtern. Spiegelt das auch unterschiedliche Kinderwünsche wider und ist die Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit in den genannten Ländern geringer als in Ländern, in denen die Familienpolitik nicht so umfassend angelegt ist? Im Folgenden

werden zu diesen Fragen einige empirische Befunde vorgestellt und erläutert.

Untersucht man den Kinderwunsch von Frauen und Männern, kann man verschiedene Maße anlegen. Man unterscheidet

- die für sich persönlich oder allgemein für ideal gehaltene Kinderzahl, die persönlich gewünschte Kinderzahl oder auch die persönlich erwartete Kinderzahl;
- das ideale, gewünschte oder erwartete Alter bei der Geburt des ersten und weiterer Kinder;
- die Intention zur (erneuten) Elternschaft, d. h. die Absicht, innerhalb eines bestimmten Zeitraums ein (nächstes) Kind zu bekommen.

Ideale und aktuelle Kinderzahl europäischer Frauen im Alter 40 – 54* (in %)



* Eurobarometer 2011; EU-27; nach Testa 2012

Idealer Kinderwunsch

Fast überall in Europa nennen die meisten Menschen mindestens zwei Kinder als persönliches Ideal. Wie im Schaubild zu erkennen, liegt die durchschnittliche persönlich für ideal gehaltene Kinderzahl 40- bis 54-jähriger Frauen in Europa (EU-27) laut Eurobarometer 2011 bei 2,27 Kindern.¹ Die Werte schwanken je nach Land zwischen 1,8 (Österreich) und 2,9 (Zypern).

Die tatsächlich realisierte Kinderzahl (aktuelle Kinderzahl der 40- bis 54-jährigen Frauen) liegt bei durchschnittlich 1,89 Kindern, also deutlich darunter.² Auch wenn die Diskrepanzen laut Eurobarometer zwischen den Ländern unterschiedlich sind – im Durchschnitt liegen sie bei 0,4 Kindern –, ist dieser „gap“ entgegen der geäußerten Erwartung nicht dort besonders groß, wo man familienfreundlichere Rahmenbedingungen vorfindet, wie in Skandinavien oder in Frankreich. Der Grund ist, dass dort, wo die realisierte Kinderzahl hoch ist, auch der ideale Kinderwunsch höher ausfällt.

In Deutschland beträgt laut Befunden der pairfam-Studie³ bei Frauen der Geburtsjahrgänge 1971 bis 1973 der ideale Kinderwunsch 2,2 und die realisierte Kinderzahl 1,6. Die Differenz zwischen der idealen und der realisierten Kinderzahl beträgt also 0,6 Kinder. Die realistisch erwartete Kinderzahl dieser Frauen, die bei der Befragung 39 bis 41 Jahre alt waren, war mit 1,75 nur noch 0,15 Kinder höher als die realisierte Kinderzahl. Doch ist deutlich, dass Wunsch und Wirklichkeit stark auseinandergehen.

Erwartete Kinderzahl, realisierte Kinderzahl und Bildungsniveau

Die erwartete Kinderzahl, die etwas geringer ist als der ideale Kinderwunsch, geht – wiederum entgegen einer vielfach geäußerten Meinung – mit steigendem Bildungsniveau der Befragten in den meisten Ländern nur geringfügig zurück. In zahlreichen Ländern, wie Irland oder Italien zum Beispiel, ist es sogar umgekehrt.⁴ Dieser Befund kann für Deutschland mit den pairfam-Daten bestätigt werden. Akademikerinnen erwarten realistisch nur geringfügig weniger Kinder als Frauen aus anderen Qualifikationsgruppen. Allerdings ist bei den Akademi-

kerinnen in Westdeutschland der Abstand zwischen der realistisch erwarteten und der letztendlich realisierten Kinderzahl deutlich größer, für Ostdeutschland trifft das nicht zu. Doch die bildungsspezifische Vergrößerung des Unterschieds zwischen Wunsch und Wirklichkeit der Familienplanung scheint europaweit zu existieren, wenn auch in einem unterschiedlichen Ausmaß.⁵

Entwicklung des Kinderwunsches in den letzten Jahrzehnten

Es lässt sich empirisch überzeugend nachweisen, dass sich der durchschnittliche ideale Kinderwunsch (persönliches Ideal) in den letzten 30 Jahren nicht wesentlich verändert hat.⁶ Entgegen zwischenzeitlicher Vermutungen ist er nicht zurückgegangen und liegt im Mittel stabil bei mehr als zwei Kindern. Auch das Zwei-Kind-Ideal ist in Europa seit Jahrzehnten überall dominant.⁷

Alter bei der Familiengründung

Das Alter bei der Familiengründung hat sich in den letzten Jahren überall in Europa erhöht und es liegt fast immer über dem ideal gewünschten Alter. Der Anstieg schreitet voran. Osteuropa hatte diesbezüglich einen Nachholbedarf, in den westeuropäischen Ländern scheint sich der Anstieg zu verlangsamen. Die Unterschiede zwischen den Ländern sind weiterhin erheblich. So liegt das mittlere Alter bei der Geburt des ersten Kindes (Median) in Rumänien bei 23,3 Jahren (ideal gewünscht 22,7). In den Niederlanden dagegen beträgt der Median der Altersverteilung 30,4 Jahre (ideal gewünschtes mittleres Alter 27,2). Die Differenz zwischen dem Alter bei Familiengründung, die sich zwischen den Ländern auftut, korrespondiert damit, wie früh der familiale Wandel eingesetzt hat.

Realisierungsquoten einer Fertilitätsintention

Man kann schließlich untersuchen, wie hoch die Realisierungsquoten bei Personen sind, die planen, innerhalb eines Zeitraums von zwei oder drei Jahren ein Kind zu haben (Intention zur Elternschaft). Im europäischen Ver-



gleich gibt es nur relativ vage Angaben⁸, die auf deutliche Unterschiede zwischen den Ländern hindeuten. Während in Ländern wie der Türkei die Quote bei 100 Prozent liegen dürfte, wird sie in vielen west- und südeuropäischen Ländern bei weniger als 50 Prozent liegen. Also auch hier gibt es gravierende Unterschiede. Ein Vergleich niederländischer (NKPS) und deutscher (pairfam) Daten scheint zu zeigen, dass niederländische Frauen ihre Familienplanung konsequenter umsetzen als deutsche Frauen.⁹

Fazit

Der (ideale) Kinderwunsch liegt in Europa durchweg bemerkenswert stabil bei mehr als zwei Kindern. In allen Ländern gibt es aber eine Diskrepanz zwischen Wunsch und Realisierung. Interessanterweise gibt es keine klaren Muster, nach denen sich die Ländern diesbezüglich unterscheiden. Eher muss man davon ausgehen, dass Länder mit hohen Geburtenraten auch vergleichsweise hohe ideale Kinderwünsche ausweisen und umgekehrt. Gleichzeitig steigt in allen Ländern das Alter bei der Familiengründung weiter an, in einigen Ländern hat der Median die 30-Jahre-Marke schon überschritten. Auch hier weicht die Vorstellung zum idealen Alter bei der Geburt des ersten Kindes mehr oder weniger deutlich nach unten ab.

Man kann schließlich auf Grund der aktuellen Befunde europaweit davon ausgehen, dass wir keinen weiteren Rückgang der Geburtenziffern zu erwarten haben, wenn die Annahme gilt, dass anstehende Verbesserungen in der Familienpolitik die Folgen der zunehmenden Belastungen im Arbeitsmarkt, denen sich Menschen im Erwachsenenalter gegenübersehen, mehr als kompensieren.

Literatur

Harknett, K.; Hartnett, C.S. (2014): The gap between births intended and births achieved in 22 European countries, 2004–07. In: *Population Studies* 69 (3), pp. 265-282.

Huinink, J.; Brüderl, J.; Nauck, B.; Wapler, S.; Castiglioni, L.; Feldhaus, M. (2011): Panel Analysis of Intimate Relationships and Family Dynamics (pairfam): Conceptual framework and design. In: *Zeitschrift für Familienforschung* 23, pp. 77-101.

Huinink, J.; Merz, E. M. (2013): Comparative Studies on Couples' and Family Dynamics using NKPS and pairfam. pairfam-Arbeitspapier Nr. 21.

Sobotka, T.; Beaujouan, É. (2014): Two is best? The persistence of a two-child family ideal in Europe. In: *Population and Development Review* 40(3), pp. 391-419.

Testa, M. R. (2012): Family Sizes in Europe: Evidence from the 2011 Eurobarometer Survey. *European Demographic Research Papers* 2. Vienna: Vienna Institute of Demography of the Austrian Academy of Sciences.

Testa, M. R. (2014): On the positive correlation between education and fertility intentions in Europe: Individual- and country-level evidence. In: *Advances in Life Course Research* 21, pp. 28-42.

¹ Testa 2012: 58

² Testa 2012: 59

³ Huinink et al. 2011

⁴ Testa 2012

⁵ Testa 2014

⁶ Sobotka/Beaujouan 2014; Testa 2012

⁷ Sobotka/Beaujouan 2014

⁸ Harknett/Hartnett 2014

⁹ Merz/Huinink 2013

Immer weniger immer später? Fertilität in Deutschland

Prof. Dr. Norbert F. Schneider
Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BIB)

Das Fertilitätsgeschehen in Deutschland weist im internationalen Vergleich eine charakteristische Konstellation auf: Es ist geprägt durch die seit Jahrzehnten sehr niedrige Geburtenziffer, das hohe und seit Jahren weiter steigende durchschnittliche Alter der Mütter bei der ersten Geburt, die weite Verbreitung dauerhafter Kinderlosigkeit sowie durch die auffälligen regionalen und sozialstrukturellen Unterschiede hinsichtlich Kinderzahl und Alter bei der Familiengründung. Während der fast linear verlaufende Anstieg des Alters bei der Familiengründung in den meisten europäischen Ländern zu beobachten ist, sind die anderen drei Merkmale und ihr Zusammenspiel spezifisch für die generativen Strukturen in Deutschland. Besonders markant ist im Vergleich die negative Korrelation zwischen der formalen Bildung der Frau und ihrer endgültigen Kinderzahl. Frauen mit höheren Bildungsabschlüssen (ISCED 5-6) bekommen im Durchschnitt 0,27 Kinder weniger als Frauen mit unterdurchschnittlichen Bildungsabschlüssen (ISCED 0-2). Derzeit lassen sich ähnliche Zusammenhänge nur in den südeuropäischen Ländern beobachten, wobei angenommen werden kann, dass sie Folge der Wirtschaftskrise sind und nur temporär Bestand haben.



Dass in Deutschland so wenige Kinder geboren werden und diese Kinder vergleichsweise alte Mütter haben, ist weder Zufall noch Schicksal. Vielmehr ist es eine fast logische Folge der besonderen Beschaffenheit gesellschaftlicher Strukturen und kultureller Leitbilder hierzulande. Dieser Schluss kann aus einer Zusammenfassung des internationalen Forschungsstands gezogen werden, bei dem Folgendes deutlich wird: Während zwischen der Geburtenziffer und der Differenz in der Erwerbsbeteiligung von Männern und Frauen ein negativer Zusammenhang besteht, korreliert die Fertilität positiv mit egalitären Geschlechterverhältnissen sowie mit gut ausgebauten öffentlichen Schul- und Betreuungsangeboten. Dagegen besteht kein nennenswerter Zusammenhang zwischen Fertilität und dem Anteil an materiellen Transferleistungen für Familien am Volkseinkommen. Wird vor diesem Hintergrund die gesellschaftliche Situation in Deutschland betrachtet, erscheint sie fast als Negativfolie für höhere Fertilität. Mütter sind im europäischen Vergleich wenig in den Arbeitsmarkt integriert, wodurch das Geschlechterverhältnis eher durch Komplementarität denn durch Egalität gekennzeichnet ist und die Nachfrage nach Kinderbetreuung übersteigt in weiten Teilen Westdeutschlands nach wie vor das Angebot bei Weitem. Schließlich investiert Deutschland wie kaum ein anderes Land in materielle Transferleistungen an die Familien und weniger in den weiteren Ausbau der Infrastruktur.

Gegenwärtig ist jede Kindergeneration in Deutschland um etwa ein Drittel kleiner als ihre Elterngeneration. Daher ist allein aus demografischen Gründen mit einem weiteren Rückgang an Geborenen zu rechnen. Selbst ein moderater Anstieg der Geburtenziffer könnte diesen

Trend nicht stoppen, da die Zahl der Frauen im gebärfähigen Alter abnimmt und weiter abnehmen wird. Allein zwischen 2008 und 2020 wird die Zahl der Frauen im Alter zwischen 20 und 49 Jahren um 17 Prozentpunkte zurückgehen. In der Folge kann erwartet werden, dass in 15 Jahren nochmals knapp 100.000 Kinder pro Jahr weniger geboren werden als derzeit.

Das generative Handeln in Deutschland ist, wie in vielen anderen europäischen Ländern auch, durch einen seit 40 Jahren andauernden Prozess des Aufschubs der Familiengründung gekennzeichnet, der noch nicht an sein Ende gekommen zu sein scheint. Zwischen 1980 und 2012 stieg das Alter der Mütter bei der ersten Geburt eines Kindes in der bestehenden Ehe von 26,4 auf 31,6 Jahre. Ähnlich verläuft auch die Entwicklung des Alters bei der ersten Geburt von nicht verheirateten Müttern. Sie waren 1980 im Durchschnitt 22,5 Jahre alt, 2012 dagegen 28,7 Jahre. Dieses hohe Alter bei der Familiengründung beeinflusst in vielfacher Weise die Geburtenziffer. So sinkt die Wahrscheinlichkeit, dass Kinder höherer Parität geboren werden und es steigt das Risiko der Infertilität, sodass weniger Kinder geboren werden als sich die Menschen eigentlich wünschen. Die Lücke zwischen dem geäußerten Kinderwunsch und der tatsächlich realisierten Kinderzahl ist in der jüngeren Vergangenheit etwas kleiner geworden, aber nicht weil mehr Kinder geboren wurden, sondern infolge eines Rückgangs des Kinderwunsches.

Das hohe Alter bei der Familiengründung hat mehrere Ursachen. Zu nennen sind hier vor allem kulturelle Faktoren. So scheinen in Deutschland besonders starke Be-

dürfnisse nach Sicherheit und Vorhersehbarkeit wichtige Grundvoraussetzungen für Elternschaft zu sein. Vielfach wird der Kinderwunsch erst konkret, wenn die Einkommenssituation gut und absehbar stabil ist. In Zeiten langer Ausbildung und schwieriger Einstiege in den Arbeitsmarkt wird diese Situation häufig erst spät erreicht. Zudem ist vor allem in Westdeutschland eine besondere Erwartungshaltung an ‚gute‘ Eltern zu beobachten. Normen wie verantwortete Elternschaft, gelingende Erziehung und Förderung des Kindeswohls führen zu einer besonderen Gemengelage, in der Erziehung alles richtig zu machen und seine eigenen Bedürfnisse hinter die der Kinder zurückzustellen. Gerade die Norm der verantworteten Elternschaft beinhaltet, dass man sich erst dann für Kinder entscheiden sollte, wenn man ökonomisch und persönlich in der Lage ist, das Beste für seine Kinder zu tun. Auch das Vorhandensein einer verlässlich erscheinenden Partnerschaft ist als Voraussetzung für Elternschaft besonders bedeutsam, wird jedoch häufig erst spät erreicht wird.

Späte Elternschaft hat nicht nur über das Ausbleiben von Geburten höherer Ordnung einen negativen Einfluss auf die Geburtenziffer. Langfristig betrachtet sinkt die Zahl der Geborenen auch infolge des steigenden Generationenabstands. So werden bei einer stabilen Geburtenziffer von 1,4, wie sie derzeit in Deutschland anzutreffen ist, im Laufe von 100 Jahren je 1.000 Frauen rechnerisch 5.600 Kinder geboren, wenn die Frauen diese Kinder im Mittel mit 25 Jahren bekommen. Es werden aber nur 4.200 Kinder im selben Zeitraum geboren, wenn die Mütter im Durchschnitt bei der Geburt 33 Jahre alt sind.

In dieser besonderen demografischen Situation ist die Erleichterung der Familiengründung eine zentrale politische Aufgabe in Deutschland. Fertilitätsentscheidungen können durch die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen indirekt beeinflusst werden. Dazu bedarf es

entschlossener Beiträge von Politik, Wirtschaft und der Zivilgesellschaft mit dem Ziel, die Vereinbarkeit von Privatleben, Familie und Beruf in Deutschland zu verbessern und Elternschaft dadurch attraktiver zu machen. Vordringlich erscheinen bei der Umgestaltung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen die Schaffung eines *nachfrageorientierten* Angebots an qualitativ hochwertigen Kinderbetreuungsplätzen für alle Altersgruppen, die stärkere Integration der Väter in die Familienarbeit, auch im Hinblick eines erleichterten Arbeitsmarktzugangs für Mütter, die erwerbstätig sein möchten, sowie eine soziale Neukonstruktion der Elternrollen, die weniger auf weitere Quasi-Professionalisierung der Eltern und steigenden Leistungsdruck setzt, sondern mehr auf Gelassenheit und Unaufgeregtheit. Das verbreitet wahrgenommene Risiko des Scheiterns allzu ambitioniert angegangener Elternschaft und der hohe Erwartungsdruck, der auf Eltern in Deutschland lastet, erhöhen die kulturellen Opportunitätskosten von Elternschaft und beeinflussen die Geburtenziffer negativ. Neue Befunde des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung legen den Schluss nahe, dass der Sachverhalt, dass Elternschaft in Deutschland für viele gegenwärtig keine angestrebte Handlungsoption darstellt, nicht primär materiell, sondern kulturell zu erklären und zu verändern ist.



Immer weniger, immer schwieriger? Kinderwunsch und Erwartungen junger Frauen an Partnerschaft und Erwerbstätigkeit

Jutta Allmendinger/Alice Hohn

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)

Führt ein guter Job dazu, dass man den Kinderwunsch aufgibt? Oder lassen eine feste Partnerschaft oder Kinder die eigene Erwerbstätigkeit weniger wichtig erscheinen? Mit der Studie „Lebensentwürfe heute“ beschreiben wir, was jungen Menschen in ihrem Leben wichtig ist, wie zufrieden sie mit einzelnen Lebensbereichen sind und wohin sie sich entwickeln wollen. Die von uns befragten Frauen und Männer wurden zwischen 1978 und 1992 geboren, sind heute also zwischen 21 und 34 Jahre alt. Sie kommen aus ganz Deutschland, Ost und West, ihr Bildungsniveau entspricht der Verteilung in dieser Altersstufe, ebenso die Kinderzahl. Da wir diese jungen Menschen 2007, 2009 und 2012 befragt haben,¹ können wir darstellen, wie sich ihre Meinung über die letzten fünf Jahre verändert hat und wie diese Entwicklung zusammenhängt mit ihrer Herkunft, ihrer Bildung, ihrer Erwerbsarbeit und ihrer familiären Situation.²

Wichtigkeit von Lebensbereichen

Zunächst interessierte uns, was den jungen Menschen im Leben wichtig ist. Wir haben dazu verschiedene Bereiche abgefragt und fanden eine Generation, die das „Und“ leben will. Finanzielle Unabhängigkeit, Beruf, Partnerschaft und eigene Kinder waren den jungen Frauen und

Männern 2007 gleichermaßen sehr wichtig. Nach fünf Jahren hat sich nur wenig geändert.

Die finanzielle Unabhängigkeit hat für rund 94 % der Befragten eine große Bedeutung. Auch der Beruf und die Erwerbsarbeit sind mit rund 92 % nach wie vor sehr



wichtig. Private Bindungen gehören ebenso zum Lebensentwurf dazu, 98 % fanden diese wichtig. Und eine eigene Familie und Kinder wurden 2012 von rund 84 % der Befragten als wichtig eingestuft.

Kinder und Kinderwunsch

Wenn also eine eigene Familie und Kinder für die jungen Menschen so wichtig sind, ist es interessant zu erfahren, wie viele von ihnen diesen Wunsch bereits umgesetzt haben.

Im Jahr 2007 war ein Fünftel (21 %) der Frauen bereits Mutter. Dabei haben insbesondere jene Frauen mit einem vergleichsweise niedrigen Schulabschluss schon Kinder und meist auch mehrere. Ebenso gilt: Frauen, die in jungen Jahren Mutter werden, kommen aus Familien mit einem relativ niedrigen Bildungsstand. Zwischen ost- und westdeutschen Frauen bestehen in diesem Punkt keine Unterschiede. Insgesamt veränderte sich dieses Gesamtbild innerhalb der zwei Befragungszeiträume kaum. Allerdings steigt bis 2009 der Anteil der Mütter auf 27 % und bis 2012 weiter auf 42 %.

Die jungen Männer verhalten sich hier zögerlicher: 2007 sind lediglich 14 % von ihnen Vater, der Anteil ist damit kaum halb so hoch wie bei den Frauen. Auch bei Männern sind vor allem jene mit einem niedrigen Schulabschluss bereits Vater; sie kommen dabei selbst aus Familien mit einem relativ niedrigen Bildungsstand. Bis 2009 steigt der Anteil der Väter nur unwesentlich auf 17 % und 2012 auf etwas über 20 %.

Weit über die Hälfte der Frauen und beinahe vier Fünftel der Männer sind also noch nicht Eltern, obwohl ihnen doch eigene Kinder so wichtig sind, wie sie sagen. Wollen sie tatsächlich noch Eltern werden? Wie sieht es konkret mit ihrem Kinderwunsch aus?

Im Jahr 2007 haben wir die jungen Frauen und Männer zu ihrem Kinderwunsch befragt. Damals wollten 12 % der Männer und 9 % der Frauen keine Kinder. Über die Zeit ist der Anteil bei den Männern leicht auf heute 9 %, bei den Frauen auf 7 % gefallen. Hinter dieser Konstanz liegen jedoch erhebliche Bewegungen. Von den 9 % der Frauen, die damals keine Kinder wollten, wünscht sich nun die Hälfte welche. Entsprechend wünschen sich auch Frauen, die damals Kinder wollten, nun keine mehr. Der Kinderwunsch ist also alles andere als stabil.

Dies zeigt auch die Frage nach der Zahl der gewünschten Kinder. Von jenen 6 % Männern und 14 % Frauen, die 2007 bereits Kinder hatten und sich weitere wünschten, wollen 2012 nur noch ein Drittel der Männer und Frauen weitere Kinder. Entsprechend haben sich zwei Drittel der Männer und Frauen von diesem Wunsch verabschiedet. Wir sehen also, dass auch die Kinderzahl keine fixe Größe ist. Der Wunsch nach Kindern ist aber konstant hoch, da jene, die nun keine Kinder mehr wollen, ersetzt werden durch jene, die Kinder wollen. Bei der Frage der

¹ 2007 befragten wir über 2.000 junge Menschen, 2012 führten wir mit einem Teil von ihnen standardisierte Interviews, insgesamt mit 211 Männern und 290 Frauen.

² Grundlage dieses Beitrags ist die Studie „Lebensentwürfe heute. Wie junge Frauen und Männer in Deutschland leben wollen“. Siehe hierzu: Allmendinger, Jutta; Haarbrücker, Julia (2013). Lebensentwürfe heute. Wie junge Frauen und Männer in Deutschland leben wollen. WZB-Discussion Paper 2013-002. Berlin: WZB.

Kinderzahl ist das anders. Hier gibt die Mehrheit den Wunsch nach einem zweiten Kind auf, ohne dass sich andere mehr Kinder wünschen.

Einige der jungen Frauen und Männer werden gewollt, viele wohl ungewollt kinderlos bleiben, andere werden es bei einem Kind belassen, auch wenn sie sich ursprünglich mehrere Kinder wünschten. Meinen sie, dass sie es bereuen werden?

Wir fragten bei den vielen kinderlosen Männern und Frauen nach. Der Aussage „Ich denke, dass ich es später bereuen würde, keine Kinder zu haben“ stimmten fast 80 % der Kinderlosen zu. Doch immerhin sagen auch 45 % von ihnen: „Ich muss keine Kinder haben, um ein erfülltes Leben zu haben.“ Das ist viel. Die Zerrissenheit, die sich hier andeutet, ist symptomatisch für diese Generation. Unterschiede zwischen Frauen und Männern finden wir dabei nicht. Bildungseffekte sind bei beiden Fragen stark ausgeprägt. Vor allem höher Gebildete meinen, ihre Kinderlosigkeit später zu bereuen.

Die Aussagen kinderloser Frauen und Männer sind auch deshalb bemerkenswert, weil die Befragten durchaus die mit Kindern einhergehenden Belastungen reflektieren. „Wer Kinder hat, muss auf Wohlstand verzichten“, meinen 47 % der Männer und 53 % der Frauen. Damit stieg der Wert für beide seit 2007 um 7 Prozentpunkte. Besonders ausgeprägt ist die Veränderung bei Frauen und Männern mit niedriger Bildung. Von ihnen stimmen 17 % mehr der Aussage zu als noch 2007.

Doch warum wiegen die Kosten von Kindern so schwer? Fehlt die Unterstützung innerhalb der Partnerschaft? Oder kollidiert der Kinderwunsch noch immer mit der schwierigen Vereinbarkeit von Familie und Beruf?

Erwartungen an die Partnerschaft

Die befragten Frauen und Männer haben drei große Wünsche an ihren Partner oder ihre Partnerin: Unabhängigkeit, Unterstützung und Treue.

Treue ist den jungen Menschen sehr wichtig. Sie erwarten von ihren Partnerinnen und Partnern, dass sie nicht fremdgehen, insbesondere aber, dass man auch in schwierigen Zeiten zusammenhält. Unabhängigkeit meint hier

Zeit für sich selbst, für eigene Interessen und Freunde. Frauen und Männer teilen diesen Wunsch, der seit 2007 nochmals deutlich wichtiger geworden ist.

Unterstützung erwartet man in vielen Bereichen: dass der Partner „sich für meinen Job interessiert“, „meine beruflichen Ziele unterstützt“, „mir den Rücken frei hält“, aber auch „dass er viel Geld verdient“. Daneben sollte er auch „mit meinen Eltern zurechtkommen“ und „sich mit meinen Freunden verstehen“. In diesen Fragen stimmen die Frauen und Männer weitgehend überein. Geschlechtsspezifische Antworten erhalten wir bei dem Wunsch, der Partner möge „sich um den eigenen Unterhalt kümmern“. Bei Männern nimmt diese Erwartung um 22 Prozentpunkte zu, von 54 auf 76 %. Bei Frauen steigt sie nur leicht von 87 auf 93 %. Im Vergleich zu 2007 verringert sich also der Unterschied zwischen Männern und Frauen enorm von vormals 34 auf nur noch 17 Prozentpunkte. Viel stärker als vor fünf Jahren ist den Männern nun wichtig, dass Frauen auf eigenen Beinen stehen, finanziell unabhängig sind und viel Geld verdienen.

Wie sehen das die Frauen? Sie sagen selbst, dass sie ihr eigenes Geld verdienen und finanziell unabhängig sein wollen. Wie wollen sie das erreichen? Wie wollen sie also Beruf und Familie in der Partnerschaft aufteilen?

Der traditionellen Rollenaufteilung „Mein Partner soll für die Existenzsicherung der Familie zuständig sein, ich für Haushalt und Kinder“ stimmen 6 % der Frauen zu. Damit gehen 94 % der Frauen davon aus, zur Existenzsicherung der Familie beizutragen. Sie sehen sich selbst aber nicht als Alleinverdienerin. Stattdessen wünscht sich die Mehrheit der Frauen (62 %) ein Modell, das sich folgendermaßen umreißen lässt: „Ich strebe einen gelungenen Ausgleich zwischen Beruf und Familie an, ohne dass einer der beiden Bereiche vernachlässigt wird.“

Männer haben ähnliche Vorstellungen. Zwar meint immerhin noch jeder fünfte Mann, dass er für die Existenzsicherung der Familie verantwortlich ist und seine Partnerin für Haushalt und Kinder. Die Mehrheit der Männer wünscht sich allerdings auch einen gelungenen Ausgleich zwischen Beruf und Familie. Kein Bereich soll

zu kurz kommen. Veränderungen seit 2007 finden wir nur bei den Männern, sie neigen heute etwas mehr zu einem partnerschaftlichen Lebensmodell.

Wir haben hier nachgefragt und wollten wissen, wie lange Frauen und Männer ihre Erwerbstätigkeit für Kinder unterbrechen würden.

Die meisten Frauen (37 %) würden ein Jahr zu Hause bleiben, 16 % zwei Jahre und 30 % drei Jahre. Weniger als ein Jahr aussetzen würden 7 %. Im Vergleich zu 2009 (2007 haben wir diesen Wert nicht erhoben) wollen die Frauen damit etwas früher ins Erwerbsleben zurück. Dieser Trend zeichnet sich umso stärker ab, je höher die Bildung der Frauen ist. Gut gebildete Frauen planen zu 55 % eine Unterbrechung von einem Jahr. Weiterhin unterscheiden sich Frauen in West- und Ostdeutschland hier nach wie vor deutlich voneinander. Nach einem Jahr würden 22 % der westdeutschen Frauen und 55 % der ostdeutschen Frauen wieder arbeiten gehen. Wir haben auch erhoben, inwieweit ein Kitaplatz die Entscheidung beeinflusst. Es zeigt sich, dass unter der Bedingung eines Kita-Platzes insbesondere westdeutsche Frauen schneller in die Erwerbstätigkeit zurückkehren würden. Der große Unterschied zwischen west- und ostdeutschen Frauen lässt sich also auch damit erklären, dass Kitas im Osten eher als im Westen vorhanden sind und genutzt werden können.

Und was wollen die Männer? Auf die Frage „Wie lange würden Sie selbst Elternzeit nehmen?“ sagen 33 % der westdeutschen Männer (2009 waren es 32 %) und 29 % der ostdeutschen Männer, dass eine Elternzeit für sie selbst überhaupt nicht infrage kommt. In Ostdeutschland steigt die Ablehnung deutlich um 17 Prozentpunkte. Allerdings sind insbesondere westdeutsche Männer in dieser Frage zunehmend unsicher. Hier könnten Politik und Betriebe verstärkt um Akzeptanz von Männern in Elternzeit werben. Zwei Monate Elternzeit würden 19 % der Männer im Westen und 21 % der Männer im Osten nehmen. Zu sechs Monaten tendieren 12 % der westdeutschen Väter und 26 % der ostdeutschen Väter. Ein

Jahr möchten nur wenige Väter unterbrechen: 8 % im Westen und 13 % im Osten (2009 waren es noch 36 %).

Obwohl Frauen und Männer gleichermaßen von einem partnerschaftlichen Lebensmodell ausgehen, in dem sie eine gesunde Balance zwischen Beruf und Familie suchen, sehen wir, dass 30 % der Männer ihre Erwerbsarbeit nicht für die Kindererziehung unterbrechen wollen, die restlichen Männer lediglich kurz. Zudem erledigen Frauen nach wie vor maßgebliche Teile der Haus- und Familienarbeit allein, und zwar unabhängig davon, ob Kinder im Haushalt leben oder nicht. Von der angestrebten Balance zwischen Beruf und Familie kann also nicht die Rede sein.

Auf die ebenfalls extrem ungleich verteilte Erwerbstätigkeit kann hier nicht weiter eingegangen werden. Die Studie bestätigt, dass deutlich weniger Frauen Vollzeit erwerbstätig sind als Männer und dass dies nicht ihren Wünschen entspricht. Die Möglichkeiten einer Vereinbarkeit werden nüchtern und eher kritisch beurteilt und 53 % der Frauen stimmen der Aussage zu: „Wer Kinder hat, kann keine wirkliche Karriere machen.“

Was bleibt zu tun?

Politik und Wirtschaft sind hier gleichermaßen gefragt. Die Politik muss insbesondere ihre Familienpolitik klar umreißen und in eine Richtung lenken. Beruf oder Familie – diese Frage stellt sich nicht mehr. Frauen und Männer wollen erwerbstätig sein und sehen das als Selbstverständlichkeit. Sicherheit und Unabhängigkeit sind ihnen hohe Werte. Und sie wollen eine Familie. Familienpolitik darf nicht länger als enges Politikfeld verstanden werden, sondern muss mit Bildungs-, Arbeitsmarkt-, und Sozialpolitik verzahnt werden. Weitere Anforderungen richten sich an die Bildungs- und Arbeitsmarktpolitik. Ein geschlechtergerechter Arbeitsmarkt ist der Weg, der auch mehr Mut auf Kinder macht. Indem er den Menschen hilft, auf eigenen Beinen zu stehen und auch auf diesen stehen zu bleiben.

Auswirkungen von Armut auf die Familienplanung und den Zugang zu Verhütung – Ergebnisse der Studie „frauen leben 3“

Prof. Dr. Cornelia Helfferich

Sozialwissenschaftliches FrauenForschungsInstitut Freiburg (SoFFI F.)

Nachdem lange über die Kinderlosigkeit von Akademikerinnen diskutiert wurde, gibt es nun eine Reihe von Hinweisen, dass Frauen in einer schlechten finanziellen Situation und/oder mit einer niedrigen Bildung in einem wachsenden Maß vor Schwierigkeiten der Familienplanung stehen. Umso dringender brauchen sie den Zugang zu sicherer Verhütung. Die Studie „frauen leben 3“ zeigt aber auch, dass für Frauen, die staatliche Unterstützungsleistungen beziehen, dieser Zugang aus Kostengründen nicht ausreichend sicher gestellt ist.

Das aktuelle Einkommen lässt sich gut zu Aspekten wie dem heutigen Kinderwunsch oder Einstellungen in Bezug setzen. Geht es um zurückliegende Schwangerschaften, dann ist nicht sicher, ob die heutige Einkommenssituation der Situation der Befragten zum damaligen Zeitpunkt der Schwangerschaft entspricht. Hier ist die Bildung ein besserer Indikator. In der Studie „frauen leben 3“ steht eine niedrige Bildung in engem Bezug zu einem geringen Einkommen. Jede zweite niedrig qualifizierte Frau arbeitet als an- oder ungelernete Kraft und

jede Fünfte bezieht staatliche Unterstützungsleistungen. Je niedriger die Bildung ist, desto höher ist der Anteil an Frauen mit einem niedrigen persönlichen Einkommen.

Auf der einen Seite sind Frauen mit einem geringen Einkommen und Frauen mit einer niedrigen Bildung familienorientierter und konservativer. Sie lehnen z. B. häufiger eine Erwerbstätigkeit der Mutter ab, solange die Kinder noch klein sind (aber auch bei ihnen ist das keine Mehrheitsmeinung). Auf der anderen Seite sind



Frauen, die staatliche Unterstützung erhalten, wie alle anderen Frauen auch, mehrheitlich der Meinung, dass Frauen heute eine eigene finanzielle Absicherung brauchen. Sie stimmen aber seltener der Aussage zu „Arbeit ist wichtig, nicht nur des Geldes wegen“, was sich möglicherweise mit ihren schlechteren Erwerbschancen und Verdienstmöglichkeiten erklären lässt. Ein konservativer Familienentwurf, der eine soziale Absicherung durch den Partner vorsieht, lässt sich für Frauen mit einer niedrigen Bildung auch deshalb schlechter realisieren, weil knapp jede zweite einen Partner hat, der ebenfalls eine niedrige Bildung und damit ebenfalls eingeschränkte Verdienstmöglichkeiten hat.

Drei wichtige Ergebnisse der Studie „Frauen leben 3“ sind:

(1) Der Anteil der ungewollten Schwangerschaften ist bei Frauen mit einer niedrigen Bildung höher. Diese Schwangerschaften wurden aber häufiger akzeptiert und ausgetragen. Die Schwangerschaften traten häufiger in jüngerem Alter und in noch ungesicherten Lebensumständen ein.

26 % aller Schwangerschaften niedrig qualifizierter Frauen waren ungewollt eingetreten. Dieser Anteil sinkt auf 18 % bei einer mittleren, 16 % bei einer höheren und

15 % bei einer hohen Bildung. Entsprechend steigt mit zunehmender Bildung der Anteil der auf den Zeitpunkt hin gewollten Schwangerschaften von 55 % bei niedriger Bildung auf 69 % bei hoher Bildung.

Der Anteil der ausgetragenen ungewollten Schwangerschaften sinkt von 62 % bei niedriger Bildung auf 47 % bei hoher Bildung (mit den Zwischenstufen 61 % bei mittlerer und 54 % bei höherer Bildung).

(2) Für die heutige Situation gibt es Hinweise, dass Frauen, die staatliche Unterstützung beziehen, zwar ein erstes Kind bekommen, eine zweite Geburt aber aufschieben.

Eine längere Pause bis zur zweiten Geburt wurde schon bei Frauen mit einer niedrigen Bildung bei den zurückliegenden Schwangerschaften beobachtet. Frauen mit Bezug staatlicher Unterstützung, die bereits ein Kind haben, möchten seltener recht bald ein zweites Kind und häufiger ein zweites Kind erst in einigen Jahren vergleichen mit Frauen ohne staatliche Unterstützungsbezüge. Zu beachten ist, dass Vereinbarkeitsmaßnahmen und Elterngeld die Situation dieser Mütter nur wenig erleichtern.

(3) Frauen, die staatliche Unterstützungsleistungen erhalten, verhüten seltener mit den vergleichsweise teuren Verhütungsmethoden Pille (38 %) und Spirale (8 %), denen eine höhere Methodensicherheit attestiert wird (Pearl Index), und häufiger mit Kondomen (34 %).

Bei einem (sehr) guten Einkommen wird zu 47 % mit der Pille, zu 17 % mit der Spirale und zu 23 % mit Kondomen verhütet. Der „ungedekte Bedarf“ an Verhütung (definiert als Anteil der Frauen, die sexuell aktiv sind, keinen Kinderwunsch haben und dennoch nicht verhüten) ist bei niedriger Bildung und bei einer subjektiv schlechten finanziellen Lage erhöht. Er beträgt 4,2 % in der Gesamtstichprobe und steigt bei Frauen mit negativ eingeschätzter finanzieller Situation ohne staatliche Unterstützung auf 6,7 % und bei staatlicher Unterstützung auf 5,4 %. 22 % der Frauen mit Bezug staatlicher Unterstützung geben zudem an, dass sie schon einmal in ihrem Leben aus Kostengründen auf Pille oder Spirale verzichtet haben. Bei einer (sehr) guten finanziellen Situation beträgt der Anteil nur 4 %. Die Aussagen der Expertinnen und die qualitativen Interviews bestätigen diese Befunde.





Prof. Dr. C. Helfferich

Prof. Dr. U. Busch

Dr. S. Ulbricht

Die Versorgung mit Verhütungsmitteln und ihre Kosten – die Situation in Deutschland

Dr. med. Ines Thonke

pro familia Bundesverband, Frankfurt a.M.

Seit etwa 10 Jahren sind in Deutschland durch gesetzliche Änderungen Wahlfreiheit und Zugang zu Verhütung in Deutschland nicht mehr gewährleistet. Dabei gilt Familienplanung seit der ersten Menschenrechtskonferenz der Vereinten Nationen 1968 in Teheran als ein international anerkanntes Menschenrecht. Im Jahr 1994 wurde von der internationalen Staatengemeinschaft das Konzept der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte auf der Weltbevölkerungskonferenz der Vereinten Nationen in Kairo anerkannt und ein umfangreiches Aktionsprogramm verabschiedet. Demnach beinhaltet reproduktive Gesundheit das Recht von allen Männern und Frauen auf ungehinderten Zugang zu möglichst sicheren, gesundheitlich verträglichen und finanziell erschwinglichen Verhütungsmethoden. Auch die Europäische Union hat sich durch zahlreiche Entschlüsse zu den Kairoer Zielen bekannt, und die Bundesregierung hat die Unterstützung dieses Konzeptes immer wieder bekräftigt. Die Möglichkeit zur Schwangerschaftsverhütung gilt heute als unverzichtbarer Teil individueller Lebensplanung, denn sie hat direkte Auswirkungen auf das Leben von Frauen und Mädchen, ihre wirtschaftliche Unabhängigkeit, ihren Zugang zu Bildung und ihre Teilhabe am öffentlichen Leben.



Warum sind Verhütungskosten in Deutschland ein Thema?

Die gesetzlichen Änderungen in den Jahren 2004 und 2005, die Umsetzung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes und der sogenannten Hartz IV-Reform, haben dazu geführt, dass Frauen mit niedrigem Einkommen und älter als 20 Jahre keine Kostenübernahme für ärztlich verordnete Verhütungsmittel erhalten. Verhütung wird der privaten Lebensplanung zugeordnet und ist im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen GKV für über 20-Jährige nicht vorgesehen. Die Einführung des Arbeitslosengelds II (ALG II), durch die das Einkommen arbeitsloser Menschen früher auf Sozialhilfe-

niveau absinkt, hat das Prinzip der Bedarfsdeckung zugunsten eines pauschalisierten Regelsatzes aufgegeben. Verhütung ist in der Berechnung nicht enthalten, stattdessen werden pauschal 16,81 Euro für Gesundheitspflege berechnet. Die Sozialhilfeempfänger/-innen nach SGB XII, § 49 zugesicherte Hilfe zur Familienplanung gilt in der Praxis nicht mehr.

Stellt man die Regelsätze der ALG II-Leistungen den Kosten für Verhütung gegenüber, wird deutlich, dass viele Verhütungsmethoden für ALG II-Empfängerinnen unerschwinglich sind.

	Monatliches Budget für Gesundheitsleistungen	Preis umgerechnet auf Monat *	Preis einmalige Kosten **
Hartz IV-Regelsatz	16,81		
Pille		Zwischen 4 - 20	
Verhütungspflaster		Zw. 13 - 21	
Pille danach		Zw. 18 - 35	
Dreimonatsspritze		Zw. 8 - 15	
Kupferspirale		3,3	210.-
Hormonspirale		5,8	350.-
Kupferkette		4,5	275.-
Implantat		9	325.-
Sterilisation			500 - 1.000

Angaben in Euro

* Die Berechnung der durchschnittlichen monatlichen Kosten ergeben sich aus den verfügbaren Produkten und Packungsgrößen zw. einem und sechs Monate, bei Spiralen und Implantaten sind es Durchschnittswerte auf der Grundlage der empfohlenen Liegedauer.

** Die angegebenen Preise stellen Mittelwerte dar. So liegt beispielsweise der Preis für eine Kupferspirale inkl. Einlage zwischen 120 und 300 Euro.

Die Folgen der rechtlichen Änderungen zeigen sich in der Praxis

Nach einer 2010 durchgeführten bundesweiten Befragung bei 180 pro-familia-Einrichtungen zeigt sich einerseits, dass Kostenerstattung neben dem finanziellen Status vor allem eine Frage des Wohnorts ist, denn es kommt zu regional unterschiedlichen Gesetzesauslegungen und damit zu kommunal unterschiedlichen Erstattungsregelungen. Andererseits wird der Bedarf für Kostenübernahmeregelungen in dem überwiegenden Anteil der Kommunen als dringlich angesehen und es kommen weitere kreative Finanzierungsmodelle der Teilerstattung oder zeitlich begrenzte Unterstützung zur Anwendung. Zwei Zusatzinformationen sind hierbei wichtig: In insgesamt 67 Prozent der Orte existierten keinerlei Erstattungsregelungen und einen dauerhaften rechtlichen Anspruch haben Frauen nirgendwo.

Ein weiteres wichtiges Ergebnis zeigen kleinere Studien: In finanzieller Not ändern Frauen ihr aktuelles Verhütungsverhalten und weichen auf billigere, situativ einsetzbare Verhütungsmittel aus. Hätten sie die Wahl, würden sie jedoch anders verhüten: mit länger wirksamen, sichereren und kostenintensiveren Methoden. Befragungen bei pro-familia-Beratungsstellen in den Jahren 2006 und 2010 hatten bereits ergeben, dass Frauen zunehmend aus finanziellem Grund auf billigere und weniger sichere Verhütungsmittel wechseln oder sogar ganz auf Verhütung verzichten.

Fazit

Durch die Gesundheits- und Sozialreform ist das Menschenrecht auf Familienplanung nicht mehr für alle Menschen gewährleistet. Davon betroffen sind besonders Frauen, die Arbeitslosengeld II, Grundsicherungsleistungen oder Wohngeld erhalten, die sich in Ausbildung oder Studium befinden, Asylbewerberinnen und Geringverdienerinnen sowie Männer, die auf Grund ihrer finanziellen Situation die Kosten für eine Sterilisation nicht aufbringen können.

Ob Frauen Zugang zu zuverlässiger Verhütung haben, entscheidet neben ihrer finanziellen Situation auch der Wohnort.

Nicht mehr gesundheitliche oder persönliche, sondern finanzielle Gründe entscheiden über die Methodenwahl. Die Gegenüberstellung von Kosten und Regelsatz zeigt: Für Hartz IV-Empfänger/-innen besteht keine Wahlfreiheit der Verhütungsmethode und es findet eine Verschiebung der Verhütung hin zum billigeren und situativ einsetzbaren Kondom hin.

Die angewendeten Methoden entsprechen häufig nicht der gewünschten „länger wirksamen und sicheren“ Methode.



Kostenfreie Abgabe von Verhütungsmitteln. Erfahrungen aus einem Modellprojekt in Mecklenburg-Vorpommern

Dr. Sabina Ulbricht Universität Greifswald

Roswitha Bruhn Schwangerschaftsberatungsstelle des DRK
Kreisverband Demmin e. V.

Im Jahr 2013 erfolgte die Bewilligung der Mittel für das Modellprojekt. Es bestand die Auflage zu prüfen, ob sich die kostenfreie Abgabe einer Auswahl verschreibungspflichtiger Kontrazeptiva (Pille, Spirale und hormoneller Verhütungsring), über einen Zeitraum von 12 Monaten an Frauen im Alter zwischen 20 und 35 Jahren, mit Leistungsbezug nach SGB II bzw. SGB XII, auf die Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche auswirkt. Als weiteres Ziel wurde definiert, das Kontrazeptionsverhalten der am Modellprojekt teilnehmenden Frauen vor und nach der kostenfreien Abgabe rezeptpflichtiger Kontrazeptiva zu untersuchen. Dazu wurden alle Frauen bei Eintritt in das Modellprojekt befragt. Anhand der Rezepte wurde dokumentiert, welche Verhütungsmittel im Zeitraum der Kostenübernahme genutzt wurden. Der Verzicht bzw. die Wahl der Kontrazeption sowie die mögliche Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch bei Eintritt einer ungeplanten Schwangerschaft sind multifaktoriell bedingt. Die Kostenübernahme für Kontrazeptiva bildet dabei nur einen Aspekt ab. Erfahrungen aus dem Modellprojekt, z. B. zu Kooperationen zwischen Gynäkologinnen und Gynäkologen sowie Beraterinnen aus den Schwangerenberatungsstellen, sollen genutzt werden, um Frauen in der Lebenssituation mit SGB II- bzw. SGB XII-Bezug in ihrer Lebensplanung wirkungsvoll zu unterstützen.



Das Modellprojekt startete am 01.11.2013. Die Teilnahme anspruchsberechtigter Frauen an der Eingangsbefragung via Tablet-PC wurde als verbindlich für die Aufnahme in das Modellprojekt definiert. Neben soziodemografischen Daten (z. B. Alter, Bildung, Partnerschaft) wurden u. a. die Regelmäßigkeit der Nutzung von Verhütungsmitteln und die Art der angewandten Methoden erfasst. Auch Angaben zu Schwangerschaftsabbrüchen bzw. zur Anwendung der „Pille danach“ wurden erfragt. Der Ablauf der Aufnahme einer Frau in das Modellprojekt wurde konzipiert und weitgehend standardisiert. Dazu wurde für alle am Projekt teilnehmenden Schwangerschaftsberatungsstellen der Modellprojektregionen eine Standardanweisung erarbeitet.

Parallel erfolgte die Vorbereitung einer zweiten Datenerhebung. Frauen, die am Modellprojekt teilgenommen haben, werden nach Ende der Kostenübernahme einmalig telefonisch durch Mitarbeiterinnen der evaluierenden Einrichtung befragt. Das Einverständnis zur telefonischen Kontaktierung im Anschluss an die 12-monatige Kostenübernahme der Kontrazeptiva sowie die Kontaktdaten (Name, Telefonnummer) wurden bei Aufnahme der Frau in das Modellprojekt eingeholt.

Ergebnisse: Die Aufnahme von anspruchsberechtigten Frauen in das Modellprojekt endet am 31.10.2014. Bis zum 21.10.2014 waren in den Modellprojektregionen „Landkreis Demmin“ 127 und in Stadt Schwerin 232 Frauen als Teilnehmerinnen registriert. Erste Ergebnisse

der Eingangsbefragung werden für Anfang Januar 2015 erwartet. Unabhängig von den Ergebnissen des Modellprojekts zeigen die Daten der Landesstatistik für Mecklenburg-Vorpommern einen Rückgang der Schwangerschaftsabbrüche um 9,6 % zwischen 2010 und 2013. Dieser Trend zeigt sich auch in anderen Bundesländern.

Landesstatistik Mecklenburg-Vorpommerns zur Entwicklung der Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche

	2010	2011	2012	2013
Anzahl Schwangerschaftsabbrüche	3.124	2.991	2.970	2.381
Schwangerschaftsabbrüche/1.000 Geborene	233,1	235,6	236	225

Quelle: Statistisches Bundesamt, Bevölkerungsstatistik

Die kostenfreie Inanspruchnahme der Kontrazeptiva fiel im Modellprojektzeitraum niedriger aus als erwartet.

Das hohe Engagement, das Angebot des Modellprojekts in nur 12 Monaten bekannt zu machen, wird für den Landkreis Demmin skizziert. Zahlreiche Akteure in der Region werden angesprochen. Dazu zählten z. B. alle gynäkologischen Praxen, das Jugendamt, das Jobcenter, das Sozialamt, Behinderteneinrichtungen, alle Hebammen der Region und Apotheken. In der sexualpädagogischen Gruppenarbeit an Schulen und in täglichen Gesprächen

der allgemeinen sozialen Schwangerschaftsberatung wurde über das Projekt informiert, ebenso über Pressemitteilungen der lokalen, v. a. auch kostenfreien Presse.

In den Aufnahmegesprächen mit den Frauen, die am Modellprojekt teilnehmen wollten, bestand oft ein großes Interesse an umfänglicherer Beratung zu Kontrazeption. Im Aufnahmegespräch für das Modellprojekt wurde auch die Richtigkeit der ALG II und Grundsicherungsbescheide SGB XII geprüft. Bei als fehlerhaft befundenen Bescheiden, z. B. bei nichtberücksichtigten Elterngeldfreibeträgen, wurde ein Antrag auf Überprüfung des Bescheides beim zuständigen Jobcenter angeregt. Positive Nebeneffekte waren auch die Entdeckung eines pathologischen Befundes bei einer Projektteilnehmerin oder die Weitervermittlung einer Frau mit Anzeichen von Drogenkonsum in die Suchtberatungsstelle.

Ohne den Ergebnissen des Projektes vorgreifen zu wollen kann eingeschätzt werden, dass eine Projektlaufzeit von 12 Monaten zu kurz ist, um vollumfänglich alle Akteure zu sensibilisieren und gleichzeitig die Zielgruppe anspruchsberechtigter Frauen umfassend zu erreichen.



Workshops

- 1** Wie viel „feste“ Partnerschaft und Einvernehmen braucht ein Kinderwunsch? 52
- 2** Familienplanung im Leben von Frauen mit psychischen Erkrankungen und Frauen mit Behinderung 60
- 3** Vertrauliche Geburt: Erfahrungen der Schwangerschaftsberatung und die Inanspruchnahme des Hilfetelefons 68
- 4** Pränataldiagnostik als Thema von Beratung und Fokus von Vernetzung 74
- 5** Familienplanung: Der richtige Zeitpunkt in der beruflichen Entwicklung? 80
- 6** Verhütung, Schwangerschaftsberatung und Schwangerschaftsabbruch: Regelungen und Diskussionen in europäischen Ländern 86
- 7** Schwangerschaftsberatung: Wer wird wie erreicht? 98

Wie viel „feste“ Partnerschaft und Einvernehmen braucht ein Kinderwunsch?

Moderation: Angelika Heßling

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln

Elternschaft bedeutet Festlegung, Verantwortung und die Übernahme von neuer und aufwändiger Sorge für ein Kind. Eine gute Partnerschaft, in der die Aufgabe gemeinsam angegangen werden kann, gilt als der beste Rahmen für ein Kind. Wer keinen Partner oder keine Partnerin hat, hält sich mit dem Kinderwunsch zurück. Die Beiträge des Workshops thematisieren die Bedeutung der Partnerschaft für den Kinderwunsch und für die Entscheidung über eine ungewollte Schwangerschaft aus der Sicht von Frauen und Männern.



Der erste (Dr. Petra Buhr und Stephanie Fleischer, Bremen) und der dritte Beitrag (Prof. Dr. Cornelia Helfferich, Freiburg) beschäftigen sich mit den Entscheidungen und deren Folgen, wenn in Partnerschaften bezogen auf die Geburt eines Kindes Dissens besteht. Im ersten Beitrag geht es auf der Basis der PAIRFAM-Studie um den Kinderwunsch kinderloser Paare, im dritten Beitrag mit den Daten der Studie „frauen leben 3“ um Entscheidungen bezogen auf ungewollt eingetretene Schwangerschaften. In beiden Studien wurde der Qualität der Beziehung hohes Gewicht beigemessen: Sie beeinflusst die Ausgestaltung des Entscheidungsprozesses und die Entwicklung der Beziehung nach der Entscheidung. In der Diskussion wurde die Frage der Aushandlung zwischen Frau und Mann im Fall eines Dissens über eine ungewollt eingetretene Schwangerschaft mit ihren Abhängigkeiten, „Drohkulissen“, mit der Frage der Übernahme der Verantwortung für die Entscheidung und dem zeitlichen Druck vertieft.

Die Perspektive von Männern – genauer: Schweizer Akademikern – ergänzt der zweite Beitrag von Dr. Nina Wehner (Basel): Der Wunsch nach einer Beziehung zu einem Kind und der Wunsch nach einer Position als Familienvater werden unterschieden; sie sind mit unterschiedlichen Beziehungsvorstellungen und Ansprüchen an Vaterschaft verbunden. Eine stabile Partnerschaft zu der „richtigen Frau“ ist wichtig, um sich bereit („parat“) für eine Vaterschaft zu fühlen. In der Diskussion wurde auf die unterschiedlichen familienpolitischen Rahmenbedingungen in Deutschland und der Schweiz hingewiesen.



Wie einig sind sich kinderlose Paare über den Kinderwunsch? Eine Analyse mit dem deutschen Beziehungs- und Familienpanel

Dr. Petra Buhr und Stephanie Fleischer, EMPAS, Universität Bremen



Kinder zu haben ist heute keine Selbstverständlichkeit mehr, sondern das Ergebnis einer Entscheidung im Paarkontext.¹ Im Laufe des Entscheidungsprozesses werden Kosten und Nutzen von Kindern im Vergleich zu Aktivitäten in anderen Lebensbereichen gegeneinander abgewogen und Präferenzen für bzw. gegen Kinder entwickelt. Dabei ist möglich, dass die Wert- und Zielvorstellungen der Partner voneinander abweichen und Unterschiede in Bezug auf den Kinderwunsch zu Tage treten.

An dieser Stelle setzen unsere Analysen an. Wir wollen wissen: Wie kommen die Partner zu einer gemeinsamen Entscheidung bzw. was passiert, wenn sie sich nicht einig sind? In der Literatur werden verschiedene „Entscheidungsregeln“ bei abweichendem Kinderwunsch genannt:² Erstens, die Partner schließen einen Kompromiss (*golden mean rule*). Dies ist vor allem dann zu erwarten, wenn es Uneinigkeit in Hinblick auf die Zahl der gewünschten Kinder oder den Zeitpunkt der Geburt gibt. Wenn sich die Partner uneinig sind, ob sie überhaupt Kinder wollen, ist ein Kompromiss dagegen schwer vorstellbar. Zweitens, es kommt zum Aufschub der Familiengründung (*social drift rule*). Drittens, ein Partner setzt sich durch. Nach der *power rule* ist das der Partner, der mehr ökonomische Macht besitzt. Die *normative decision rule* besagt dagegen, dass sich der Partner durchsetzt, dessen Motivation den Vorstellungen der gemeinsamen Referenzgruppe entspricht. Gemäß der *sphere of interest rule* schließlich dominiert die Frau die Entscheidung, da Familie und Kinder in ihren Aufgabenbereich fallen. Wir halten darüber hinaus noch einen weiteren Ausweg für möglich, und zwar die Trennung des Paares.

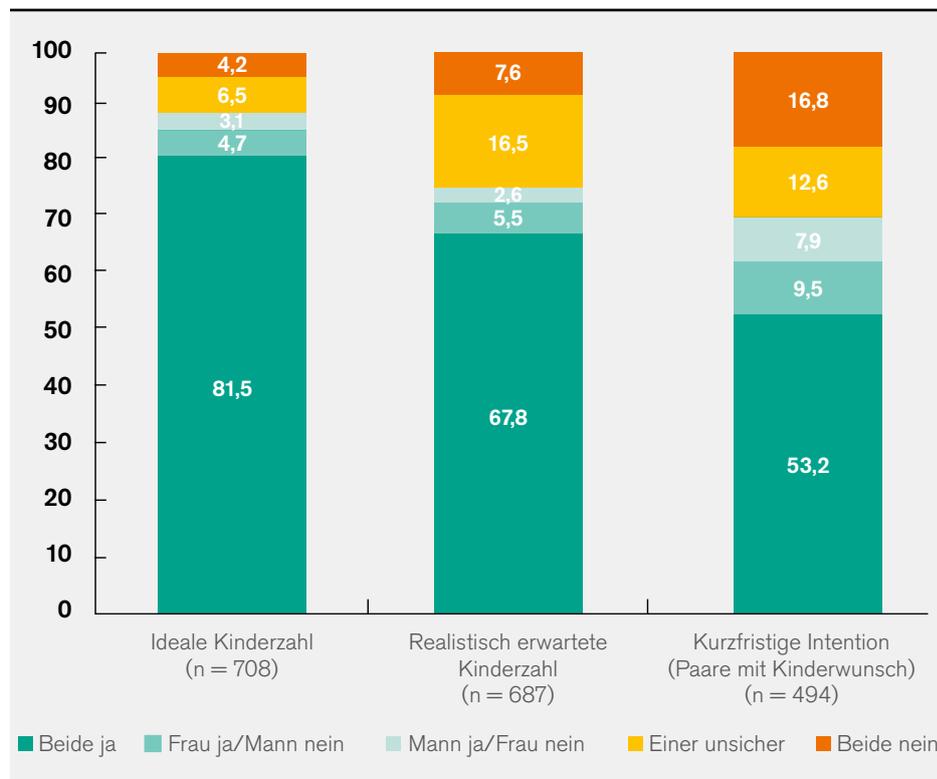
Die Datenbasis der nachfolgenden empirischen Analysen sind die Wellen 1 bis 4 des deutschen Beziehungs- und Familienpanels (pairfam).³ Unser Sample besteht aus heterosexuellen Paaren, die in Welle 1 kinderlos sind und kein Kind erwarten. Beide Partner sind mindestens 25 Jahre alt und nach eigenen Angaben fruchtbar bzw. zeugungsfähig. Außerdem muss ein ausgefüllter Partnerfragebogen vorliegen.

Betrachten wir zunächst den Anteil der Paare in Welle 1, die sich (nicht) einig sind, ob und wann sie Kinder haben wollen. Wir unterscheiden dabei zwischen der idealen Kinderzahl, der realistisch erwarteten Kinderzahl und der kurzfristigen Intention, d. h. der Absicht, innerhalb der nächsten zwei Jahre ein Kind zu bekommen.

Der Anteil der Paare, die sich übereinstimmend Kinder wünschen („beide ja“) ist mit mehr als 80 Prozent bei der idealen Kinderzahl am höchsten und mit 50 Prozent



Einigkeit und Uneinigkeit bei unterschiedlichen Kinderwunsch-Konzepten (in %)



Datenbasis: pairfam, Welle 1, release 5.0

bei der Frage nach dem Zeitpunkt der ersten Geburt am niedrigsten. Bei der realistisch erwarteten Kinderzahl sind sich etwa zwei Drittel der Paare einig, dass sie Kinder wollen. Neben den explizit Uneinigen gibt es einen recht hohen Anteil von Paaren, bei denen sich mindestens einer unsicher ist, ob er überhaupt Kinder möchte. Dass beide Partner grundsätzlich keine Kinder wollen, trifft auf vergleichsweise wenige Paare zu.

Welche Auswirkungen hat Uneinigkeit bei der realistisch erwarteten Kinderzahl in Welle 1 für den Partnerschafts- und Familienverlauf von kinderlosen Paaren in den nächsten drei Jahren? Wir unterscheiden drei mögliche Lösungen aus dem Dilemma: Erhalt des Status Quo (= Aufschub der Familiengründung); Geburt des ersten Kindes (= ein Partner setzt sich durch); Trennung.

Unsere Analysen zeigen:⁴ Das geringste „Risiko“ einer Familiengründung haben erwartungsgemäß Paare, die sich einig sind, dass sie keine Kinder wollen. Doch auch Uneinigkeit sowie Unsicherheit in Hinblick auf den Kinderwunsch führen häufig zum Aufschub der Familiengründung, d. h. diese Paare haben eine geringere Chance zwischen Welle 1 und 4 ein erstes Kind zu bekommen als solche, die sich übereinstimmend Kinder wünschen. Das Risiko einer Trennung ist am geringsten, wenn beide Partner keine Kinder wollen. Dies könnte darauf hinweisen, dass diese Paare eine besonders hohe Qualität der Paarbeziehung haben. Am höchsten ist das Risiko einer Trennung, wenn einer der Partner unsicher in Hinblick auf den Kinderwunsch ist. Hier stellt sich aber die Frage nach Ursache und Wirkung: Möglicherweise sind Uneinigkeit bzw. Unsicherheit Ausdruck von bereits vorhandenen Problemen in der Paarbeziehung.

¹ Vgl. z. B. Beckman, Linda J. (1978): Couples' Decision-making Processes Regarding Fertility, In: Taeuber, Karl E.; Bumpass, Larry L.; Sweet, James A. (Hrsg.): Social Demography, Academic Press, New York u. a., S. 57-81.

² Vgl. z. B. Testa, Maria Rita (2010): She Wants, He Wants: Couple's Child-bearing Desires in Austria, In: Vienna Institute of Demography (Working Paper 3/2010).

³ Vgl. Huinink, Johannes; Brüderl, Josef; Nauck, Bernhard; Walper, Sabine; Castiglioni, Laura; Feldhaus, Michael (2011): Panel Analysis of Intimate Relationships and Family Dynamics (pairfam): Conceptual framework and design, in: Zeitschrift für Familienforschung, Jg. 23, Heft 1, S. 77-101.

⁴ Es wurden bivariate Analysen und multinomiale logistische Regressionen durchgeführt.



„Bereit sein für Vaterschaft“ – Voraussetzungen für Vaterschaft bei Männern

Dr. Nina Wehner, Universität Basel



Was bedeutet Vaterschaft für Männer, welche Bedingungen sind ihnen dabei wichtig? Das war Ausgangspunkt unserer qualitativen Studie „Warum werden manche Männer Väter, andere nicht?“, finanziert durch den Schweizer Nationalfonds (SNF). Darin haben wir¹ 60 biografische Leitfaden-Interviews mit Schweizer Akademikern zwischen 20 und 65 Jahren geführt, je hälftig mit Vätern und Kinderlosen.

In den Interviews zeigt sich, dass Vaterschaft ein wichtiges Thema für die Männer ist – für Väter wie für Kinderlose. Anders als ein deutsches Sprichwort besagt „Vater werden ist nicht schwer ...“ zeigen unsere Daten, dass bereits das Vaterwerden einen sehr voraussetzungsvollen Prozess darstellt, der – sofern Vaterschaft nicht ungeplant eintritt, bereits lange vor der Zeugung einsetzen kann. Wir haben das mit dem Prozess des „Bereitwerden-müssens“ (schweiz. „Parat-werden“) beschrieben. Parat-werden kann Unterschiedliches bedeuten und muss nicht als bewusster Prozess ablaufen. So kann unterteilt werden zwischen einem äußeren „Parat-machen“ und einem inneren „Parat-werden“. Als wichtige äußere Voraussetzungen galt vielen Männern eine stabile Beziehung zur „richtigen“ Frau sowie materielle und berufliche Sicherheit. Beim Prozess des inneren Parat-werdens geht es v. a. um die Frage nach den eigenen fürsorglichen und erzieherischen Kompetenzen. Gerade hier fühlen sich Männer oft unsicher. „Parat-werden“ bedeutet hier, Zutrauen in seine Fähigkeiten zu entwickeln, den Bedürfnissen eines Kindes gerecht zu werden und eine eigenständige, stabile Vater-Kind-Beziehung aufbauen zu können. Frauen wird oftmals qua „Natur“ – über Schwangerschaft und Stillen – eine immer schon vorhandene Beziehung zum Kind unterstellt. In den Prozess der „Parat-werdens“ hinein spielen Erwartungen an die eigene Reife, bisherige Erfahrungen mit Kindern und besonders die Qualität und Stabilität der Beziehung zur Partnerin, so konkret etwa die Frage wie sehr sie ihrem Partner Kompetenzen im Umgang mit Kindern zutraut, ihn dazu ermutigt und aktiv an der Kindererziehung und -pflege teilhaben lässt.

Zudem unterscheiden wir zwischen einem eigenständigen „Kinderwunsch“ und einem „Familienwunsch“. Manche Männer wünschen sich auch unabhängig vor einer konkreten Partnerschaft im wörtlichen Sinne ein Kind und eine eigenständige Beziehung zu ihm, das nennen wir „Kinderwunsch“ im eigentlichen Sinne. Anderen geht es mehr um die „Lebensform Familie“, die Frau und Kinder beinhaltet. Dieser „Familienwunsch“ zielt mehr auf den Status des Familienvaters als Bestandteil einer Normalbiografie „erwachsener“ Männlichkeit und weniger auf das Kind als unmittelbares Beziehungsgegenüber. Je nach „Kinder-“ oder „Familienwunsch“ gehen damit unterschiedliche

Ansprüche einher: Männer mit „Familienwunsch“ halten eher an einer traditionellen Aufgabenteilung bzgl. Erwerbs- und Familienarbeit fest. Männer mit explizitem „Kinderwunsch“ hingegen richten ihr Erwerbsleben eher nach den Bedürfnissen der Familie aus, indem sie ihr Pensum reduzieren oder flexiblere Berufstätigkeiten aufnehmen. Während ein „Familienwunsch“ auch mit Vollzeitpensum zu vereinbaren ist, gilt dies für die mit einem „Kinderwunsch“ verbundenen Selbstansprüche ans Vatersein nicht.

Insgesamt sind die Ansprüche von Männern an Vaterschaft hoch. Als Abgrenzung dient oft der eigene abwesende Vater – so wollen viele Männer nicht Vater sein. Das gegenwärtige Ideal von Vaterschaft lässt sich als „emotional involvierter, präsenter Ernährer-Vater“ beschreiben. Gleichzeitig besteht jedoch die normative Kraft des Allein- bzw. Hauptnährers fort. Eine auf Berufsarbeit bezogene Lebensführung ist noch immer wesentlicher Bestandteil von Männlichkeit und für viele Männer leitend. Beide Anforderungen: Präsenz als Beziehungspartner bei gleichzeitiger Verantwortlichkeit für das Familieneinkommen führen zu Spannungen, mit denen sich Männer als (potentielle) Väter auseinandersetzen müssen. Männer haben nun also auch ein Vereinbarkeitsproblem.

Teil der Auseinandersetzung von Männern mit Vaterschaft ist auch die hohe Bedeutung von Freiheit und Ungebundenheit im Leben von Männern. Familie bedeutet die Notwendigkeit zur Verantwortungsübernahme und Festlegung und die Einschränkung frei verfügbarer eigener Zeit. Wie stark diese Angst vor Gebundenheit und der Verlust von Freiheit und potentiell auch Freizeit ausfallen bzw. wie sie bewältigt werden können, hängt wiederum u. a. daran, ob ein eigenständiger Kinderwunsch vorliegt, der verspricht, den Übergang zur Vaterschaft nicht in erster Linie als Verlust zu erfahren, sondern auch als Zugewinn von einem neuen, bereichernden Erfahrungsbereich auch für Männer.

Literatur

Baumgarten, D.; Kassner, K.; Maihofer, A.; Wehner, N. (2012): Warum werden manche Männer Väter, andere nicht? Männlichkeit und Kinderwunsch. In: Walter, H.; Eickhorst, A. (Hg.): Das Väter-Handbuch. Theorie, Forschung, Praxis. Gießen, Psychosozial-Verlag, S. 415-443

Kassner, K.; Wehner, N.; Baumgarten, D. (2013): Vater sein: Fast genauso gut wie Mütter oder anders? In: Grisard, D.; Jäger, U.; König, T. (Hg.): Verschieden sein. Nachdenken über Geschlecht und Differenz. Sulzbach/Taunus, Ulrike Helmer Verlag, S. 257-265

Maihofer, A.; Baumgarten, D.; Kassner, K.; Wehner, N. (2010): Familiengründung und Kinderlosigkeit bei Männern. Bedingungen von Vaterschaft heute im Spannungsfeld zwischen alten und neuen Männlichkeitsnormen, ZGS Diskussionspapier Online <https://genderstudies.unibas.ch/forschung/forschungsprojekte/vaterschaft-heute> (Zugriff : 01.09.2015)

¹ Prof. Dr. Andrea Maihofer, Dr. Diana Baumgarten, Dipl. Soz. Karsten Kassner, Dr. Nina Wehner, Zentrum Gender Studies Universität Basel, Schweiz

Entscheidungen über ungewollte Schwangerschaften – die Bedeutung der Partnerschaft

Prof. Dr. Cornelia Helfferich und Heike Klindworth, Sozialwissenschaftliches FrauenForschungsInstitut Freiburg (SoFFI F.)



Ungewollte Schwangerschaften sind wie gewollte Schwangerschaften Beziehungsebenen. Sie werfen aber, anders als auf den Zeitpunkt hin gewollte Schwangerschaften, die Frage auf, wie Frau und Mann mit dieser unerwarteten, aber potenziell für beide und für ihre Beziehung folgenreichen Situation umgehen können.

Zwar traten ungewollte Schwangerschaften in allen Beziehungsformen und –qualitäten ein. Doch in einer „schwierigen Partnersituation“¹ wollten Frauen selten schwanger werden – wenn sie schwanger wurden, war es häufiger ungewollt. Und ungewollte Schwangerschaften, die in einer schwierige Partnersituation eintraten, wurden mit einer höheren Wahrscheinlichkeit abgebrochen. Eine schwierige Partnersituation wurde zudem am häufigsten als ein Hauptgrund für den Abbruch einer Schwangerschaft genannt (bei etwa jedem dritten Schwangerschaftsabbruch).

	Stabile Partnersituation	Schwierige Partnersituation	Speziell: Kein fester Partner	Durchschnitt
Anteil ungewollter Schwangerschaften	10 %	58 %	75 %	17,7 %
Anteil abgebrochener an allen ungewollten Schwangerschaften	32 %	54 %	61 %	43 %

Quelle: BZgA, Datensatz „frauen leben 3“ 2012, 20- bis 44-jährige Frauen in vier Bundesländern

In der Studie „frauen leben 3“ wurde weiter erfragt, wie die Entscheidung für das Austragen oder Abbrechen der Schwangerschaft in der Partnerschaft ausgehandelt wurde. Zwei der vier Antwortmöglichkeiten beinhalten eine Entscheidung der Frau: ihre alleinige Entscheidung oder die ihr vom Partner zugestandene Entscheidung. Es konnte weiter ein ausdrücklicher gemeinsamer Beschluss oder eine Selbstverständlichkeit „Es gab keine Entscheidung, weil sofort klar war, was wir machen“ angegeben werden.

Die Qualität der Partnerschaft gibt den stärksten Ausschlag sowohl für den Modus als auch für das Ergebnis der Entscheidung. In stabilen Partnerschaften war selbst bei einem Schwangerschaftsabbruch die Gemeinschaftlichkeit der Entscheidung (=gemeinsamer Beschluss oder Selbstverständlichkeit der Entscheidung) hoch. In schwierigen



Heike Klindworth, die lange Jahre Teil des Projektteams „frauen leben“ war, konnte wegen ihrer Erkrankung nicht mehr an der Tagung teilnehmen. Sie ist im Dezember 2014 verstorben.

Partnersituationen dagegen entschied bei mehr als der Hälfte der Schwangerschaften die Frau allein oder ihr wurde die Entscheidung überlassen – sowohl bei einem Abbruch als auch beim Austragen der Schwangerschaft.

Ausgetragene Schwangerschaften	Stabile Partnersituation	Schwierige Partnersituation
Frau entschied allein	6,0 %	36,9 %
Entscheidung ihr überlassen	5,6 %	22,9 %
Schwangerschaftsabbrüche	Stabile Partnersituation	Schwierige Partnersituation
Frau entschied allein	17,7 %*	38,6 %*
Entscheidung ihr überlassen	23,4 %*	27,2 %*

Quelle: BZgA, Datensatz „frauen leben 3“ 2012, 20- bis 44-jährige Frauen in vier Bundesländern

*Aufgrund von Mehrfachantworten summieren sich die Antworten nicht wie bei ausgetragenen Schwangerschaften zu 100 %, sondern zu 120 %. Die Zahlen fallen daher systematisch höher aus als die für ausgetragene Schwangerschaften.

Ungewollte Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche bergen mehr Konfliktpotenzial als Schwangerschaften „gewollt, aber später“: Die Gemeinsamkeit und Selbstverständlichkeit war bei ihnen weniger ausgeprägt.

Die qualitativen Interviews zeigen, dass in positiven Partnerschaften eine gemeinschaftliche Basis für einen gemeinsamen Beschluss oder eine gemeinsam geteilte Selbstverständlichkeit gegeben war. Bei Beginn, bei einer Krise oder Trennung in der Beziehung hingen Form und Ausgang der Entscheidung davon ab, ob eine gemeinschaftliche Basis (wieder) hergestellt werden konnte. Bei einer Affäre ohne emotionale Bindung wurde ein gemeinsamer Beschluss (vermutlich nicht nur von der Frau) gar nicht gewünscht und bei negativen („dysfunktionalen“) Beziehungen z. B. mit Gewalt und Suchtproblemen des Mannes ging die alleinige Entscheidung der Frau mit einer Lösung aus der Beziehung einher.

¹ In der Studie in der Auswertung der standardisierten Daten über eines der drei Merkmale bestimmt: Es gab keinen Partner oder die Partnerschaft befand sich in einer Krise oder Trennungsphase oder der Partner wollte kein Kind. Lag keines dieser Merkmale vor, wird von „stabiler Partnerschaft“ gesprochen.

Familienplanung im Leben von Frauen mit psychischen Erkrankungen und Frauen mit Behinderung

Moderation: Prof. Dr. Monika Häussler-Sczegan

Hochschule Mittweida

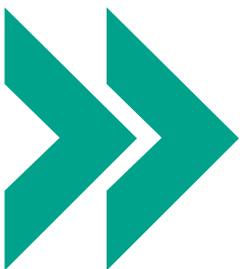
Reproduktive Rechte sind nicht teilbar: Jeder Menschen hat das Recht, ein befriedigendes Sexualleben zu führen und über die Anzahl seiner Kinder selbst zu entscheiden. Die beiden Beiträge stellen Forschungsergebnisse zu Familienplanung und Elternschaft bei psychischer Erkrankung und Behinderung vor und diskutieren Bedarfe bei der Umsetzung reproduktiver Rechte.

Es gibt eine lange historische Tradition, diesen beiden Gruppen von Frauen reproduktive und sexuelle Rechte vorzuenthalten, z. B. über Zwangssterilisationen und tabuisierte Sexualität in Einrichtungen, und es bahnt sich erst allmähliche ein Wandel an.



Dr. Sylvia Krumm (Ulm) stellt in dem ersten Beitrag aus ihrer qualitativen Interviewstudie vor, wie psychisch kranke Frauen sich prinzipiell mit der Frage der (Un-)Möglichkeit, eigene Kinder zu haben, auseinandersetzen. Der zweite Beitrag (Dr. Marion Michel und Sabine Wienholz, Leipzig) setzt den Akzent bei der Lebenssituation von Müttern mit unterschiedlichen Formen von Behinderung und fasst Ergebnisse mehrerer eigener, vor allem quantitativer Studien in diesem Bereich zusammen. Beide Beiträge zeigen Besonderheiten auf, die aus den Unterschieden der Betroffenenengruppen und der Fragestellung herrühren. Im ersten Beitrag werden so die Sorgen und Ängste beim Abwägen der Risiken einer möglichen Mutterschaft deutlicher und auch fachliche Hilfe bei der Bewältigung von mit der Erkrankung verbundener Kinderlosigkeit ist Thema. Im zweiten Beitrag geht es stärker um die Schwierigkeiten und Hürden bei der Bewältigung der Elternrolle und um entsprechende z. B. rechtlich verankerte Unterstützungsansprüche. Beide Beiträge zeigen aber übereinstimmend, dass ein Wunsch nach Familie auch ein Wunsch nach Normalität ist und dass im Umfeld der Befragten und in den Fachdiskursen das Bild einer guten Mutter und das Bild einer psychisch kranken Frau oder einer Frau mit Behinderung immer noch auseinanderfallen.

Der dritte Beitrag (Dr. Marion Michel, Petra Schyma, Leipzig/Bonn) stellt erste Erfahrungen aus dem Modellprojekt „Ich will auch heiraten!“ (donum vitae) vor – ein praktisches Beispiel der Unterstützung von Menschen mit Behinderung bei der Einlösung ihrer reproduktiven Rechte.



Familienplanung und Kinderwunsch bei Frauen mit psychischen Erkrankungen

Dr. Silvia Krumm, Universität Ulm



Gegenüber den zahlreichen Befunden zum Familienplanungsverhalten von Frauen und Männern liegen zum Umgang mit reproduktiven Themen bei Menschen mit psychischen Erkrankungen nur wenige Arbeiten vor. Gleichzeitig finden sich Hinweise auf Stigmatisierungen von betroffenen Frauen mit Kinderwunsch oder betroffenen Müttern durch Professionelle und Angehörige – trotz der zunehmenden Bedeutung von Empowerment und Recovery-Ansätzen, die einen weitgehend selbstbestimmten biografischen Umgang mit einer psychischen Erkrankung nahelegen.

Im Rahmen einer von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten, qualitativen Studie „Familienplanung junger Frauen mit schweren psychischen Erkrankungen“¹ wurden die subjektiven Vorstellungen von (noch) kinderlosen Frauen mit einer schweren psychischen Erkrankung zu einem (vorhandenen oder nicht vorhandenen) Kinderwunsch untersucht. Von besonderem Interesse war die Frage, ob und in welcher Weise die Betroffenen einen Kinderwunsch mit ihrer psychischen Erkrankung verknüpfen. Dem interpretativen Paradigma folgend, wurden 15 narrativ-biografische Interviews durchgeführt und hermeneutisch-rekonstruktiv analysiert.

Die Teilnehmerinnen äußerten mehrheitlich einen Kinderwunsch bzw. schlossen einen solchen für die Zukunft zumindest nicht aus. Vielfach war der Kinderwunsch dabei mit dem Motiv der „Normalität“ verknüpft: Zum einen fungierte er als Ausdruck eines normalbiografischen Musters („weil wir beide eigentlich so, ja so stinknormale Menschen sind“, Int. 5). Zum anderen war der Wunsch nach einem Kind eng an eine in die Zukunft gerichtete Orientierung an einer Normalbiografie gebunden („Ich will ein ganz gewöhnliches, einfaches Leben (...) von dem her, ja, ein Kind wäre schon ein Wunsch“).

Gleichzeitig wurde der Kinderwunsch von allen Teilnehmerinnen problematisiert. Die genannten Kernbereiche umfassen zuvorderst die Risiken einer psychopharmakologischen Behandlung während einer Schwangerschaft. Weitere Probleme ergaben sich aus Sicht der Frauen in Bezug auf eingeschränkte Fähigkeiten zur Übernahme der Mutterrolle wie auch auf eine antizipierte Überforderung durch Pflege- und Erziehungsaufgaben im Alltag. Die geäußerten Befürchtungen richteten sich aber auch auf die genetische wie auch soziale Weitergabe der eigenen psychischen Erkrankung an das Kind. Von Bedeutung war auch die Wahrnehmung eingeschränkter Planungsmöglichkeiten, die aus Sicht der Teilnehmerinnen zum einen in der Ungewissheit darüber fußt, ob, wann und in welcher Form die Erkrankung rezidiert. Zum anderen wird auch die langfristig angelegte Behandlung mit Psychopharmaka als eine Barriere für eine Familienpla-

nung wahrgenommen. Familienplanung ist schließlich auch dann erschwert, wenn die Schaffung beruflicher, sozialer oder partnerschaftlicher Sicherheiten als wesentliche Bedingungen für die Realisierung eines Kinderwunsches aufgrund von krankheitsbedingten Ausfällen oder Verzögerungen nicht oder nur unzureichend gelingt.

Charakteristisch für die Äußerungen der Teilnehmerinnen zum Kinderwunsch war die sprachliche Konstruktion von Dilemmata. Zum einen wurde der individuelle Bedarf und Nutzen einer psychopharmakologischen Behandlung dem teratogenen Risiko für das ungeborene Kind kategorisch gegenüber gestellt („mit den Medikamenten geht es mir wirklich besser (...) aber das hat halt grad die eine Seite: ich kann NIE schwanger werden“ (Int. 1)). Zum anderen wurde eine angemessene Berücksichtigung der kindlichen Bedürfnisse nur unter Zurückstellung eigener, krankheitsbezogener Bedürfnisse (und umgekehrt) als möglich erachtet. Schließlich zeigte sich das Dilemma mit dem Kinderwunsch auch dort, wo der Bedarf an einem krankheitsbedingten Aufschub des Kinderwunsches mit dem begrenzten reproduktiven Zeitrahmen kollidierte.

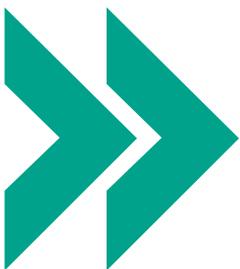
Fazit

Reproduktive Aspekte sollten als biografisch bedeutsame Themen im Rahmen der psychiatrischen Versorgung stärker als bisher berücksichtigt werden. Neben einer frühzeitigen Thematisierung und Aktivierung von sozialer Unterstützung sowie einer rechtzeitigen Reduktion bzw. Umstellung von Medikamenten wäre insbesondere der flächendeckende Ausbau psycho- und sozialtherapeutischer Angebote für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil, einschließlich Mutter-Kind-Einheiten in psychiatrischen Einrichtungen, erforderlich. Bei alledem darf nicht vergessen werden, dass etliche Frauen und Männer aufgrund der psychischen Erkrankung ihren Kinderwunsch nicht realisieren und so einen Unterstützungsbedarf bei der Bewältigung einer ungewollten Kinderlosigkeit haben. Die Auseinandersetzung der psychiatrischen Fachkräfte mit normativen Vorgaben und eigenen Einstellungen zu Reproduktion im Kontext psychischer Erkrankungen wäre daher sicherlich kein schlechter Anfang.

Literatur:

Krumm, S.; Kilian, R.; Becker, T. (2011): „Ich werde sie sicherlich nicht einfach so in die Welt setzen ...“. Der soziale Kontext des Kinderwunsches aus der Sicht von Frauen mit psychischen Erkrankungen. Eine qualitative Studie. *Psychiatrische Praxis* 38, S. 23 - 30

¹ „Familienplanung junger Frauen mit schweren psychischen Erkrankungen zwischen individueller Verantwortung und sozialer Stigmatisierung. Eine qualitative Untersuchung“; Infos zur Studie siehe: <http://www.uni-ulm.de/psychiatrieII/projekte/familienplanung.htm> (Zugriff: 01.09.2015)



Kinderwunsch und Elternschaft bei Menschen mit Behinderung

Dr. Marion Michel und Sabine Wienholz, Universität Leipzig



Die UN-BRK (2006) bekräftigt das Recht behinderter Frauen und Männer auf selbstbestimmte Elternschaft und barrierefreien Zugang zur Sexualaufklärung und Familienplanung – Bereiche, die gegenüber Menschen mit Beeinträchtigungen lange Zeit tabuisiert wurden.

Forschungen zu diesem Thema liegen u. a. vor von Hermes, Pixa-Kettner und zu juristischen Frage von Zinsmeister. In der LIFE-Studie¹ wurden Frauen mit Behinderungen erstmals zum Thema Elternschaft befragt. Einige Forschungsprojekte befassen sich mit dem Erhalt der Fruchtbarkeit und der medikamentösen Versorgung in der Schwangerschaft (z. B. EURAP, Fertiprotect). Belastbare statistische Aussagen zum Thema liegen bisher nicht vor. Der Teilhabebericht 2013 geht von ca. 1,8 Mio. behinderten Eltern aus. Nach eigenen Untersuchungen werden etwa 60 % der 25- bis 45-jährigen Frauen mit Beeinträchtigungen Mutter, abhängig von Art und Schwere der Beeinträchtigung und dem Bildungsstand.²



Am Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health der Universität Leipzig wurden mehrere Forschungsprojekte zum Thema Kinderwunsch und Elternschaft bei Menschen mit Behinderung durchgeführt, aus denen einige Ergebnisse vorgestellt werden:

Wie alle Frauen planen Frauen mit Beeinträchtigungen ihre Schwangerschaft überwiegend sehr genau. Die Feststellung der Schwangerschaft durch den Gynäkologen erfolgt meist bis zur 8. Woche. Das soziale Umfeld steht mehrheitlich der Schwangerschaft positiv gegenüber, Ärzte und Angehörige befürchteten, dass sich die Gesundheit der Frauen durch Schwangerschaft und Mutterschaft verschlechtert.

Ärzte empfehlen schwangeren Frauen häufiger Vorsorgeuntersuchungen als dies die Frauen selbst wünschen, unabhängig von einer Behinderung. Behinderte Schwangere suchen häufiger als vom Gynäkologen empfohlen ihren behandelnden Facharzt auf. Frauen mit Behinderung erleben häufiger Kaiserschnittentbindung als nichtbehinderte Frauen. Experten der Geburtshilfe begründen das mit Unsicherheiten vor allem niedergelassener Gynäkologen bei der Schwangerschafts- und Geburtsbegleitung dieser Frauen.

Die Beratung beeinträchtigter Frauen zu Unterstützungsmöglichkeiten nach der Geburt des Kindes ist unzureichend. Nur wenige Frauen wurden z. B. auf die erweiterte Hebammenbetreuung bzw. die Betreuung durch Familienhebammen hingewiesen,

Elternassistenz oder Begleitete Elternschaft sind unbekannt. Mütter mit Beeinträchtigungen gaben an, längere Zeit zur Erholung nach der Geburt zu benötigen, sich gesundheitlich schlechter zu fühlen und häufiger an Infekten zu erkranken als Frauen ohne Beeinträchtigung. Behinderte Mütter treffen auf ideelle und bauliche Barrieren, unzureichend informiertes Fachpersonal, unzureichende Hilfsmittel oder personelle Hilfen in ambulanten oder stationären Settings oder fehlende trägerübergreifende Finanzierungskonzepte für Hilfen.

Neben klassischen Angeboten der Kinder- und Jugend- sowie der Eingliederungshilfe stellen die Konzepte der Elternassistenz (für körper- und sinnesbehinderte Eltern) und der Begleiteten Elternschaft (für Eltern mit Lernschwierigkeiten) Unterstützungsleistungen im Sinne einer selbstbestimmten Elternschaft dar, werden jedoch oft aus Uninformiertheit der Leistungsträger nicht bewilligt.

Im Auftrag der BZgA erarbeiteten wir eine Studie zur Familienplanung bei jungen Erwachsenen (18–25 Jahre) mit Körper- und Sinnesbehinderungen und chronischen Erkrankungen in Sachsen.³ Junge behinderte Erwachsene mit geringem Bildungsgrad (über 50 % ohne oder nur mit Hauptschulabschluss) werden in den Herkunftsfamilien seltener auf Familie und Partnerschaft vorbereitet, ebenso bei Eintritt der Beeinträchtigungen vor dem 12. Lebensjahr. Beruf, Wohnung und Partnerschaft besitzen als Zukunftsziele konstant hohe Bedeutung, Kinder und Sexualeben nahmen mit steigendem Alter an Bedeutung zu. Die Bedeutung von Zielen sank insgesamt bei hoher subjektiv empfundener Beeinträchtigung.

Männer wünschten sich im Durchschnitt 1,8 Kinder, Frauen 2,1. Als Gründe, auf Kinder zu verzichten, dominierte bei Frauen die körperliche und psychische Konstitution, bei Männern die empfundene Unvereinbarkeit mit Lebensplanung/-situation, bei beiden die mögliche Vererbbarkeit der Beeinträchtigung.

Junge Erwachsene mit Beeinträchtigungen hatten häufiger sexuelle Beziehungen als behinderte Jugendliche, aber seltener als nichtbehinderte junge Erwachsene. Ca. 50 % der Befragten lebten aktuell in einer festen Beziehung (Frauen 63 %, Männer 43 %).

Für 65 % war die Partnersuche schwierig, Erstkontakte wurden vorrangig über Ausbildung, Freunde und Internet geknüpft. Die Behinderung war einer der Gründe für Schwierigkeiten bei der Partnerwahl.

Verhütung stand im engen Zusammenhang mit der Stärke der subjektiven Beeinträchtigung: Bei hoher subjektiv empfundener Beeinträchtigung verhüteten Frauen konsequenter, Männer inkonsequenter. 18 % der Frauen hatten bereits Schwangerschaftserfahrungen, 15 % der Männer Zeugungserfahrungen.

Fazit

Sexualität, Partnerschaft und Elternschaft sind wichtige Themen für Menschen mit Beeinträchtigungen. Handlungsbedarf besteht in Forschung, Aus- und Weiterbildung und bei Entwicklung bedarfsgerechter Unterstützungsangebote.

Literatur

Hermes, G. (2004): *Behinderung und Elternschaft leben – kein Widerspruch*. AG SPAK Verlag, München

Pixa-Kettner, U. (2006): *Tabu oder Normalität? Eltern mit geistiger Behinderung und ihre Kinder*. Universitätsverlag C. Winter, Edition S., Heidelberg

Zinsmeister, J. (2006): *Staatliche Unterstützung behinderter Mütter und Väter bei der Erfüllung ihres Erziehungsauftrages*. Rechtsgutachten im Auftrag des Netzwerks behinderter Frauen Berlin e. V. mit Unterstützung der Aktion Mensch, Februar 2006

Eiermann, N.; Häußler, M.; Helfferich, C. (2000): *LIVE. Leben und Interessen vertreten. Frauen mit Behinderung*, Schriftenreihe des BMFSFJ, Bd. 183. Stuttgart

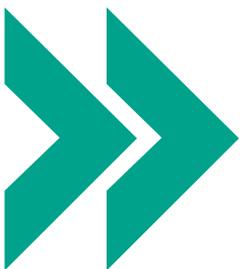
Michel, M.; Seidel, A. (2013): *Einflussfaktoren auf Fertilität, Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft behinderter und chronisch kranker Frauen und Männer*. Abschlussbericht 2013

Wienholz, S.; Seidel, A.; Michel, M. (2014): *Familienplanung bei jungen Erwachsenen mit Behinderungen in Sachsen*. Abschlussbericht 2014 (unveröffentlicht)

¹ Eiermann, N.; Häußler, M.; Helfferich, C. (2000)

² Michel, M.; Seidel, A. (2013)

³ Wienholz, S.; Seidel, A.; Michel, M. (2014)



Das Modellprojekt „Ich will auch heiraten“.

Implementierung passgenauer Angebote in der Schwangerschaftskonflikt- und allgemeinen Schwangerschaftsberatung bei Menschen mit geistiger Behinderung (donum vitae)

Dr. Marion Michel, Universität Leipzig und Petra Schyma, donum vitae, Bonn



Das Modellprojekt „Ich will auch heiraten!“ des Bundesverbands donum vitae bietet Menschen mit Behinderung Hilfen an, damit sie ihre reproduktiven und sexuellen Rechte sowie ihr Recht auf Beratung nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz einlösen können. Besonders für Menschen mit geistiger Behinderung besteht großer Nachholbedarf. Ziel ist eine professionalisierte, barrierefreie Gestaltung von Beratung im Kontext des Schwangerschaftskonfliktgesetzes und Sexualpädagogik für Menschen mit Lernschwierigkeiten.

Das Projekt hat eine Laufzeit von November 2013 bis Februar 2016 und wird vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert. Es gibt einen Projektbeirat, in dem auch Experten und Expertinnen in eigener Sache vertreten sind. Die Universität Leipzig begleitet das Projekt wissenschaftlich. Acht Beratungsstellen von donum vitae sind mit eigenen Konzepten am Modellprojekt beteiligt. Neben der Beratung und der Erstellung von Materialien sind Öffentlichkeitsarbeit, Fortbildungsangebote und Workshops im Bereich der Sexualpädagogik weitere Aufgabenbereiche.



Die **Beratung** zu Fragen von Sexuaufklärung, Eheschließung, Schwangerschaft, Begleiteter Elternschaft und Sexualassistenz erfolgt in Leichter Sprache. Sie ist vielschichtig und benötigt sowohl längere Beratungseinheiten, als auch mehr Termine. Das Umfeld und das Netzwerk der Frauen und Paare werden bei Bedarf einbezogen. Dann muss die Beraterin sprachlich und rechtlich mit allen Zielgruppen auf unterschiedlichen Ebenen sprechen. Sie hat es oft mit divergierenden Meinungen, Bedürfnissen und Wünschen zu tun. Eltern/gesetzliche Betreuer müssen mit ihren Ängsten abgeholt werden, die sie bei Fragen von Sexualität und Schwangerschaft haben. Es kann zu Interessenkollisionen kommen, u. a. bei bestehendem Abhängigkeitsverhältnis der Erwachsenen mit Behinderung von den gesetzlichen Betreuern und/oder Mitarbeitenden der Einrichtungen. Insbesondere dann, wenn die Frau/das Paar sich eindeutig für das Kind entscheidet, gesetzliche Betreuer aber Bedenken haben, ist sensible Beratung gefordert.

Im Projekt werden Konzepte für sexualpädagogische Workshops, Frauengruppen, Methodentage, Männergruppen, Filmveranstaltungen entwickelt und durchgeführt. Hier wird mit unterschiedlichen Einrichtungen und Werkstätten zusammengearbeitet. In der Folge zeigt sich häufig individueller Beratungsbedarf.

Projektrelevante Fortbildungen werden zur Stärkung der Kompetenzen der Beraterinnen und Berater zu den Themen: „Leichte Sprache“, „Rechtliche Fragen“ und „Sexualität und Sexualaufklärung/sexuelle Bildung“ durchgeführt.

In Auswertung der wissenschaftlichen Begleitung und der praktischen Erfahrungen wird eine Handreichung für die Beratungspraxis entwickelt, sodass Beratungsstellen, die nicht am Modellprojekt teilgenommen haben, diese Ergebnisse aufgreifen und umzusetzen können, und so die Nachhaltigkeit des Projektes gewährleistet ist.

Um passgenaue Angebote in Beratung und Sexualpädagogik unterbreiten zu können, bedarf es barrierefreier Materialien. Mit Mitteln der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wurden Broschüren in Leichter Sprache vom Bundesverband entwickelt zu den Themen „Liebe, Sex und Verhütung“, „Rat und Hilfe in der Schwangerschaft“, „Schwangerschaft und Geburt“, „Das ist wichtig bei der rechtlichen Betreuung“.

Erste Erfahrungen aus dem Projekt:

- Sexualpädagogische Angebote und die Möglichkeit der Beratung sind noch relativ wenig bekannt.
- Die Vernetzung zwischen Einrichtungen der Behindertenhilfe und Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen muss ausgebaut werden. Die Beraterinnen aus dem Modellprojekt registrieren eine große Nachfrage, vor allem nach sexualpädagogischen Angeboten.
- Diskutiert wird die Ausgestaltung der Beratung mit einer „Komm“- oder „Gehstruktur“. Einerseits wäre es nach dem Normalisierungsprinzip sinnvoll, dass Frauen und Paare in die Beratung kommen. Das ist aber oft nicht umsetzbar. Eine Einrichtung im ländlichen Raum z.B. hat kaum die Möglichkeit, gemeinsam mit einer Frau oder einem Paar in die Beratungsstelle zu kommen.
- Bei Menschen mit Lernschwierigkeiten ist es sinnvoll, Angebote sexueller Bildung in verschiedenen Lebensphasen zu wiederholen – eine einmalige Sexualaufklärung reicht nicht aus.
- Teilweise ist Assistenz notwendig, um Beratung und Sexualpädagogische Angebote wahrnehmen zu können.
- Die Wissenschaftliche Begleitung verweist auf das hohe Engagement der Beraterinnen. Beratungsstellen mit sehr geringen personellen Ressourcen könnten aber schnell an ihre Leistungsgrenze stoßen. Nicht nur die Beratung, auch die Beratungsstellen müssen barrierefrei erreichbar sein.

Vertrauliche Geburt: Erfahrungen der Schwangerschaftsberatung und die Inanspruchnahme des Hilfetelefons

Moderation: Wolfgang Kleemann

Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V., Frankfurt a. M.

Seit 2012 wurde ein gesetzlicher Anspruch auf anonyme Beratung im § 2 Abs. 1 SchKG verankert und im Mai 2014 trat das „Gesetz zum Ausbau der Hilfen für Schwangere und zur Regelung der vertraulichen Geburt“ in Kraft. Es richtet sich an Schwangere in Notlagen, die ihre Schwangerschaft verdrängen oder verheimlichen und vom regulären Hilfesystem nicht erreicht werden, und soll ihnen und dem Kind geburtshilfliche Versorgung und psychosoziale Hilfen zugänglich machen. Das Gesetz ermöglicht es dem Kind, später seine Herkunft zu erfahren.



Auf Grundlage des Gesetzes wurde das Hilfetelefon „Schwangere in Not“ eingerichtet und bundesweit bekannt gemacht. Es ist im Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) in Köln angesiedelt. Über das Hilfetelefon können die vorgesehenen Maßnahmen initiiert und die Schwangeren an eine Schwangerschaftsberatungsstelle vermittelt werden.

Die beiden Beiträge des Workshops berichten erste Erfahrungen ob und wie Schwangere in Notlagen erreicht werden. Regine Hölscher-Mulzer (Dortmund) fasst zusammen, was über Frauen, die eine vertrauliche Geburt wünschen (und die in Beratungsstellen ankamen), bekannt ist. Sie bezieht sich auf Erfahrungen aus Ortsvereinen des Sozialdiensts Katholischer Frauen (SKF) seit 1999 sowie auf eine Studie des Deutschen Jugendinstituts von 2011. Andrea Bruns und Petra Söchting (Köln) berichten über die Arbeitsweise des Hilfetelefons für Frauen, die eine vertrauliche Geburt wünschen, und über die Inanspruchnahme in den ersten sechs Monaten seit der Einrichtung des Angebots. Sie gehen zudem auf noch offene Fragen ein.



Vertrauliche Geburt

Regine Hölscher-Mulzer, Sozialdienst katholischer Frauen e. V.,
Dortmund



Den Schwangerschaftsberatungsstellen kommt beim Verfahren der vertraulichen Geburt nach dem Gesetz eine Schlüsselrolle zu. Dabei ist der Dreh- und Angelpunkt die Erreichbarkeit der betroffenen Frauen sowie der Aufbau einer vertrauensvollen Beratungsbeziehung, die den betroffenen Frauen den nötigen Schutzraum vermittelt. Deshalb wurde bereits 2010 mit Blick auf die Zielgruppe von Frauen, die ihre Schwangerschaft verheimlichen, im Rahmen des Bundeskinderschutzgesetzes der Rechtsanspruch auf anonyme Beratung in der allgemeinen Schwangerschaftsberatung nach § 2 (1) Schwangerschaftskonfliktgesetz festgeschrieben.¹

Bei den Frauen, die ihre Schwangerschaft verheimlichen, handelt es sich um Frauen aller Alltagsgruppen und sozialen Schichten.² Nicht selten haben sie bereits ein oder mehrere Kinder. Die Notsituationen von Frauen, die ihre Schwangerschaft (zunächst) nicht bemerken, nicht wahrhaben wollen, verdrängen oder verheimlichen und in den späteren Schwangerschaftsmonaten zunehmend unter Druck geraten, sind in der Regel sehr komplex. Sie unterscheiden sich auf den ersten Blick jedoch nicht von jenen Problemkonstellationen, die wir auch aus der Schwangerschaftsberatung kennen, wie z. B. komplizierte Beziehungsdynamiken, soziale Notlagen sowie der subjektiv empfundene Druck durch die Familie oder das soziale Umfeld, kulturelle oder religiöse Hintergründe oder akute psychische und physische Überlastungssituationen.

Als Gemeinsamkeit lassen sich bei den Frauen, die ihre Schwangerschaft verheimlichen, allenfalls diffuse, panikartige Ängste, verbunden mit einer gewissen Sprach- und Hilflosigkeit, feststellen, die eine Öffnung nach außen sowie die Inanspruchnahme adäquater Unterstützung verhindern. Sie machen vieles mit sich alleine aus, können sich niemandem anvertrauen. Hinzu kommen oft Schamgefühle, in eine solche Situation geraten zu sein. Es gibt Anzeichen dafür, dass manche dieser Frauen in ihrer Kindheit unsichere Bindungserfahrungen gemacht haben, andere haben traumatische Erfahrungen – auch in Verbindung mit Gewalt und Vergewaltigung – machen müssen. Hinzu kommen der zunehmend große Aufwand, den die Verheimlichung der Schwangerschaft mit sich bringt, sowie die Angst vor der näher rückenden Geburt, die die Frauen zusätzlich unter Druck setzen und noch stärker in die Isolation drängen.

Die Erfahrungen zeigen aber auch, dass Frauen „anonym“ entbunden haben, weil sie nach einem Seitensprung ihr Kind nicht regulär zur Adoption freigeben wollten, da ihr Ehemann dieser hätte zustimmen müssen. Es gab Fälle, bei denen Frauen, die bereits Kinder hatten, aus Angst vor Überprüfung ihrer Erziehungsfähigkeit im Falle einer

Adoption sich für eine anonyme Abgabe entschieden. Auch der Verlust des Arbeitsplatzes wurde als Begründung genannt. Darüber hinaus ist die Schwangerschaft dem sozialen Umfeld nicht immer unbekannt.

Bei der Umsetzung der vertraulichen Geburt können Schwangerschaftsberaterinnen also vor besonderen Herausforderungen stehen, die sich trotz der ähnlichen Notlagen von ihrem bisherigen Beratungsalltag unterscheiden.

Welche ersten Erfahrungen seit Inkrafttreten des neuen Gesetzes lassen sich berichten?

Erstens: Die vertrauliche Geburt wird genutzt. Schwangere mit Anonymitätswunsch wenden sich direkt an eine Beratungsstelle oder die zur Geburt aufnehmende Klinik informiert eine Beratungsstelle, damit Beratung angeboten werden kann.

Es gibt sowohl Frauen, die für sich die vertrauliche Geburt in Anspruch nehmen (mit Erstellung des Herkunftsnachweises), als auch solche, die sich dafür entscheiden, ihre Anonymität aufzugeben, oder die anonym bleiben. Manche Frauen sind gut informiert, kennen ihre Rechte, sind entsprechend nicht immer bereit, andere Hilfen in Anspruch zu nehmen.

Nicht immer wird die Schwangerschaft vor dem sozialen Umfeld verheimlicht, es kommen auch Paare in die Beratung. Mit bislang 45 beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben innerhalb des ersten halben Jahres eingegangenen Herkunftsnachweisen ist die Zahl der ursprünglich jährlich erwarteten 30 Fälle vertraulicher Geburt bereits deutlich überschritten.³

Zweitens lässt sich feststellen, dass die Vorgaben in den Bundesländern unterschiedlich umgesetzt werden. Die Umsetzung des Gesetzes, die in den Verantwortungsbereich der Länder fällt, gestaltet sich in einzelnen Ländern sehr heterogen, viele Fragen sind nicht beantwortet, Rahmenbedingungen nicht geklärt.

Und ein drittes Fazit ist, dass es noch Probleme an den Schnittstellen gibt. Bei den zuständigen Diensten und Ämtern ist das Wissen über das neue Gesetz und die damit verbundenen Aufgaben und Pflichten noch sehr unterschiedlich ausgeprägt, was in der Praxis zu Unsicherheiten und Konflikten führt. Hier wären Qualifizierung, geregelte Verfahren, Handlungsempfehlungen etc. für alle Beteiligten vonnöten.

¹ Siehe Gesetzesbegründung BKiSchG; vgl. Hölscher-Mulzer, R., Anonyme Beratung nach § 2 SchKG. In: Nationales Zentrum Frühe Hilfen in Kooperation mit der BAGFW (Hrsg.), Handreichung Schwangerschaftsberatungsstellen in Netzwerken Frühe Hilfen. Köln 2014, S. 99-102

² Die folgenden Ausführungen basieren auf den verbandlichen Erfahrungen aus SkF-Ortsvereinen seit 1999 sowie der Studie des Deutschen Jugendinstituts „Babyklappen und anonyme Geburt in Deutschland. Fallzahlen, Angebote, Kontexte“, München 2011. Einschränkend muss konstatiert werden, dass die Kenntnisse über Lebens- und Motivlagen sich nur auf solche Frauen beziehen, zu denen ein persönlicher Kontakt hergestellt werden konnte.

³ Vgl. Gesetzesbegründung zum „Entwurf eines Gesetzes zum Ausbau der Hilfen für Schwangere und zur Regelung der vertraulichen Geburt“ vom 19.3.2013; BT Drucksache 17/12814, S. 11



Hilfetelefon „Schwangere in Not“ – Erste Erfahrungen nach dem Start im Mai 2014

Andrea Bruns und Petra Söchting, Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA), Köln



Das Hilfetelefon „Schwangere in Not“ bietet jeden Tag rund um die Uhr („24/7“) kostenlose Beratung durch 60 dafür speziell qualifizierte Beraterinnen. Das Angebot ist niederschwellig und barrierefrei: Zu jeder Uhrzeit kann per Konferenzschaltung eine Dolmetscherin – auch eine Gebärdensprachdolmetscherin – hinzugezogen werden. Der anrufenden Person wird Anonymität zugesichert; sie muss keine Angaben zu ihrer Person machen und die angerufene Nummer des Hilfetelefons kann nicht zurückverfolgt werden. Es gibt auch die Möglichkeit der Online-Beratung in einer virtuellen Beratungsstelle auf einem sicheren geschützten Server (www.geburt-vertraulich.de). Beratung findet dort im Einzelchat, in dem die Ratsuchende zeitsynchron mit einer Beraterin des Hilfetelefons kommuniziert, oder als Email-Beratung statt.

Das Hilfetelefon bietet Erstberatung, Informationen zu Hilfen für Schwangere und zum Verfahren der vertraulichen Geburt. Die Erstberatung hat eine Lotsenfunktion: Die anrufende Frau wird über Arbeitsweise und Angebote der Schwangerschaftsberatungsstellen in ihrer Nähe informiert und auf Wunsch direkt dorthin vermittelt. In Krisensituationen, wie etwa bei einer unmittelbar bevorstehenden Geburt, kann die Frau an Geburtshilfeeinrichtungen und Rettungsdienste weitervermittelt werden. Eine längerfristige Beratung leistet das Hilfetelefon nicht; die Frauen werden einmalig beraten und dann im lokalen Unterstützungssystem weiterversorgt.



Das Herzstück des Hilfetelefons ist das Wissensmanagement und die Wissensdatenbank. Hier stehen den Beraterinnen alle notwendigen Informationen zur Verfügung: z. B. Fachinformationen zur vertraulichen Geburt, zu Adoption, Notfallverhütung etc. Außerdem gibt es eine bundesweite Adressdatenbank mit allen Adressen von Schwangerschaftsberatungsstellen und Geburtskliniken sowie Kontaktdaten zu Babyklappen oder Angeboten der Arm-in-Arm-Übergabe. Auf diese letzten Angebote greifen die Beraterinnen erst dann zurück, wenn in dem Beratungsgespräch alle anderen Hilfemöglichkeiten abgelehnt wurden, die anrufende Frau aber deutlich macht, dass sie das Kind abgeben möchte.

Die ersten Erfahrungen zeigen, dass die Kernzielgruppe erreicht wurde. Es meldeten sich Frauen, die Erstinformationen zum Verfahren der vertraulichen Geburt, Weitervermittlung ans Hilfesystem oder Krisenintervention benötigten. Auch Fachkräfte aus der Schwangerschaftsberatung, der Jugendhilfe oder aus dem medizinischen Bereich nutzten das Hilfetelefon.

Als erweiterte Zielgruppe gelten Personen, die generelle Fragen zur Schwangerschaft haben, unabhängig von einer Verheimlichung. Das können Schwangere sein, Frauen, die eine Schwangerschaft vermuten, aber noch nicht sicher sind, private Unterstützer, Männer, die Fragen haben zu Schwangerschaft, Verhütung, Vaterschaft etc. Auch diese Ratsuchenden werden ans lokale Hilfesystem weitervermittelt.

Im ersten halben Jahr gab es ca. 2.000 Anrufe aus der Kern- und der erweiterten Zielgruppe, die Beratung mit einem konkreten Anliegen nachgefragt haben. Darüber hinaus gab es – wie bei einem 24/7-Angebot, das breit bekannt gemacht wurde, zu erwarten – eine hohe Anzahl von Stör- oder Problemanrufen (z. B. wird wieder aufgelegt oder es handelt sich um Scherzanrufe Jugendlicher).

Derzeit ist das Hilfetelefon noch im Aufbau und es liegt noch keine vollständige Auswertung der Daten vor. Auch können zur Kernzielgruppe der Frauen selbst kaum Aussagen gemacht werden, weil auf die Erfragung von Sozialdaten komplett verzichtet wird. Aus der Dokumentation geht jedoch hervor, dass Schwangerschaftskonflikte, Gefühle der Überforderung durch die Schwangerschaft, Angst vor Entdeckung oder Angst vor Konflikten in der Herkunftsfamilie die wichtigsten Gründe für den Wunsch nach Anonymität selbst betroffener Frauen waren.

Die Umsetzung des Gesetzes zur vertraulichen Geburt ist ebenfalls noch im Aufbau und einige Fragen, v. a. auch juristische, sind noch nicht eindeutig geklärt. So ist nicht klar, ob die Kliniken an die einwöchige Meldefrist für Neugeborene gebunden sind oder an die 24-Stunden-Regelung für Findelkinder. Für einige Frauen wäre es von Vorteil, eine Bedenkfrist zu bekommen, weil sich erfahrungsgemäß durch die Geburt einiges verändert. Manche Frauen sind bereit, über andere Möglichkeiten nachzudenken, wenn der Druck der Verheimlichung oder die Angst vor der Geburt erst einmal wegfallen. Für das Kind muss aber möglichst schnell ein gesetzlicher Vormund bestellt werden, nicht zuletzt für medizinische Entscheidungen, für die es eine Einwilligung braucht, und für die Klärung der Kostenfrage. Den guten fachlichen Gründen für eine einwöchige Bedenkfrist stehen so andere Rechtsgüter entgegen. Auch im Umgang mit minderjährigen Frauen sind noch einige Fragen offen.

Die Umsetzung des Gesetzes zur vertraulichen Geburt bleibt eine logistische, juristische und beraterische Herausforderung. Das Hilfetelefon kann vielen Frauen helfen, erreicht aber unter Umständen die nicht, die sich niemandem offenbaren können oder die das Angebot nicht kennen. Es besteht Hoffnung, dass sich die hohe Zahl an anonymen Geburten in der Vergangenheit zugunsten vertraulicher Geburten verringert.

Pränataldiagnostik als Thema von Beratung und Fokus von Vernetzung

Moderation: Dr. Ute Sonntag

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin
Niedersachsen e. V., Hannover

Thema der Beiträge sind die rasanten Entwicklungen der Möglichkeiten der Pränataldiagnostik und die dadurch erzeugten Konfliktsituationen und Beratungsbedarfe. Der erste Beitrag (Dr. Anne Rummer, Köln) berichtet aus der wissenschaftlichen Begleitung der Umsetzung der Gesetzesregelungen zur ärztlichen und psychosozialen Beratung bei pränataldiagnostischen Maßnahmen und zu medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbrüchen im Schwangerschaftskonfliktgesetz und im Gendiagnostikgesetz von 2010 (Universität Köln). Angesichts erkennbarer Defiziten wurden Empfehlungen für die Ausgestaltung der Praxis formuliert. Der zweite Beitrag (Dr. Marion Janke, Stuttgart) schließt



mit den Erfahrungen aus dem Modellprojekt „Informations- und Vernetzungsstellen Pränataldiagnostik in Baden-Württemberg“ an und vertieft die veränderten Anforderungen an die Schwangerschaftsvorsorge, Schwangerschaftsberatung und Schwangerschaftskonfliktberatung.

Beide Beiträge kommen zum Ergebnis, dass die PND-Beratung angesichts der Ausweitung der Diagnostik eine wichtige Aufgabe der Schwangerenberatungsstellen ist. Beide Beiträge zeigen zudem die große Bedeutung der interprofessionellen Kooperation der medizinischen Seite vor allem mit Gynäkologie und Pränataldiagnostik auf der einen Seite und der psychosozialen Beratung auf der anderen Seite. Diese Kooperation ist auf unterschiedlichen Ebenen zu verbessern – so wie das Modellprojekt dies bereits umsetzt – und die psychosoziale Beratung weiterzuentwickeln, wofür Ressourcen (z. B. für Fortbildung) benötigt werden. Diskutiert wurden anschließend Gründe, warum PND-Beratung faktisch erst nach einem auffälligen Befund aufgesucht wird. Gegen die Befürchtung, ein früheres Aufgreifen der Ängste und Ambivalenzen (sei es im Ethikunterricht in der Schule oder früher in der Schwangerschaft) würde Schwangerschaft pathologisieren und Schwangere verunsichern, wurde eingewandt, dass eine Enttabuisierung für die informierte, reflektierte Entscheidungen für oder gegen Nicht-Wissen und Maßnahmen in dem Spektrum von Schwangerenvorsorge bis invasiver und hochentwickelter PND notwendig ist – auch angesichts der raschen Entwicklung von Diagnostikmöglichkeiten und der unterschiedlichen beteiligten Interessen.

Viele Fragen sind noch offen bezogen auf eine fachlich wünschenswerte Bereitstellung und Nutzung von Informationen und von Beratung durch Schwangere allgemein.



Interdisziplinäre und multiprofessionelle Beratung bei PND und Schwangerschaftsabbruch (§imb-pnd). Ausgewählte Ergebnisse und Empfehlungen des vom BMFSFJ geförderten Projekts zum Thema Kooperationen und Kompetenzen

Dr. Anne Rummer, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Medizin (IQWiG), Köln



Der Gesetzgeber hat im Jahr 2010 die ärztliche und die psychosoziale Beratung bei pränataldiagnostischen Maßnahmen und medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbrüchen im Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG) sowie Gendiagnostikgesetzes (GenDG) neu geregelt. Das Projekt „Interdisziplinäre und multiprofessionelle Beratung bei Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsabbruch (§imb-pnd)“ unter der Leitung von Prof. Dr. Christiane Woopen an der Forschungsstelle Ethik der Uniklinik Köln hat die Umsetzung der Gesetzesregelungen wissenschaftlich begleitet, um Hintergründe zum Beratungsverständnis aufzudecken, geeignete Praxismodelle und Barrieren zu identifizieren sowie Empfehlungen für die Zukunft auszusprechen. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMSFSJ) hat das Projekt zwischen dem 1.12.2009 und dem 30.11.2012 gefördert. Der Abschlussbericht des Projekts ist online zugänglich.¹

Im Rahmen des Projektes wurden die Adressaten der gesetzlichen Neuregelungen – Gynäkologinnen/Gynäkologen, Pränatalmedizinerinnen/-mediziner, psychosoziale Beraterinnen/Berater, Selbsthilfegruppen und Behindertenverbände sowie Fachärztinnen/-ärzte unterschiedlicher Richtungen wie zum Beispiel Neonatologie, Kinderkardiologie und Humangenetik – in einer zweistufigen Fragebogenerhebung befragt. Begleitend wurden leitfadengestützte Interviews an repräsentativen Einzelstandorten durchgeführt. Die Veränderungen und Ergebnisse wurden in die Organisationen der angesprochenen Akteure vermittelt und im Projektbeirat diskutiert, in dem die Vertreter dieser Organisationen vertreten waren. Ein Schwerpunkt der insgesamt 13 gemeinsam mit dem Projektbeirat aus den Ergebnissen der Studie abgeleiteten Empfehlungen liegt bei den Themen Kooperation und Kompetenzen von Beraterinnen/Beratern und Ärztinnen/Ärzten.

In diesem Zusammenhang wird mit Blick auf die PND-spezifische psychosoziale Beratung empfohlen, Ressourcen für den bedarfsorientierten Ausbau zur Verfügung zu stellen. Unter Rückgriff auf bereits vorhandene Strukturen sollten die Ressourcen gezielt eingesetzt werden. Einzelne Beratungsstellen sollten sich auf PND-Beratung spezialisieren und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend fortbilden – so insbesondere in der Nähe von PND-Zentren, aber auch in der Fläche durch die Institutionalisierung von Netzwerkberatungsstellen (Empfehlungen Nrn. 1 und 2).

Für die ärztliche Seite lautet eine Empfehlung, die in § 2a SchKG geforderte „besondere psychosoziale Beratung“ in das Aus- und Fortbildungsangebot einzugliedern. Pränataldiagnostisch tätige Ärztinnen und Ärzte sollten gezielt über die „Vermittlung“ an psychosoziale Beratungsstellen im Sinne des SchKG informiert werden (Bedeutung der Vermittlung, Zeitpunkt, Art der Vermittlung), daneben aber auch eine spezifische Anleitung für die hier erforderliche Gesprächsführung bekommen. Ferner sollten sie umfassendere Informationen über Ziele, Arbeitsweisen und Nutzen psychosozialer Beratung erhalten (Empfehlungen Nrn. 6 bis 8).

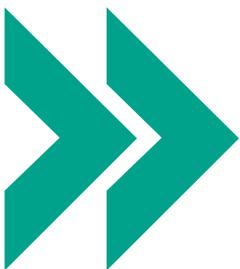
An dieser Stelle können Beratungsstellen einen förderlichen Beitrag durch ihre Außen- darstellung leisten: Ihnen wird geraten, Kompetenzprofile zu erstellen und Schwer- punkte und Möglichkeiten der Beratungsstellen, aber auch der einzelnen Beraterinnen und Berater nach außen transparenter zu gestalten. (Empfehlungen Nrn. 10 und 11).

Zur Sicherstellung einer niedrigschwellig zugänglichen Beratung wird schließlich eine flächendeckende Bildung von interdisziplinären und multiprofessionellen Kompetenz- netzwerken für PND empfohlen, wie sie seit 2010 an vielen Orten in Deutschland eingerichtet wurden. Auch hier sollten insbesondere psychosoziale Beratungsstellen ihre Ressourcen gezielt bei kooperationsinteressierten Ärztinnen und Ärzten einsetzen. Haben sich Kooperationspartner gefunden, so sollte der Rahmen für die Formen der Zusammenarbeit (schriftlicher oder mündlicher fallbezogener Austausch, Einrichtung eines Arbeitskreises oder Runden Tisches etc.) gesteckt und die jeweils als förderlich identifizierten Faktoren für eine Zusammenarbeit (Motivation, zeitliche Verfügbarkeit etc.) kommuniziert werden (Empfehlung Nr. 13).

Die Studie hat gezeigt, dass seit der gesetzlichen Neuvorgaben aus 2010 die interdiszi- plinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit im Kontext PND an Schwung aufge- nommen hat; gleichwohl besteht nach wie vor Verbesserungsbedarf.

¹ Abschlussbericht: Interdisziplinäre und multiprofessionelle Beratung bei Pränatal- diagnostik und Schwangerschaftsabbruch, <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/publikationen,did=200316.html> (Zugriff 01.09.2015)





Beratung bei Pränataldiagnostik

Dr. med. Marion Janke, Informations- und Vernetzungsstelle
Pränataldiagnostik, pro familia, Stuttgart



Pränataldiagnostik ist heute ein nahezu selbstverständlicher Teil der Schwangerschaftsvorsorge. Neue medizinische Entwicklungen und immer früher einsetzende Untersuchungen eröffnen zwar neue Möglichkeiten, aber auch neue Entscheidungs- und Konfliktsituationen. Viele Paare lassen sich unvorbereitet auf Untersuchungen ein mit der Vorstellung, danach beruhigt und entlastet die Schwangerschaft genießen zu können. Was aber, wenn Auffälligkeiten gefunden werden oder gar die Diagnose einer schweren Krankheit oder Behinderung des Kindes gestellt wird? Pränataldiagnostik ist in den allermeisten Fällen eine Diagnostik ohne Therapie und zwingt Paare, sich zwischen dem Leben mit dem behinderten Kind oder einem Schwangerschaftsabbruch zu entscheiden. In dieser nahezu unlösbar erscheinenden Konfliktsituation fühlen sich Frauen und Paare oft überfordert und alleingelassen.

Mit der Änderung des Schwangerschaftskonflikt- und des Gendiagnostikgesetzes 2010 wurde versucht, der unzureichenden Aufklärungs- und Beratungspraxis im Kontext von PND entgegenzuwirken und betroffene Paare besser zu unterstützen. Sie müssen Entscheidungen treffen, von denen sie immer wieder in der Beratung sagen: „Wir können es eigentlich nur falsch machen.“ Eine Aussage, in der sich die Widersprüchlichkeit und das große ethische Spannungsfeld beim Thema PND widerspiegelt und die das Dilemma der betroffenen Paare deutlich macht.

Pränataldiagnostik stellt aber auch eine Herausforderung für Beraterinnen dar. Die PND-Beratung vor allem bei zu erwartender Behinderung des Kindes unterscheidet sich ganz wesentlich von anderen Schwangerschaftskonfliktberatungen und erfordert besondere Qualifizierung und die grundsätzliche Bereitschaft, sich auf das Thema PND einzulassen. Die Beraterin braucht medizinische Grundkenntnisse über Untersuchungsmethoden und die häufigsten vorgeburtlich festzustellenden Krankheiten und Behinderungen, aber auch über späte Schwangerschaftsabbrüche. Es handelt sich in der Regel um gewünschte, häufig lang ersehnte oder reproduktionsmedizinisch erzeugte Schwangerschaften. Entscheidungen im Kontext von PND sind oft mit einer besonderen Tragik verbunden, Themen wie Trauer, Tod und Abschied nach einem späten Schwangerschaftsabbruch oder der Begleitung von Paaren, die ein krankes oder behindertes Kind erwarten, kommen besondere Bedeutung zu. Zudem handelt es sich häufig um Kriseninterventionen, die ein hohes Maß an Flexibilität, gute Erreichbarkeit und verlässliche Kooperationen erfordern, um Frauen und Paare angemessen zu begleiten.

Pränataldiagnostik ist ein selbstverständlicher Teil in der Schwangerenberatung und jede Schwangerenberaterin muss über eine Basisqualifikation in der PND-Beratung verfügen. Trotzdem kommen bundesweit in den meisten Beratungsstellen nur wenige Frauen mit diesem Anliegen an. In Baden-Württemberg wurden deshalb 2010 fünf sogenannte Informations- und Vernetzungsstellen Pränataldiagnostik eingerichtet, die trägerübergreifend und überregional die Information und Beratung vor, während und nach PND qualitativ weiterentwickeln und das Beratungsangebot in der Fläche verankern sollen. Jede der inzwischen vier IUUV-Stellen betreut zwischen 40 und 50 Schwangerenberatungsstellen in allen Fragen rund um PND (www.pnd-beratung.de).

Die Erfahrungen der IUUV-Stelle decken sich mit den Ergebnissen der Studie (Simb-pnd) von Frau Prof. Woopen im Auftrag des BMSFSJ. PND-Beratungen finden vor allem im Umfeld von pränataldiagnostischen Zentren statt und hängen ganz wesentlich von verbindlichen Kooperationen und Netzwerken ab. Dort wo Ärztinnen/Ärzte und Beraterinnen/Berater ins Gespräch kommen und sich kennenlernen, sei es durch Fallbesprechungen, interprofessionelle Qualitätszirkel, runde Tische oder Hospitationen, gelingt es, gegenseitiges Verständnis und Wertschätzung für die unterschiedlichen Arbeitsweisen und Beratungsverständnisse zu schaffen. Dabei geht es häufig darum zu vermitteln, was die psychosoziale Beratung besonders im Vergleich zur medizinischen Beratung ausmacht.

Im Zentrum der psychosozialen Beratung bei PND stehen die schwangere Frau und ihr Partner mit ihrem persönlichen Erleben. Paare kommen oft in die Beratung unter Zeitdruck und überfordert von medizinischen Fakten und Zahlen. Die Beratung bietet einen geschützten Raum und Zeit, um über Gefühle zu sprechen und wieder „zu sich“ zu kommen. Sie soll Entscheidungskompetenzen fördern und Ressourcen stärken und Paare darin unterstützen, eine selbstbestimmte und auch in der Zukunft tragfähige Entscheidung zu treffen. Manchmal bedeutet psychosoziale Beratung aber auch lediglich „halten und aushalten“.

Familienplanung: Der richtige Zeitpunkt in der beruflichen Entwicklung?

Moderation: Prof. Dr. Holger Wunderlich

Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften, Hochschule Braunschweig/Wolfenbüttel

Den richtigen Zeitpunkt gibt es nie? Das gilt vor allem für die Abstimmung der Familienplanung auf die Pläne für eine berufliche Entwicklung. Die beiden Beiträge aus der Forschung zeigen auf, wie Frauen darüber denken.

Der erste Beitrag (Prof. Dr. Cornelia Helfferich, Freiburg) nimmt, gestützt vor allem auf die qualitativen Interviews der Studie „frauen leben 3“, in den Blick, was die Vereinbarkeit von Beruf und Familie und eine berufliche Unsicherheit für den Kinderwunsch und die Entscheidung über eine ungewollte Schwangerschaft



bedeuten. Er zeigt die Sorgen der Befragten bezogen auf Benachteiligungen an beruflichen Übergängen (z. B. Antritt einer Ausbildungs- oder neuen Arbeitsstelle, Wiedereinstieg) und Diskriminierungen als Mütter auf dem Arbeitsmarkt. Der zweite Beitrag (Dr. Silja Matthiesen, Hamburg) behandelt die spezielle Gruppe der Studierenden und bezieht die Frage des Sexualverhaltens und der Verhütung mit ihrem Einfluss auf das Eintreten von Schwangerschaften ein. Nur wenige Studentinnen bekommen, wie früher auch, im Studium ein Kind. Aus drei Umfragen bei Studierenden 1966, 1996 und 2012 ergibt sich aber weiter, dass sich das dahinter stehende sexuelle Verhalten, die Verhütung und Schwangerschaftsabbrüche verändert haben.

Beide Studien bestätigen die Bedeutung der eigenständigen finanziellen Absicherung für eine Familiengründung, verbunden damit, dass die Ausbildungs- oder Studienphase als „nicht der richtige Zeitpunkt“ für ein Kind gesehen wird. Dahinter steht die Verantwortung der Elternschaft, die individualisiert und privat übernommen werden muss. Die Bedeutung der sicheren Verhütung, wenn über einen längeren biografischen Zeitraum keine Schwangerschaft trotz sexueller Aktivität eintreten soll, wird erkennbar. Beide Studien berichten zudem Ost-West-Unterschiede. In der Diskussion wird die Bedeutung einer beruflichen Unsicherheit bestätigt und auf mehrere Probleme hingewiesen: So trägt dann, wenn in der Elternzeit Arbeitsverhältnisse enden (bei Befristungen oder betriebsbedingten Kündigungen), die Arbeitsplatzgarantie nicht und die Existenzsicherung für junge Eltern in der Ausbildung ist unzureichend geregelt.



Ungewollte Schwangerschaften in beruflichen Schwellensituationen – Ergebnisse der Studie „frauen leben 3“

Prof. Dr. Cornelia Helfferich, Sozialwissenschaftliches Frauenforschungsinstitut Freiburg (SoFFI F.)



Wenn bislang diskutiert wurde, wie sich die Erfordernisse der Erwerbstätigkeit auf die Familienplanung auswirken, stand vor allem die Frage der schwierigen Vereinbarkeit von Beruf und Familie im Vordergrund. In der Studie „frauen leben 3“ wird das Augenmerk auch auf berufliche Schwellensituationen, also auf die Situation der Frauen gerichtet, die (noch) nichts im eigentlichen Sinn zu vereinbaren haben, weil sie gerade erst dabei waren, einen Ausbildungs- oder einen (ersten) Arbeitsplatz anzutreten und dann (ungewollt) schwanger wurden. Ein Fazit: Die Sorgen der Frauen, die einen festen Arbeitsplatz und Vereinbarkeitsprobleme haben, sollten von den Sorgen der Frauen unterschieden werden, die (noch) keinen Ausbildungsabschluss oder festen Arbeitsplatz haben oder diesen verlieren.

Eine schwierige Vereinbarkeit lag am häufigsten bei Schwangerschaften im mittleren Alter vor und wurde mit höherer Bildung häufiger genannt. Wenn Schwangerschaften in Situationen eingetreten waren, für die nur Vereinbarkeitsprobleme, aber keine berufliche und finanzielle Unsicherheit angegeben war, lag der Anteil ungewollter an allen Schwangerschaften mit 19 % nur knapp über dem Durchschnitt und mit 27 % wurden unterdurchschnittlich wenig ungewollte Schwangerschaften abgebrochen. Wenn nur eine berufliche und finanzielle Unsicherheit, nicht aber ein Vereinbarkeitsproblem angegeben war, lag der Anteil ungewollter Schwangerschaften mit 28 % deutlich höher und fast jede zweite ungewollte Schwangerschaft wurde abgebrochen (46 %). War die berufliche Situation unsicher und es gab Vereinbarkeitsprobleme, waren 43 % aller eingetretenen Schwangerschaften ungewollt und davon wurden 54 % abgebrochen. Zu beachten ist, dass z. B. Selbständige, die ihr Arbeitspensum nur schwer reduzieren können, besondere Vereinbarkeitsprobleme haben.

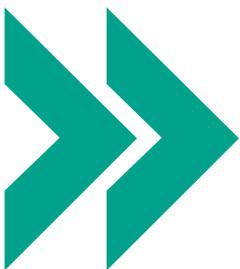
Die qualitativen Interviews zeigen, warum Frauen in beruflichen Schwellensituationen nicht schwanger werden wollten und warum sie dann überlegten, eine Schwangerschaft abzubrechen. Beim *Übergang in eine Ausbildung* wurde die Sorge geäußert, die Zusage für den Ausbildungsplatz zu verlieren, die Ausbildung länger unterbrechen zu müssen und in Folge den Abschluss zu gefährden. Die Ausbildungsplatzsuche als junge Mutter wurde schwierig eingeschätzt. „Wer nimmt mich denn dann noch mit Kind in der Ausbildung? Das macht keiner.“ Eine Ausbildung wird generell als wichtig und notwendig angesehen. Ein Ausbildungsplatz gilt als persönliche „Chance“, die man ergreifen muss. Dies ist besonders wichtig, wenn eine vorherige Ausbildung abgebrochen oder ein Ausbildungsplatz lange vergeblich gesucht wurde. Die Zusage, die Ausbildung

beenden oder später antreten zu können, wurde mehrfach als Grund für das Austragen der Schwangerschaft erwähnt.

Sowohl beim *Ersteinstieg in den Beruf* als auch beim *Wiedereinstieg nach einer längeren Pause oder nach dem Ende eines befristeten Arbeitsverhältnisses während der Elternzeit* muss ein neuer Arbeitsplatz gefunden werden. Hier befürchteten insbesondere Frauen ohne Partner und/oder bereits mit Kindern eine lange und enttäuschende Stellensuche. Beraterinnen bestätigen: „Schwierig ist es nicht, einen Job zu finden, sondern einen Job, der vereinbar ist mit Kind“. Andere hatten die Sorge, eine gerade gegründete selbstständige Existenz wieder aufgeben zu müssen. Nach dem Abschluss einer beruflichen Ausbildung galt die Sorge der Übernahme in den Betrieb mit einem Kind. „Ich habe das verheimlicht, weil ich Angst hatte, der schmeißt mich sonst nach der Ausbildung direkt raus.“ Auch die erste Zeit an einer neuen Arbeitsstelle gilt als ungünstig: „Weil ich wollte jetzt auch nicht grade ein halbes Jahr arbeiten und dann schon wieder aussteigen müssen.“ Hier geht es nicht um die Vereinbarkeit von Karriere und Familie, sondern, wie auch Beraterinnen bestätigen, um befürchtete oder erlebte Diskriminierungen von Müttern insbesondere bei der Einstellungspraxis auf dem Arbeitsmarkt.

Die Bewertung einer ungewollten Schwangerschaft hängt (auch) davon ab, wie sicher die Zukunftsperspektive ist. Und zur Zukunftsperspektive gehört für Frauen heute eine eigene Erwerbsperspektive. Eine Bedeutung haben die Länge, die (mit der Zahl der Kinder verbundene) Häufigkeit der Unterbrechungen sowie der Abstand zwischen ihnen. Ein familiales, privates Netz der Unterstützung erleichtert die Stellensuche.

Frauen in den alten und in den neuen Bundesländern erlebten die Unsicherheit anders. Frauen aus den alten Bundesländern sahen sich eher persönlich abhängig von Entscheidungen eines „Chefs“. Frauen aus den neuen Bundesländern hielten Erwerbschancen für Mütter eher für einen selbstverständlichen Anspruch. Insgesamt verdient der Einfluss beruflicher Unsicherheit auf die Familienplanung angesichts der zunehmend flexiblen Arbeitsverhältnisse und der Notwendigkeit einer eigenständigen Absicherung von Frauen eine stärkere Beachtung.



Familienplanung von Studentinnen

Dr. Silja Matthiesen, pro familia Hamburg/Universität Hamburg



Das reproduktive Verhalten von Akademikerinnen ist seit vielen Jahren Gegenstand sozialwissenschaftlicher Forschung und politischer Anstrengungen. Die Datenlage zeigt eindeutig, dass sich sehr konstant nur eine Minderheit von jungen Frauen (ca. 5 %) dafür entscheidet, während des Studiums Kinder zu bekommen. Die langen Ausbildungszeiten von Akademikerinnen in Deutschland, das Ideal der „verantworteten Elternschaft“ und das weiterhin verbreitete Phasenmodell, das abwechselnde Erwerbs- und Familienphasen propagiert, führen zu einem durchgesetzten Muster der „verzögerten Familiengründung“, d. h. des Aufschubs der Geburt des ersten Kindes bis nach dem Studium. Damit einher gehen verschiedene Probleme: Eine hohe Kinderlosigkeit von Akademikerinnen (von den Frauen mit Promotion bleiben mehr als 30 % kinderlos), hohe Schwangerschaftsabbruchraten in der Altersgruppe der 20- bis 30-jährigen Frauen sowie eine erhebliche Differenz zwischen idealem und realisiertem Kinderwunsch bei hochgebildeten Frauen. Unsere repräsentativen Studentenbefragungen aus den Jahren 1966, 1981, 1996 und 2012 ermöglichen es, Vorkommen und Häufigkeiten von Schwangerschaften, Geburten und Schwangerschaftsabbrüchen an vier Kohorten junger, hochgebildeter Frauen zu untersuchen, für die zum Teil unterschiedlichen Fassungen des § 218 gültig waren. Darüber hinaus haben wir die einmalige Möglichkeit, die Veränderungen des reproduktiven Verhaltens im Kontext mit den gravierenden Veränderungen des Sexualverhaltens und des Verhütungsverhaltens der letzten 45 Jahre zu analysieren.

Die Studien

Zwischen 2011 und 2013 wurde am Hamburger Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) eine deutschlandweite repräsentative Fragebogenerhebung durchgeführt. 2082 Studierende an 15 Universitäten wurden im Jahr 2012 zu ihren sexuellen Erfahrungen, zu ihrer sexuellen Gesundheit, zu den Erfahrungen mit gewollten und ungewollten Schwangerschaften sowie zum Umgang mit den sexuellen Angeboten des Internets befragt. Die Besonderheit dieser Studie liegt darin, dass sie schon 1966, 1981 und 1996 durchgeführt wurde und somit die einmalige Gelegenheit bietet, den Wandel des Sexual- und Beziehungsverhaltens in Deutschland für die soziale Gruppe der jungen, akademisch gebildeten Frauen und Männer über einen Zeitraum von 45 Jahren systematisch zu beschreiben. Die jüngste Stichprobe dieser quantitativen Untersuchung aus dem Jahr 2012 wird zudem durch eine qualitative leitfadengestützte Interviewstudie mit 135 Studierenden ergänzt, die die oben genannten Themen vertieft und um eine detaillierte

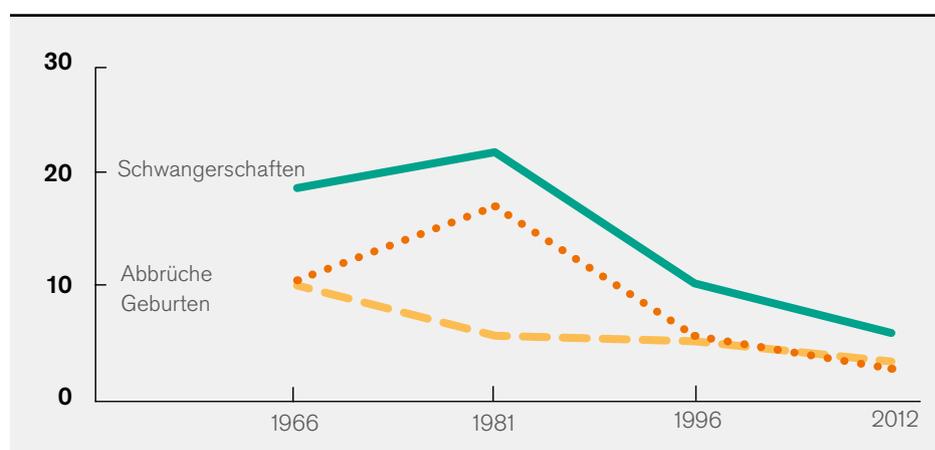


Exploration der Aspekte Verhütung, Erfahrungen mit Schwangerschaft, Kinderwunsch und Vorstellungen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf erweitert.¹

Ergebnisse

Wir finden in den vier untersuchten Generationen eine massive Veränderung des Vorkommens von Schwangerschaften, Geburten und Schwangerschaftsabbrüchen. Diese lassen sich als vier reproduktive Muster beschreiben (vgl. nachfolgende Abbildung): 1966 haben besonders viele Frauen während des Studiums ein Kind geboren; 1981 besonders viele eine Schwangerschaft abgebrochen; 1996 ist das Vorkommen von Schwangerschaftsabbrüchen sehr viel geringer als 1981 und deutlich geringer als 1966; 2012 haben sich die Schwangerschaften gegenüber 1996 noch einmal fast halbiert.

Schwangerschaften, Geburten und Schwangerschaftsabbrüche^{*,**} (in %)



* 20- bis 30-jährige Studentinnen, nur koituserfahrene Frauen

** 1966 und 1981 nur Daten für die alten Bundesländer (BRD), 1996 und 2012 Daten für alte und neue Bundesländer.

Diese Daten sind in zweierlei Hinsicht aufschlussreich. Sie zeigen erstens, dass das reproduktive Verhalten von Frauen nur sehr begrenzt von gesetzlichen und politischen Regelungen steuerbar ist. 1966 war in der damaligen BRD ein Schwangerschaftsabbruch rechtswidrig und mit Gefängnisstrafe bedroht – gleichwohl haben deutlich mehr Studentinnen eine Schwangerschaft abgebrochen als 1996 und 2012 – unter sehr viel liberaleren rechtlichen Rahmenbedingungen. Aber nicht nur Verbote, auch politische Förderungen setzen sind nicht eins zu eins in veränderte Familienplanung um: Seit mehr als zehn Jahren ist es ein politisches Anliegen, mehr Kinder im Studium durch vielfältige unterstützende Maßnahmen an Universitäten und finanzielle Förderung zu ermöglichen. Gleichwohl sind die Geburtenzahlen von Studentinnen 2012 so niedrig wie niemals zuvor.

Wir sehen zweitens den schon oben beschriebenen gesellschaftlichen Trend zum Aufschub der Geburt des ersten Kindes. Dieser bedeutet, dass Frauen Sexualität und Fortpflanzung aktiv über einen langen biografischen Zeitraum trennen müssen – durch konsequente, sorgfältige Verhütung – und wir sehen, dass ihnen dies offensichtlich in der überwiegenden Mehrheit sehr gut gelingt.

¹ Die quantitative Fragenbogenstudie wurde durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) gefördert, nähere Informationen unter dfg.studentensexualität.de. Die qualitative Interviewstudie wird durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gefördert, nähere Informationen unter bzga.studentensexualität.de.

Verhütung, Schwangerschaftsberatung und Schwangerschaftsabbruch: Regelungen und Diskussionen in europäischen Ländern

Moderation: **Olaf Kapella**

Österreichisches Institut für Familienforschung, Universität Wien



In der Schweiz, den Niederlanden und England sind – jeweils vor dem Hintergrund länderspezifischer Traditionen, Kräfteverhältnisse und Versorgungsstrukturen – unterschiedliche Regelungen des Zugangs zu Verhütung und zu Schwangerschaftsabbrüchen sowie eine unterschiedliche Ausgestaltung der Rolle der Beratung zu finden. In dem Workshop wird gefragt, was man aus diesen unterschiedlichen Erfahrungen lernen kann.

Die Referentinnen berichten über die Organisation, die sie vertreten, bzw. über die Organisation der Versorgung im Bereich reproduktiver und sexueller Gesundheit, über die Regelungen zur Erhältlichkeit von Verhütungsmitteln und von Notfallkontrazeption sowie über Regelungen für einen Schwangerschaftsabbruch.



Die Schweiz: Sexuelle und reproduktive Gesundheit

Dr. med. Marina Costa, Sexuelle Gesundheit Schweiz



Die vertretene Organisation: Dachverband „Sexuelle Gesundheit Schweiz“

„Sexuelle Gesundheit Schweiz“ ist ein freier Träger (NGO) und die Dachorganisation für alle Familienplanungsstellen sowie für die Stellen, die Sexualpädagogik anbieten. „Sexuelle Gesundheit Schweiz“ bietet Beratung und Aus- und Weiterbildung für Fachpersonal und stellt Informationsmaterialien bereit. Sie stellt im Sinne der Qualitätssicherung Leitfäden für Beratungsgespräche und für Inhalte der Sexualpädagogik zusammen und bietet methodisch-didaktische Tools, welche Inhalte wie an Menschen verschiedener Entwicklungsstufen vermittelt werden können. Wichtige Kooperationspartner sind die AIDS-Hilfe Schweiz und das Bundesamt für Gesundheit. „Sexuelle Gesundheit Schweiz“ wirkt über ihre Mitglieder bei der praktischen Umsetzung nationaler Programme wie etwa dem Programm „HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen“ mit und setzt sich dafür ein, dass alle vulnerablen Gruppen Zugang zu Familienplanung haben. „Sexuelle Gesundheit Schweiz“ nimmt auch politisch Einfluss und leistet Lobbyarbeit. Die Organisation ist international vernetzt, Mitglied des IPPF und Partnerin von „Countdown to 2015 Europe“.



Die Familienplanungsstellen des Dachverbands sind über alle Schweizer Kantone verteilt. Sie bieten Beratung und z. B. sexualpädagogische Einheiten für Schulen und im außerschulischen Bereich. Jeder Kanton organisiert die Familienplanungsstellen in anderer Form: Einige sind an Spitäler angegliedert, andere den Sozialabteilungen unterstellt, wieder andere gehören zu den Ressorts Gesundheit bzw. Bildung. Die Finanzierung wird daher unterschiedlich gehandhabt und die politischen Meinungsträger kommen aus unterschiedlichen Richtungen. Entsprechend breit muss der Dachverband seine Lobbyarbeit betreiben und das nimmt bei 26 Kantonen viel Zeit und Aufmerksamkeit in Anspruch. Der jüngste Erfolg des Dachverbands war die Ablehnung der Initiative „Abtreibungsfinanzierung ist Privatsache“, die dafür eintrat, dass die Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch aus dem Krankenkassenobligatorium gestrichen werden sollen. Die Argumente des Dachverbands, dass dies das Prinzip der Solidarität untergrabe, die Frauen bestrafe, Männer aus ihrer Verantwortlichkeit entlasse und schlussendlich kein Geld spare, überzeugten und die Initiative wurde mit grosser Mehrheit abgelehnt.

Familienplanung und Verhütung

In allen Kantonen der Schweiz gibt es Familienplanungsstellen, an die Männer und Frauen sich mit ihren Fragen zu sexueller Gesundheit wenden können. Ziel dieser Stellen ist es, allen Menschen, gerade auch vulnerablen Gruppen, Zugang zu hochwertiger Beratung zu verschaffen und Frauen in ihrem Recht zu stärken, frei zu entscheiden, ob, wie und wann Kinder geboren werden sollen. Man kann sich dort umfassend und kostenfrei über die verschiedenen Verhütungsmethoden beraten lassen.

Die Kosten für die Verhütungsmittel werden aber grundsätzlich nicht übernommen. Dies kann insbesondere für vulnerable Gruppen, wie Asylsuchende, „Sans Papiers“ und Personengruppen, die durchs soziale Netz gefallen sind, wegen mangelnder finanzieller

Möglichkeiten zum Problem werden. Einige Familienplanungsstellen haben die Möglichkeit, für Härtefälle eigene Fonds einzurichten.

Hormonelle Verhütungsmittel wie die Pille sind rezeptpflichtig. Das Rezept kann jeder niedergelassene Arzt ausstellen; eine gynäkologische Untersuchung ist dafür nicht nötig. Notfallverhütung ist dagegen rezeptfrei in Apotheken erhältlich. Unter 16-Jährige müssen sich vor dem Erwerb der „Pille danach“ in der Apotheke oder einer Familienplanungsstelle (kostenlos) beraten lassen. Die Verkaufspreise sind unterschiedlich und liegen zwischen 14 SFr und 45 SFr; in manchen Familienplanungsstellen wird sie gratis abgegeben. Seit kurzer Zeit ist auch die „EllaOne“ in der Schweiz erhältlich. Dies ist eine Erleichterung, da viele Frauen schon früher danach gefragt hatten, weil sie der Meinung waren, dass man bei dieser „Pille danach“ länger Zeit mit der Einnahme hat.

Rahmenbedingungen für den Schwangerschaftsabbruch

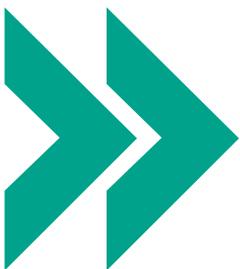
Die Schweiz folgt einer Fristenregelung, nach der ein Schwangerschaftsabbruch in den ersten zwölf Wochen straflos ist. Ein Nachweis einer Beratung ist nicht erforderlich. Nach der 12. Woche ist ein Abbruch straflos, wenn eine ärztliche Diagnose einer Gesundheitsgefahr besteht. Je später der Abbruch erwogen wird, desto gravierender muss diese Diagnose sein. Abbrüche nach der 18. Woche werden in der Schweiz nicht durchgeführt. Die Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch werden grundsätzlich von der Krankenkasse übernommen.

Unter 16-Jährige müssen sich vor dem Abbruch obligatorisch beraten lassen. Es gibt Familienplanungsstellen oder Arztpraxen mit entsprechend weitergebildeten Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen, die diese Beratungen anbieten dürfen. Für jeden Kanton gibt es eine Liste dieser Stellen. Frauen, die älter als 16 sind, brauchen keinen Beratungsschein. Sie können sich in einer Familienplanungsstelle informieren, welche Möglichkeiten des Abbruchs es gibt. Der Abbruch selbst wird ambulant oder im Krankenhaus von Gynäkologen durchgeführt.

Die Schwangerschaftsabbruchrate der Schweiz gehört mit 6,4 Abbrüchen auf 1.000 Frauen im Alter von 15 bis 44 Jahren zu den niedrigsten in Europa. Im Jahr 2013 wurden 10.444 Abbrüche durchgeführt. Die Abbruchrate bei Jugendlichen zwischen 14 und 19 Jahren lag bei vier Abbrüchen auf 1.000 Jugendliche.

Eine Besonderheit in der Schweiz: Die Ecopop-Initiative

Aktuell ist die Ecopop-Initiative „Stopp der Überbevölkerung der Schweiz – zur Sicherung der natürlichen Lebensgrundlagen“ eine große Herausforderung. Sexuelle Gesundheit Schweiz ist aktiv in einer Kampagne gegen diese Initiative, die Zuwanderung auf ein Minimum beschränken und die Entwicklungshilfe an die Förderung der Familienplanung in den Empfängerländern koppeln will. Der Plan verstößt gegen die Grundlagen des Aktionsprogramms von Kairo. In der Advocacy-Arbeit gegen vergleichbare Initiativen haben sich zwei Wege besonders bewährt: proaktive Kampagnen, bei denen die Bevölkerung regelmäßig mit Fachinformationen in verständlicher Sprache breit versorgt wird, und der gezielte Kampf gegen eine bestimmte Initiative zusammen mit politischen Verbündeten und in lokalen Netzwerken. Nicht zu vergessen: Es wird immer gewisse Kreise geben, die keine Argumente akzeptieren, wie etwa Komitees von „Marche Blanche“ oder „Anti Choice“. Hier sollte man versuchen, mit Respekt in eine Diskussion einzusteigen, gleichzeitig ihre Wirkung einzuschränken und sich selbst klar zu distanzieren.



Die Niederlande: Sexuelle und reproduktive Gesundheit – Verhütung und Schwangerschaftsabbruch

Dr. Ineke van der Vlugt, Rutgers WPF Niederlande



NGO Rutgers

Rutgers ist eine nichtstaatliche Organisation (NGO) mit dem Ziel, das freie Erleben von Sexualität und die sexuelle und reproduktive Gesundheit, zusammen mit den entsprechenden Rechten, zu fördern. In den Niederlanden liegt der Schwerpunkt bei Bildungsmaßnahmen und dabei, einen breiten Zugang zu verständlichen Informationen und Dienstleistungen zu sichern. International wird die politische Ebene angesprochen und die Öffentlichkeit sensibilisiert. Eine besondere Aufmerksamkeit gilt Frauen, Jugendlichen und marginalisierte Gruppen.

Die Organisation Rutgers führt Forschungen zu Verhütung, Jugendsexualität und Schwangerschaftsabbrüchen durch und evaluiert Maßnahmen und Präventionsprogramme. Weitere Aufgabengebiete sind die Entwicklung von Präventionsprogrammen für Jugendliche und von sexualpädagogischen Angeboten, die Unterstützung von Professionellen, die Verbreitung von Informationen, Öffentlichkeitsarbeit und Lobbyarbeit, z. B. mit dem Eintreten für sichere Schwangerschaftsabbrüche und für einen leichten Zugang zu verlässlicher und erschwinglicher Verhütung. Es werden Online-Tools entwickelt, die auf die jeweilige Zielgruppe – Professionelle, Ratsuchende oder Jugendliche – zugeschnitten sind. Solche E-Health Angebote sind weit verbreitet und werden breit genutzt, sodass sich auch bildungsfernere Gruppen leicht informieren können.

Die Organisation der Versorgung allgemein

Im niederländischem Gesundheitssystem spielen „Family Doctors“ eine zentrale Rolle bei allen Fragen der Familienplanung: Sie beraten kostenfrei zu Verhütungsmethoden, stellen entsprechende Rezepte aus, beraten Frauen vor und nach einem Schwangerschaftsabbruch und sind Ansprechpartner für medizinische Fragen. Seit kurzer Zeit sind neben den „Family Doctors“ auch Hebammen für Verhütungsberatung zuständig und stellen Rezepte aus, ebenso beraten die „Abortion Clinics“ (Kliniken für Schwangerschaftsabbrüche) obligatorisch zu Verhütung. Für die „Family Doctors“ gibt es Richtlinien zur Verhütungsberatung. Vor einigen Jahren war diese hauptsächlich auf die Pille fokussiert. Um eine Wahlfreiheit für die Frauen zu gewährleisten, soll jetzt stärker zu den Vor- und Nachteilen der gesamten Palette an Verhütungsmitteln beraten werden. Ein spezielles kostenloses „jugendfreundliches“ Angebot für Beratung („Sense“) richtet sich online und offline an Jugendliche ab 12 Jahre und bis 25 Jahre mit allen Informationen zu sexueller Gesundheit, speziell auch zu Verhütung.



Eine vergleichbare Richtlinie für die Beratung bei einer ungewollten Schwangerschaft durch die „Family Doctors“ ist in Arbeit. Seit letztem Jahr liegt die Abbruchberatung ganz im Zuständigkeitsbereich der „Family Doctors“, da die Finanzierung von FIOM, der Organisation, die die Beratung bis dahin angeboten hatte, gestrichen wurde. Noch ist die lokale Expertise der „Family Doctors“ und Hebammen bezogen auf Beratung zu Verhütung und Schwangerschaftsabbruch sehr unterschiedlich ausgeprägt.

Zugang zu und Verbreitung von Verhütung und Notfallverhütung

Verhütungsmittel werden Frauen unter 21 Jahren komplett von einer Basisversicherung, in der alle Einwohner und Einwohnerinnen gegen einen niedrigen Jahresbeitrag versichert sind, erstattet. Frauen über 21 Jahre brauchen eine Zusatzversicherung, um die Kosten erstattet zu bekommen. Diese kostet 100 € bis 150 € im Jahr; es werden auch Kondome erstattet.

Die Pille ist nach wie vor populär (30,6 %), gefolgt vom Kondom (6,7 %) und der Kombination beider Methoden (4,9 %). Alle anderen Methoden werden vergleichsweise wenig genutzt. Die Nutzung der Hormonspirale steigt und liegt bei 6,8 %. Insgesamt liegt die Verhütungsrate bei 69,3 %. Allgemein ist die Zufriedenheit mit den Verhütungsmethoden hoch, aber immerhin 40 % der Frauen, die verhüten, befürchten, trotzdem schwanger zu werden, und eine von sechs Frauen möchte ihre Methode wechseln. 20 % der Pillen-Nutzerinnen gaben an, mindestens einmal in den letzten sechs Monaten die Einnahme vergessen zu haben.

Im Alter von 17 Jahren haben 50 % der Jugendlichen ihren ersten Geschlechtsverkehr erlebt. Beim ersten Geschlechtsverkehr ist der Gebrauch von Kondomen weit verbreitet (70 % der Jungen und etwas mehr Mädchen). Dies könnte ein Effekt der jährlichen Safer-Sex-Kampagnen, der langen Tradition der Sexualaufklärung an den Schulen und des guten Zugangs zu Verhütung sein. Allerdings gaben 7 % bis 12% der Jugendlichen an, beim ersten Mal gar nicht verhütet zu haben.

Die Verhütungsrate bei Jugendlichen ist hoch, aber das gilt nicht für alle Gruppen gleichermaßen. Auf 1.000 Mädchen unter 20 Jahre kommen 6,5 Schwangerschaftsabbrüche; die Schwangerschaftsabbruchrate von Mädchen mit antillischem und surinamischem Hintergrund ist etwa fünfmal so hoch.

Notfallverhütung ist rezeptfrei in Drogerien erhältlich. Es wird geschätzt, dass jährlich etwa 200.000 mal die „Pille danach“ verkauft wird; wie oft sie eingenommen wird, lässt sich daraus nicht schließen, weil viele Mädchen nicht nur Kondome, sondern auch die „Pille danach“ im Haus haben. Die meisten Nutzerinnen sind zufrieden mit der leichten Zugänglichkeit von Notfallverhütung, weniger mit den Kosten, die bei 15 € liegen. Die „typische“ Nutzerin hat keinen Migrationshintergrund, ist jung, kinderlos und hochgebildet. Die Gründe für eine Nicht-Nutzung von Notfallverhütung liegen vor allem darin, dass die „Pille danach“ als eine Abtreibungspille angesehen wird (56 %), dass das Risiko, schwanger zu werden, als gering eingestuft wird (27 %) und gesundheitliche Nebenwirkungen (10 %) und Einschränkungen der Fruchtbarkeit (8 %) befürchtet werden. Insgesamt stellt die Notfallverhütung eine noch wenig genutzte Möglichkeit der Familienplanung dar.

Schwangerschaftsabbrüche: Erhältlichkeit und Verbreitung

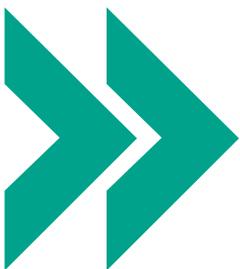
Ein Schwangerschaftsabbruch ist in den Niederlanden bis zur 24. Woche möglich. Eine medizinische Indikation oder Verordnung ist nur nach der 20. Schwangerschaftswoche notwendig. Dem Selbstbestimmungsrecht der Frau wird in diesem Bereich große Bedeutung zuerkannt. Nach einer Beratung beim „Family Doctor“ muss eine Bedenkfrist von mindestens fünf Tagen eingehalten werden, danach kann der Abbruch in einer der 14 „Abortion Clinics“ oder in einem qualifizierten Krankenhaus durchgeführt werden. Die Kosten trägt für Niederländerinnen der Staat. Mädchen unter 16 Jahren brauchen die Einwilligung ihrer Eltern; wenn dies aber schwierig ist, können sie die Einwilligung auch von einem „Family Doctor“ oder einer Sozialarbeiterin bekommen.

Die Schwangerschaftsabbruchrate liegt seit einigen Jahren relativ stabil bei etwa acht Abbrüchen auf 1.000 Frauen zwischen 15 und 44 Jahren. 80 % der Abbrüche finden vor der 13. Schwangerschaftswoche statt. 36 % der Abbrüche betreffen Frauen, die bereits einen Abbruch durchführen ließen. Zwei Drittel der Frauen gaben an, zum Zeitpunkt des Eintritts der ungewollten Schwangerschaft verhütet zu haben; 32 % nahmen die Pille, 24 % benutzten ein Kondom, ein Drittel verhütete nicht. Zwar werden Verhütungsmittel benutzt, aber offenbar nicht effektiv. Die Pille ist zwar weit verbreitet, aber nicht so effektiv wie länger wirksame Formen der Verhütung. Allerdings sind Frauen aus Hochrisikogruppen schwer zu motivieren, diese Methoden anzuwenden.

Die Abbruchrate bei 20- bis 25-jährigen Frauen ist höher als bei allen anderen Altersgruppen. Diese Gruppe bräuchte mehr Aufmerksamkeit; leider sind die meisten Präventionsprogramme auf Jugendliche ausgerichtet.







Großbritannien: Zugang zu Verhütung und Schwangerschaftsabbruch

Dr. med. Simone Reuter, Sherwood Forest Hospitals NHS Foundation Trust England



In Großbritannien ist eine Besonderheit, verglichen mit der Schweiz und den Niederlande, dass es so gut wie keine niedergelassenen Gynäkologen gibt. Die Gesundheitsversorgung, inklusive Verhütungsberatung, Schwangerschaftsbetreuung und, wenn der Arzt dazu bereit ist, auch Abbruchsberatung wird von Hausärzten abgedeckt oder von Gesundheitszentren des National Health Service oder von „Family Planning Clinics“. Diese sind heutzutage oftmals als „integrierte Zentren für sexuelle Gesundheit“ (integrated sexual health services) bekannt und führen auch Untersuchungen zur Erkennung von sexuell übertragbaren Infektionen durch. Dort arbeitet u. a. Fachpersonal für Verhütung und sexuelle Gesundheit.

Zugang zu Verhütung und Notfallverhütung und die Mittel der Wahl

In Großbritannien sind Verhütungsmittel grundsätzlich kostenfrei (und das ist ein großer Vorteil), aber die meisten sind verschreibungspflichtig. Rezepte stellt der Hausarzt aus oder Frauen besuchen die Verhütungssprechstunde in einem NHS-Zentrum. In diesen Zentren werden besonders die LARCs (Longer active reversible contraceptives) empfohlen. Für Hormonspirale, Implantat oder Drei-Monatsspritzen entscheiden sich ca. 30 % der Frauen, die dort eine Verhütungsberatung in Anspruch genommen haben. Auch die Pille gewinnt an Beliebtheit, ist aber nicht so verbreitet wie z. B. in Deutschland: Im Jahr 2012 überholte sie erstmalig das Kondom als das Mittel der Wahl bei jungen Frauen. Im Alter zwischen 16 und 34 Jahren verhüten 48 bis 54 % der Frauen mit der Pille; über 35 Jahren sinkt die Zahl auf 33 %.

Für Jugendliche ist die „Pille danach“ frei in der Apotheke erhältlich. Das Apothekenpersonal geht mit der betroffenen jungen Frau einen Fragebogen durch, um festzustellen, ob sie noch im richtigen Zeitraum ist, welche Probleme sie mit der Verhütung hatte und ob Beratungsbedarf besteht, sodass sie das nächste Mal besser verhütet. Danach bekommt sie das Medikament ausgehändigt. Zum Teil wird dies auch bei älteren Frauen so gehandhabt, sie können die „Pille danach“ aber auch ohne diese Beratung kaufen. Dies ist in den einzelnen Bezirken unterschiedlich geregelt.

Den Frauen, die zur Notfallverhütung eine „Contraception & Sexual Health clinic“ aufsuchen, wird die Spirale als Alternative zur „Pille danach“ angeboten: Die Spirale ist die effektivste Notfallverhütung und zweitens ist eine lange wirksame Verhütung gewährleistet. Studien aus Schottland zeigten nämlich: Das größte Risiko ist nicht un-

bedingt der aktuell unzureichende Schutz, sondern dass sich die Frau Tage oder Wochen später in der gleichen Situation nicht traut, noch einmal zu kommen. Auch können viele Frauen nicht abschätzen, wie hoch das Risiko tatsächlich ist, zu einem bestimmten Zeitpunkt schwanger zu werden. Allein der leichte Zugang zur „Pille danach“ kann eine Notfallverhütung nicht gewährleisten. Es bleibt die Frage, weshalb trotz des leichten und kostenfreien Zugangs zu Verhütungsmitteln in Großbritannien die Raten ungeplanter Schwangerschaften noch immer so hoch sind.

Unplanned, unwanted, unintended – Aktuelle Zahlen zu ungewollten Schwangerschaften und Rahmenbedingungen für einen Schwangerschaftsabbruch

Nach aktuellen Publikationen traten in 2013 etwa 50 % der Schwangerschaften in Großbritannien ein, ohne dass sie geplant und bewusst herbeigeführt wurden; der EU-Durchschnitt liegt bei etwa 45 %. Von diesen ungewollten Schwangerschaften wurden 40 % durch einen Schwangerschaftsabbruch beendet. Im Jahr 2013 lag die Abbruchrate bei 15,9 Abbrüchen auf 1.000 Frauen zwischen 15 und 44 Jahren – die niedrigste Rate seit 1997. Es wird daran gearbeitet, sie weiter zu senken. Etwa 37 % der Schwangerschaftsabbrüche betreffen Frauen, die bereits einen oder mehrere Abbrüche haben vornehmen lassen. Über die Hälfte der Abbrüche werden bei Frauen zwischen 20 und 29 Jahren durchgeführt, also im Alter der größten sexuellen Aktivität. 57 % der Frauen, die unbeabsichtigt schwanger wurden, haben verhütet.

Im Jahr 1998 lag die Rate von Teenagerschwangerschaften bei über 45 Schwangerschaften auf 1.000 Jugendliche. Daraufhin wurde eine nationale Strategie entwickelt: Es wurden jugendfreundliche Gesundheitszentren eingerichtet, es wurden mehr Gelder für Verhütungsmittel zur Verfügung gestellt und die LARCs propagiert. Auch wurde erstmals eine überregionale Medienkampagne zu Sexualaufklärung und Verhütung gestartet („Sex worth talking about“), was in Großbritannien, wo solche Themen in den Medien kaum präsent sind, ein echtes Novum war. Tatsächlich sank im Zuge der nationalen Strategie die Rate auf heute etwa 30 Schwangerschaften auf 1.000 Jugendliche unter 18 Jahren.

In England, Schottland und Wales wurde 1967 durch den Abortion Act gesetzlich festgelegt, dass unter bestimmten Bedingungen ein Schwangerschaftsabbruch stattfinden darf. In Nordirland, das eine andere Rechtslage hat, sind Schwangerschaftsabbrüche illegal. Nordirische Frauen müssen dafür nach England fahren und außerdem für den Abbruch bezahlen, während für englische Frauen ein Abbruch grundsätzlich kostenfrei ist.

Es gilt das sogenannte Indikationenmodell. Zwei Ärzte müssen bestätigen, dass eine der fünf Indikationen vorliegt: Gefahr für das Leben der Frau oder Gefahr einer dauerhaften schweren Schädigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit der Frau oder einer schweren körperlichen oder geistigen Schädigung des Kindes (für diese drei Indikationen gibt es keine das Gestationsalter betreffende Obergrenze), Gefahr einer Schädigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit der Frau oder der Kinder der Frau (für die beiden letzten Indikationen gilt eine Obergrenze von 24 Wochen).

Ärzte können aus Gewissensgründen ihre Mitarbeit an Schwangerschaftsabbrüchen ablehnen und die Frau an Kollegen verweisen. Auf die Frau darf kein Druck ausgeübt werden und ihr darf keine Hilfe verweigert werden.

Spätabbrüche sind relativ selten und werden in wenigen speziellen Zentren vorgenommen. Die meisten Abbrüche finden vor der 13. Schwangerschaftswoche statt. Chirurgische Schwangerschaftsabbrüche werden in lizenzierten Instituten oder Krankenhäusern durchgeführt. In der letzten Zeit haben deutlich billigere medikamentöse Abbrüche zugenommen und machen derzeit etwa zwei Drittel aller Abbrüche aus. Die Medikamente müssen in der Klinik/dem Institut verabreicht werden, der Fruchtabgang erfolgt entweder dort oder aber auch zu Hause.

Ist eine Frau schwanger geworden und ist sie unsicher, was sie tun soll, kann sie ihren Hausarzt oder ein NHS-Zentrum aufsuchen und sich dort beraten lassen. Möglichkeiten sind: Austragen und Behalten, Austragen und Adoption/Langzeitpflege oder Abbruch. Diese Gespräche sind vertraulich (ebenso für Mädchen unter 16 Jahren, die auch ohne elterliche Zustimmung behandelt werden können, solange sie bestimmten gesetzmäßige Auflagen zu Reife und Verständnis entsprechen). Außerdem ist es „good practice“, gleich in der Abbruchberatung zu besprechen, wie zukünftig verhütet werden soll. Viele Frauen empfinden einen Schwangerschaftsabbruch noch immer als eine Art Schmach, besonders wenn es sich um einen wiederholten Abbruch handelt. In den Beratungsstellen soll dem vorgebeugt werden und die Frauen werden respektvoll auf ihrem Weg begleitet.





Schwangerschaftsberatung: Wer wird wie erreicht?

Moderation: Prof. Dr. Daphne Hahn
Bundesverband pro familia, Frankfurt a. M.

Die Fragen, zu denen in der Schwangerschaft Beratung gesucht wird, sind inzwischen vielfältig geworden – Stichworte sind z. B. Pränataldiagnostik, finanzielle Unterstützung und vertrauliche Geburt. Umso wichtiger ist es, dass diese Beratungsangebote allen Frauen und Männern zu Gute kommen, insbesondere Frauen in Armutslagen. Sie sind eine wichtige Zielgruppe der Schwangerschaftsberatung, es ist aber auch bekannt, dass sie eine größere Distanz zu psychosozialen Beratungsangeboten haben als Frauen z. B. aus der Mittelschicht.



Die beiden Beiträge liefern Erkenntnisse, wer wie von den Angeboten der Schwangerschaftsberatung erreicht wird. Der erste Beitrag von Sabine Fähndrich (Freiburg) berichtet aus einer Befragung in der Schwangerschaftsberatung der Caritas und des Sozialdienstes der Katholischen Frauen, in der der Zugang zu Beratung, die unterschiedlichen sozialen Positionen der Beraterinnen und der Ratsuchenden sowie die Zufriedenheit der Ratsuchenden mit der Beratung erhoben wurden. Der zweite Beitrag von Christine Thielebein (Köln) zeigt mit den Daten der Evaluation der Bundesstiftung „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“, dass über das Angebot der Vermittlung finanzieller Hilfen in den Beratungsstellen vor allem Frauen in Armutslagen erreicht werden.

Bei beiden Projekten wurde der Zugang, insbesondere über die Zusammenarbeit mit der Gynäkologie, als noch unzureichend problematisiert. Ein Anliegen war, entsprechend dem eigentlichen Selbstverständnis der Beratung den Schritt von der reinen Vermittlung finanzieller Unterstützung hin zum Ansprechen einer darüber hinausgehenden psychosozialen Problemlage durch die Beraterin gehen zu können, damit die Ratsuchenden weiterführende Beratung nutzen können. Überhaupt sollte in der Öffentlichkeit stärker vermittelt werden, was die Beratungsstellen über finanzielle Hilfen hinaus leisten. Kritisch diskutiert wurden die (nach Bundesland unterschiedlichen, nachrangigen und damit aufwändigen) Vergaberegeln der „Mutter und Kind“-Stiftung, und, dass die finanzielle Not von Müttern grundlegender abgewendet werden sollte.



Beraterin – Beratene: Eine Verständigung über Milieus?

Ergebnisse einer Evaluation der Katholischen Schwangerschaftsberatung „Leben in verschiedenen Welten?!“

Sabine Fährdrich, Deutscher Caritasverband e. V., Freiburg



Die Katholische Schwangerschaftsberatung in Trägerschaft von Caritas und Sozialdienst katholischer Frauen (SkF) erreicht jährlich über 100.000 Ratsuchende. Diese befinden sich häufig in multiplen Belastungssituationen, oft in prekären Lebens- und Arbeitsverhältnissen, die durch eine (weitere) Schwangerschaft verschärft werden kann. Die Akteure des Fachbereichs haben sich in den letzten Jahren mit schwangerschaftsbedingten Not- und Armutslagen beschäftigt. Dabei stellt sich die Frage, ob die vermuteten unterschiedlichen Lebenslagen und Lebenswelten von Ratsuchenden und Berater(innen) einen Einfluss haben auf das Beratungsgeschehen, die Zufriedenheit und den Erfolg der Beratung.

Das Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Frankfurt a. M. (ISS) wurde auf der Grundlage dieses Kontextes durch den Deutschen Caritasverband und den Sozialdienst katholischer Frauen Gesamtverein beauftragt, im Rahmen einer quantitativen und qualitativen Befragung von Ratsuchenden und Berater(innen) wissenschaftliche Erkenntnisse zu folgenden Themen zu generieren:

- Zugänge der Ratsuchenden in die Schwangerschaftsberatung und deren Erwartungen an Beratung;
- Erwartungen der Berater(innen) an den Beratungsprozess
- Kommunikationsmöglichkeiten und -barrieren zwischen Berater(innen) und Ratsuchenden;
- Überprüfung der Beratungsinstrumente hinsichtlich ihrer Passgenauigkeit, Wirksamkeit und Nachhaltigkeit;
- Ableitung fachlicher und sozialpolitischer Konsequenzen zur Profilierung des Fachbereichs.

Zur Umsetzung des Forschungsauftrags und zur Sicherstellung der fachlichen und wissenschaftlichen Qualität des Forschungsvorhabens wurde eine Begleitstruktur für das Projekt entwickelt, bestehend aus einer Steuerungsgruppe, einem Projektteam und einem Projektbeirat.

Um die Forschungsaufgabe umsetzen zu können, haben Auftraggeber und Auftragnehmer in einem dialogischen Prozess drei erkenntnisleitende Forschungsfragen formuliert:

- Wie ist das Angebot der Einzelfallhilfe der Katholischen Schwangerschaftsberatung mit seinem gesamten Spektrum des kirchlichen und gesetzlichen Auftrags gestaltet,



damit die Ratsuchenden in ihren spezifischen Anliegen wirksame und passgenaue Unterstützung bekommen?

- Kommt das spezifische katholische Profil der Katholischen Schwangerschaftsberatung mit Blick auf die Bedarfe der Ratsuchenden zum Tragen?
- Wie muss die Katholische Schwangerschaftsberatung zukünftig aufgestellt sein, um den sich wandelnden Lebens- und Problemlagen der Ratsuchenden gerecht zu werden?

Im Rahmen des Forschungsprojekts wurden quantitative und qualitative Daten von Ratsuchenden und Berater(innen) erhoben. Die Untersuchung setzte sich aus fünf Modulen zusammen:

Modul 1: Explorative Interviews mit 5 Ratsuchenden, 4 Berater(innen), 2 Diözesanreferentinnen

Modul 2: Befragung von 603 Ratsuchenden, CATI-Befragung (CATI: Computer Assisted Telephone Interview)

Modul 3: Befragung von 482 Berater(innen), Online-Befragung = 72 % aller Berater(innen)

Modul 4 und 5: Sci:Vesco Befragung von 29 Ratsuchenden und 18 Berater(innen) computergestützt

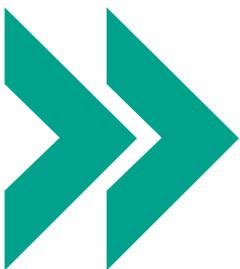
Die Ergebnisse zum Profil der Berater(innen) und Ratsuchenden belegen eindeutig, dass beide Gruppen tatsächlich in unterschiedlichen Welten leben. Sichere Beschäftigungsverhältnisse stehen prekären Arbeitssituationen gegenüber. Ein hoher Bildungsstand, mehr Lebens- und Berufserfahrung aufseiten der Berater(innen) stehen niedrigem Bildungsstand und weniger Lebenserfahrung seitens der Ratsuchenden gegenüber. Die Berater(innen) sind tendenziell mit ihrer Lebenssituation zufriedener als die Ratsuchenden, auch wenn es zwischen beiden Gruppen eine erstaunliche Nähe gibt. Berater(innen) stehen weniger traditionellen Familienbildern und -rollen aufgeschlossener gegenüber als Ratsuchende, die eher das Normalfamilienbild mit eher konservativen Werten vertreten.

Den Berater(innen) ist die Religionszugehörigkeit generell wichtiger als den Ratsuchenden. Der individuelle Glaube ist hier zentral, während die Institution Kirche kritischer gesehen wird. Der Schutz des ungeborenen Lebens wird von beiden befragten Gruppen unterschiedlich gesehen. Die Ratsuchenden bringen den Lebensschutzgedanken mit der erlebten Beratung in Verbindung, während die Berater(innen) zwar von einem einheitlichen Verständnis ausgehen, den eng gefassten Lebensschutzgedanken allerdings nicht zentral sehen, um die Ratsuchenden in der Beratung zufrieden zu stellen.

Ratsuchende und Berater(innen) leben in unterschiedlichen Welten. Diese Unterschiede wirken sich aber nicht auf den durch die Ratsuchenden wahrgenommenen Nutzen und ihre Zufriedenheit mit der Beratung aus.

Insgesamt belegt die Studie die hohe Qualität und Professionalität der Katholischen Schwangerschaftsberatung. Der Fachdienst ist gut und zukunftsfähig aufgestellt.

Der Abschlussbericht in einer Kurz- und Langfassung ist als Download zu finden unter: <http://www.caritas.de/fuerprofis/fachthemen/familie/gut-beraten-trotz-verschiedener-lebenswe> (Zugriff: 01.09.2015)



Finanzielle Hilfen der Bundesstiftung Mutter und Kind als Türöffner? Ergebnisse der Evaluation der Bundesstiftung „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“¹

Christine Thielebein, Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (ISG), Köln



Die Bundesstiftung „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“ möchte Schwangere in Notlagen auf unbürokratischem Wege durch ergänzende finanzielle Hilfen unterstützen. Sie nutzt für die Vergabe der finanziellen Hilfen die Strukturen der Schwangerschaftsberatungsstellen, wo die Antragstellung auf diese Unterstützung erfolgt.

Im Rahmen der Evaluation „Bundesstiftung Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens als Türöffnerin in das Netz früher Hilfen für Schwangere in Notlagen“ (2011–2013), mit der das BMFSFJ das ISG Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik gemeinsam mit dem Büro für Evaluation und wissenschaftlichen Service beauftragt hatte, wurde neben anderen Forschungsfragen untersucht, welche Wirkungen die Unterstützung durch die Bundesstiftung zeigt.

Nach Einschätzung der Beratungskräfte sowie der anderen an der Evaluation Beteiligten haben sich die Notlagen der Schwangeren in den letzten Jahren deutlich verschärft. Dabei wird sowohl eine Zuspitzung einzelner Problembereiche gesehen als auch eine Zunahme an Komplexität der Gesamtsituation der Schwangeren. In den meisten Fällen geht es um die schlechte finanzielle Situation aufgrund von prekären Erwerbssituationen und Arbeitslosigkeit. Weiterhin wurde häufig thematisiert, dass allgemein die finanziellen Belastungen angestiegen sind – insbesondere Kosten für Wohnraum und Mobilität. Aber auch im Bereich der sozio-emotionalen Belastungen sind Verschärfungen deutlich erkennbar.

Die Mehrheit der Antragstellerinnen sucht die Schwangerschaftsberatung vorrangig auf, um in einer finanziell schwierigen Situation Hilfe zu erhalten. Einige Antragstellerinnen erläuterten, dass dies ohne Aussicht auf finanzielle Unterstützung nicht der Fall gewesen wäre. Die wichtige Türöffnerfunktion der finanziellen Hilfen der Bundesstiftung wird damit deutlich. Nach Ansicht der an der Evaluation beteiligten Akteure können mittels der Aussicht auf finanzielle Unterstützung vor allem Familien mit zahlreichen Problemlagen dazu motiviert werden, die Beratungsstelle aufzusuchen – Personengruppen, die in der Regel zuvor noch nie eine Beratung in Anspruch genommen haben. Die Mittel der Bundesstiftung sind demnach ein guter Einstieg in das Beratungs- und Unterstützungssystem.

Durch die finanzielle Hilfe kann eine entscheidende Lücke bei der Finanzierung der Ausstattung für die Schwangerschaft und die ersten Lebensmonate geschlossen werden. Diese Rolle können die Stiftungsmittel insbesondere erfüllen, da sie anders als andere Leistungen kurzfristig und zum entscheidenden Zeitpunkt zur Verfügung stehen. Ein sich unmittelbar aus der finanziellen Unterstützung ergebender Effekt ist darüber hinaus eine große Erleichterung aufseiten der Frauen, die dazu führt, dass sich die Schwangere Gedanken zu anderen anstehenden Aufgaben machen und offen für weitere Hilfeangebote werden kann.

Die Antragstellerin kann durch die Auszahlung der Mittel und durch die damit verbundene Beratung Vertrauen zur Unterstützungsform Schwangerschaftsberatung entwickeln. Die Beratungskräfte helfen den Schwangeren dabei, sich einen Überblick über die ihnen zur Verfügung stehenden weiteren Unterstützungssysteme (z. B. familiäre Unterstützung, zustehende staatliche Leistungen, weitere Hilfeangebote) zu verschaffen, und stehen ihnen bei der Aktivierung dieser zur Seite.

Im Rahmen der Evaluation konnte gezeigt werden, dass sich die Wirkungen der Unterstützung der Bundesstiftung durch das Zusammenspiel zwischen finanzieller Hilfe und Beratungsleistung verstärken. Die Mittel der Bundesstiftung öffnen den Weg in die Beratung und führen zu einer Erleichterung, die bewirkt, dass sich die Schwangere auch weiteren Problemen stellen kann. Die Schwangerschaftsberatung verstärkt die materielle Wirkung durch umfassende Beratung und Unterstützung sowie ggf. Weitervermittlung in andere ergänzende Angebote.

¹ Der vorliegende Beitrag basiert auf: Thielebein, C.; Engel, H.; Engels, D.; Conein, S. (2013): Evaluation Bundesstiftung „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“ als Türöffnerin in das Netz früher Hilfen für Schwangere in Notlagen. Abschlussbericht. Hrsg. vom BMFSFJ. Abrufbar unter: <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/publikationen,did=208658.html> (Zugriff: 01.09.2015)

Who's who

Referentinnen und Referenten, Moderatorinnen und Moderatoren

Bruhn, Roswitha

DRK-Kreisverband Demmin e. V.
www.demmin.drk.de

Bruns, Andrea

Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben – Hilfetelefon „Schwangere in Not“
www.bafza.de

Buhr, Dr. Petra

Universität Bremen
www.tess.uni-bremen.de

Busch, Prof. Dr. Ulrike

Hochschule Merseburg
www.hs-merseburg.de

Costa, Dr. med. Marina

Stadt Zürich Schulgesundheitsdienste
www.lustundfrust.ch

Fähndrich, Sabine

Deutscher Caritasverband e. V.
www.caritas.de

Ferner, Elke

Parlamentarische Staatssekretärin bei der Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)
www.bmfsfj.de

Fleischer, Stephanie

ehemalige Studentin der Universität Bremen
www.tess.uni-bremen.de

Hahn, Prof. Dr. Daphne

pro familia Bundesverband
www.profamilia.de

Häussler-Sczepan, Prof. Dr. Monika

Hochschule Mittweida
www.sa.hs-mittweida.de

Helfferich, Prof. Dr. Cornelia

Sozialwissenschaftliches FrauenForschungs-Institut (SoFFI F.)
www.soffi-f.de

Heßling, Angelika

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
www.bzga.de
www.forschung.sexualaufklaerung.de
www.sexualaufklaerung.de

Hölscher-Mulzer, Regina

Sozialdienst katholischer Frauen Gesamtverein e. V.
www.skf-zentrale.de
www.facebook.com/SkF.de

Hohn, Alice

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
www.wzb.eu/de/personen/alice-hohn

Huinink, Prof. Dr. Johannes

Universität Bremen, FB 8, EMPAS
www.tess.uni-bremen.de

Janke, Dr. med. Marion

pro familia Stuttgart
www.profamilia.de

Kapella, Olaf

Österreichisches Institut für Familienforschung, Universität Wien
www.oif.ac.at

Kleemann, Wolfgang

Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V.
www.iss-ffm.de

Klindworth, Heike (verstorben am 29.12.2014)

Sozialwissenschaftliches FrauenForschungs-Institut (SoFFI F.)

Krumm, Dr. Silvia

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II
der Universität Ulm
www.uni-ulm.de/psychiatriell/team/team.html

Matthiesen, Dr. Silja

Institut für Sexualforschung und Forensische
Psychiatrie
www.uke.de/kliniken-institute/institute/institut-und-poliklinik-für-sexualforschung-und-forensische-psychiatrie/index.html

Michel, Dr. Marion

Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und
Public Health
www.isap.uniklinikum-leipzig.de

Pott, Prof. Dr. med. Elisabeth

Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung (bis 31.01.2015)
www.bzga.de

Reuter, Dr. med. Simone

Locum consultant in Contraception & Sexual
Health
Sherwood Forest Hospitals NHS Foundation
Trust
Warsop Primary Care Centre

Rummer, Dr. Anne

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im
Gesundheitswesen (IQWiG)
www.iqwig.de

Schroll, Eckhard

Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung
www.bzga.de

Schneider, Prof. Dr. Norbert

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung
www.bib-demografie.de

Schyma, Petra

donum vitae
www.donumvitae.org

Söchting, Petra

Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche
Aufgaben – Hilfetelefon „Schwangere in
Not“
www.bafza.de

Sonntag, Dr. Ute

Landesvereinigung für Gesundheit und Aka-
demie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.
www.gesundheit-nds.de

Thielebein, Christine

ISG Institut für Sozialforschung und Gesell-
schaftspolitik GmbH
www.isg-institut.de

Thonke, Dr. med. Ines

pro familia Bundesverband
www.profamilia.de

Ulbricht, Dr. Sabina

Universitätsmedizin Greifswald
www.medizin.uni-greifswald.de/prevention/

van der Vlugt, Dr. Ineke

RutgersWPF
www.rutgerswfp.nl oder www.rutgerswfp.org

Wehner, Dr. Nina

Zentrum Gender Studies, Universität Basel
www.genderstudies.unibas.ch

Wienholz, Sabine

Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und
Public Health
www.isap.uniklinikum-leipzig.de

Wunderlich, Prof. Dr. Holger

Ostfalia Hochschule für angewandte Wissen-
schaften, Hochschule Braunschweig/Wolfen-
büttel, Fakultät Soziale Arbeit
www.holger-wunderlich.de

Veranstalterin

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Maarweg 149-161
50825 Köln
Telefon 0221 8992-0
Fax 0221 8992-363
Ansprechpartnerin: Angelika Heßling
angelika.hessling@bzga.de

Inhaltliche Betreuung

Sozialwissenschaftliches FrauenForschungsInstitut Freiburg (SoFFI F.)
an der Evangelischen Hochschule Freiburg
Buggingerstraße 38
79114 Freiburg
Telefon 0761 478126-90
Fax 0761 478126-99
www.soffi-f.de
Ansprechpartnerin: Prof. Dr. Cornelia Helfferich
soffi@eh-freiburg.de

Tagungsorganisation

projecta Köln
Gottfried-Hagen-Str. 60-62
51105 Köln
Tel.: 0221 800 83 26
Fax: 0221 800 83 28
Ansprechpartner: Yannick Heidkamp
info@projecta-koeln.de

FRAUEN LEBEN PUBLIKATIONEN



frauen leben 3 – Familienplanung im Lebenslauf von Frauen – Schwerpunkt: Ungewollte Schwangerschaften

Die Studie „frauen leben 3“ bildet einen weiteren Meilenstein in der Studienreihe der BZgA, die Familienplanung bei Frauen und Männern, in unterschiedlichen Lebenslagen betrachten. Sie liefert aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse zu dem Thema und berücksichtigt dabei die veränderten sozialen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Der Fokus der Studie „frauen leben 3“ richtet sich auf ungewollte Schwangerschaften, Schwangerschaftskonflikte und Schwangerschaftsabbrüche.

Erscheinungsjahr: 2016

Bestellnummer: 13300038

Bezugsbedingungen: Schutzgebühr 11,00 €



frauen leben 3 – Familienplanung im Lebenslauf. Erste Forschungsergebnisse zu ungewollten Schwangerschaften und Schwangerschaftskonflikten

Die Studie liefert ein umfassendes Bild der Familienplanung im Lebenslauf von 20- bis 44-jährigen Frauen. Diese wurden retrospektiv dazu befragt, welche Schwangerschaften in den jeweiligen Lebensphasen und unter den jeweiligen Lebensumständen gewollt oder ungewollt eintraten, wie mit Schwangerschaftskonflikten umgegangen wurde und wie die Entscheidung zum Austragen oder Abbrechen einer ungewollten Schwangerschaft getroffen wurde. Weitere Themen der Erhebung waren Partnerschaften, Verhütung und Kinderwunsch.

Erscheinungsjahr: 12/2013

Bestellnummer: 13050600

Bezugsbedingungen: kostenlos

Englische Version/Bestellnummer: 13050670



frauen leben 1 – Studie zu Lebensläufen und Familienplanung

„frauen leben 1“ gibt Antwort auf die Frage, wie Frauen ihr Leben gestalten und bewerten sowie darauf, welche Rolle Familienplanung im Lebenslauf spielt. Um grundlegende Muster der Familienplanung zu erfassen, wurden subjektive Motive und milieuspezifische Orientierungen, die Einfluss haben auf die Partner- und Elternschaft, auf Entscheidungen zur Familien- und Lebensplanung, in die Befragung miteinbezogen.

Erscheinungsjahr: 9/2001

Die Broschüre ist vergriffen, steht aber online als PDF zur Verfügung.

publikationen.sexualaufklaerung.de/index.php?docid=560

Englische Version/Bestellnummer: 13314070



männer leben – Studie zu Lebensläufen und Familienplanung

Das Forschungsvorhaben „männer leben“ wurde ähnlich angelegt wie das der Vorläuferstudie „frauen leben“, um bisher fehlende Daten zu den Einstellungen von Männern im Hinblick auf Familienplanung zu gewinnen. Der Basisbericht dokumentiert die Ergebnisse der quantitativen Befragung. Der Vertiefungsbericht erhellt die Motive und Rahmenbedingungen, die auf das Familienplanungsverhalten von Frauen und Männern einwirken.

Basisbericht

Erscheinungsjahr: 8/2004

Bestellnummer: 13318000

Bezugsbedingungen: kostenlos

Vertiefungsbericht

Erscheinungsjahr: 6/2006

Bestellnummer: 13300027

Bezugsbedingungen: kostenlos



frauen leben 2 – Familienplanung und Migration im Lebenslauf

Die Studie „frauen leben 2“ knüpft methodisch an die Ausgangspunkte der Vorläuferstudie „frauen leben – eine Studie zu Lebensläufen und Familienplanung“ an. Das Forschungsdesign schließt die biografische Perspektive und die Unterschiede aufgrund von Herkunft und Migrationsgeschichte ein.

Erscheinungsjahr: 11/2011

Bestellnummer: 13300034

Bezugsbedingungen: Schutzgebühr 11,00 €

Die englische Version steht online als PDF zur Verfügung:
www.english.forschung.sexualaufklaerung.de/4467.html



Wissenschaftliche Abschlusstagung frauen leben – Familienplanung und Migration

Die Tagung basierte auf den Ergebnissen der Studie „frauen leben 2“. Vorgestellt und diskutiert wurden die Ergebnisse der Forschung, aber auch die Erfahrungen aus der praktischen Arbeit mit Migrantinnen und Migranten. Die Forschungsergebnisse wurden ergänzt durch praxisorientierte Berichte aus den Kommunen und den Nachbarländern Niederlande, Österreich sowie Schweiz.

Erscheinungsjahr: 5/2012

Bestellnummer: 13315000

Bezugsbedingungen: kostenlos

Englische Version/Bestellnummer: 13315070

Im zweisprachigen Online-Angebot der BZgA werden Studien, Evaluationen, Modellprojekte und Expertisen zum Themenfeld Sexualeaufklärung, Verhütung und Familienplanung in deutscher und englischer Sprache vorgestellt.

Ein wichtiger Bestandteil der Arbeit der BZgA sind Forschung und Qualitätssicherung als Grundlage effektiver und effizienter Aufklärung. Dazu zählen die kontinuierliche Weiterentwicklung der wissenschaftlichen Grundlagen und die Überprüfung der Wirksamkeit von Angeboten und Maßnahmen. Die BZgA führt daher zahlreiche Datenerhebungen und Studien durch und arbeitet dabei eng mit nationalen Expertinnen und Experten sowie Forschungseinrichtungen zusammen. Zu den Forschungsarbeiten gehören

- Studien
- Repräsentativbefragungen
- Evaluationen
- Expertisen

Um diese Arbeiten einer breiten Fachöffentlichkeit zugänglich zu machen, werden die Ergebnisse in Printprodukten wie auch online bereitgestellt. Das Online-Angebot ermöglicht einen schnellen Zugang zu den laufenden und abgeschlossenen Forschungsprojekten der BZgA. Zu jedem Projekt gibt es einen Projektsteckbrief und ein Abstract. Diese Basisinformationen werden ergänzt durch

- ausgewählte Ergebnisse
- Literatur- und Linklisten
- Informationen zu Expertinnen und Experten
- Hintergrundinformationen



IMPRESSUM

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek:

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet unter <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-942816-79-3

Die Beiträge der Dokumentation geben die Meinung der Autorinnen und Autoren wieder, die von der Herausgeberin nicht in jedem Fall geteilt werden muss.

Die Publikation ist als Diskussionsforum gedacht.

Herausgeberin:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Leitung: Dr. med. Heidrun Thaiss

Maarweg 149 – 161

50825 Köln

Tel. 0221 8992-0

www.bzga.de

www.sexualaufklaerung.de

www.forschung.sexualaufklaerung.de

Redaktion:

Angelika Hessling, BZgA

Prof. Dr. Cornelia Helfferich, SoFFI F.

Bildnachweis:

S. 27 Holzberger, S. 35 privat, S. 80 Art Photo Anja Wozikowski, S. 84 Heike Günther,

Tagungsfotos: Mercedes Debeyne, Berlin

Lektorat, Konzept und Gestaltung:

Kühn Medienkonzept & Design GmbH, Köln

Druck:

Warlich, Meckenheim

Auflage:

1.1.02.17

Alle Rechte vorbehalten.

Diese Publikation wird von der BZgA kostenlos abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/den Empfänger oder Dritte bestimmt.

Bestelladresse:

per Post: BZgA, 50819 Köln

per Fax: 0221 8992-257

per E-Mail: order@bzga.de

Bestellnummer: 13319400

ISBN 978-3-942816-79-3



**Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung**