

Geringes Einkommen, Sozialleistungsbezug und Verhütung.

Aktualisierte Ergebnisse der BZgA-Studie »frauen leben 3«

Cornelia Helferich

Selbstbestimmt verhüten. Modellprojekt »biko« erprobt Beratung, Information und Kostenübernahme bei Verhütung für Frauen mit wenig Geld

Kristina Nottbohm, Alexandra Ommert

Kostenfreier Zugang zu Verhütungsmitteln und Auswirkungen auf das Verhütungsverhalten.

Evaluation eines Modellprojekts in Mecklenburg-Vorpommern

Sabina Ulbricht

Pille danach rezeptfrei erhältlich – und jetzt?

Eine kritische Bestandsaufnahme im Herbst 2017

Claudia Schumann

Wer soll das bezahlen?

Verhütungsmittel und Zugang in England

Simone Reuter

Verfügbarkeit und Bezahlbarkeit: Zugang zu Verhütungsmitteln in den Niederlanden

Ineke van der Vlugt

Schwangerschaftsverhütung.

Welchen Zugang haben Asylsuchende in der Schweiz?

Christine Sieber

Verhütung und soziale Lage

Frauen, die Sozialleistungen beziehen, verhüten seltener als Frauen mit mittlerem und höherem Einkommen. Sie nutzen häufiger Kondome und seltener Verhütungspille und -spirale. Die von Cornelia Helfferich geleitete Studie »frauen leben 3« im Auftrag der BZgA zeigt, dass Frauen mit geringem Einkommen aus Kostengründen unsicher verhüten und so ein ungleich höheres Risiko tragen, unbeabsichtigt schwanger zu werden.

Passend dazu wird im Modellprojekt »biko« von pro familia untersucht, wie Information, Beratung und vor allem die Kostenübernahme eines passenden, sicheren Verhütungsmittels sich auf das Verhütungsverhalten von Frauen mit geringem Einkommen auswirken. An sieben Projektstandorten wird der finanzielle Bedarf erfasst und es werden Daten erhoben, die die Forderung nach einer bundesweiten gesetzlichen Lösung zur Kostenübernahme von Verhütungsmitteln für Frauen mit geringem Einkommen stützen. Dieses Modellprojekt wird vom Bundesfamilienministerium finanziert.

Zwischen 2013 und 2014 hatten Frauen zwischen 20 und 35 Jahren im Sozialhilfebezug in bestimmten Regionen Mecklenburg-Vorpommerns im Rahmen eines Modellprojekts kostenfreien Zugang zu einer Auswahl von Verhütungsmitteln. Sabina Ulbricht skizziert die Evaluationsergebnisse des zwölfmonatigen Projekts.

Eine kritische Bestandsaufnahme von Claudia Schumann im Herbst 2017 zeigt, was seit der Freigabe der Pille danach im Frühjahr 2015 geschehen ist. Sie hat dazu u.a. Stimmen von Apothekerinnen und Apothekern eingefangen und eine kleine Umfrage unter Gynäkologinnen und Gynäkologen durchgeführt.

In diesem FORUM betrachten wir Verhütung unter dem Blickwinkel der sozialen Lage. Ein vollständiger Überblick über den Themenkomplex Verhütung/Notfallkontrazeption in Deutschland ist nicht beabsichtigt. Im zweiten Teil kommen deshalb Expertinnen aus drei Nachbarländern zum Thema Zugangswege zu Wort: Simone Reuter berichtet über zunehmende Einschränkungen beim Zugang zu Verhütungsmitteln in England aufgrund von Einsparungen im Gesundheitswesen, was die rückläufigen Raten von Teenagerschwangerschaften gefährden könnte. Ineke van der Vlugt erläutert den niedrighwelligen Zugang zu Verhütung in den Niederlanden und mahnt mehr Forschung zum Einfluss finanzieller Faktoren auf die Wahl von Verhütungsmethoden an, und Christine Sieber skizziert das System in der Schweiz mit Schwerpunkt auf Zugängen Asylsuchender zur Schwangerschafts- und Verhütungsberatung. Verhütung und soziale Lage – das Thema wird uns sozialpolitisch wie auch als Forschungsgegenstand weiterhin beschäftigen.

Ihre Redaktion

Geringes Einkommen, Sozialleistungsbezug und Verhütung

Aktualisierte Ergebnisse der BZgA-Studie »frauen leben 3«

Cornelia Helfferich

Sind für Frauen mit geringem Einkommen die Kosten ein Grund, nicht mit Pille oder Spirale zu verhüten, und werden dadurch ungewollte Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche riskiert? Diese beiden Fragen werden gestellt, seit 2005 im Rahmen der Hartz-IV-Regelung der Regelsatz von Sozialleistungsempfängerinnen keine monatlichen Ausgaben für Verhütung mehr umfasst. Sie gewinnen im Zusammenhang mit dem Modellprojekt »biko«¹ an Aktualität, bei dem Bezieherinnen von Sozialleistungen bzw. Frauen mit geringem Einkommen die Kosten für Verhütung erstattet bekommen können. Die Studie »frauen leben 3. Familienplanung im Lebenslauf von Frauen«, die das Sozialwissenschaftliche FrauenForschungsInstitut Freiburg 2011 bis 2017 im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durchführte, bejaht beide Fragen auf der Basis der Angaben von 8 501 20- bis 44-jährigen Frauen in sieben Bundesländern sowie der 97 mit Frauen aus dieser Stichprobe geführten qualitativen Interviews.

Erste Ergebnisse der Studie »frauen leben 3« zu dem Einfluss der finanziellen Situation auf die Verhütung, wurden 2015 und 2016 vorgestellt (HELFFERICH 2015, 2016; BZGA 2016, S. 132). 2016 wurde die Stichprobe der Studie um weitere 4 519 Frauen in drei Bundesländern erweitert. Damit sind auch dort, wo vorher die Fallzahlen zu klein waren, detaillierte Auswertungen möglich. Zunächst wird in diesem Beitrag der Zusammenhang zwischen der finanziellen Lage und speziell dem Bezug von Sozialleistungen einerseits und der aktuellen Verhütung andererseits geprüft. Anschließend wird ausgewertet, ob Frauen je nach ihrer finanziellen Lage häufiger oder seltener jemals in ihrem Leben aus Kostengründen auf Pille oder Spirale verzichtet haben, ungewollt schwanger wurden und Schwangerschaften abgebrochen haben.

Die Studie bietet verschiedene Möglichkeiten, das Einkommen zu bestimmen: als persönliches Einkommen, als (gewichtetes) Haushaltseinkommen, als subjektive Einschätzung zwischen 1 (»sehr gut«) und 6 (»sehr schlecht«). Zusätzlich wurde nach dem Bezug von Sozialleistungen

gefragt.² Für die Auswertung wird eine Kombination der subjektiven Einschätzung³ und des Sozialleistungsbezugs verwendet, die sehr gut mit den anderen Einkommensmessungen korrespondiert (eine negative Bewertung geht mit einem niedrigen Haushalts- und persönlichen Einkommen einher). Ob und wie eine Partnerschaft gelebt wird, beeinflusst die Häufigkeit von Geschlechtsverkehr und auch die Wahl der Verhütung. Daher muss berücksichtigt werden, dass – wie allgemein in allen Sozialstatistiken belegt – Alleinstehende bzw. Alleinerziehende auch in der Stichprobe von »frauen leben 3« häufiger unter den finanziell schlechter Gestellten und den Sozialleistungsbezieherinnen zu finden sind (Abb. 1).

Einkommen und Verhütung

Ein Ergebnis der Studie »frauen leben 3« ist, dass Frauen im Sozialleistungsbezug erstens häufiger nicht verhüten und zweitens dann, wenn sie verhüten, seltener Pille oder Spirale und häufiger Kondome nutzen. Sie haben sich auch häufiger sterilisieren lassen (Abb. 2 und 3).

Abbildung 2 bezieht diejenigen ein, die nicht verhüten. Dieser Anteil ist mit 29,1% bei den Sozialleistungsbezieherinnen am höchsten und am zweithöchsten bei Frauen mit einer negativ bewerteten finanziellen Situation ohne Leistungsbezug. Die Gründe, nicht zu verhüten, sind bei finanziell besser und schlechter Gestellten unterschiedlich: Während 53,4 % der Sozialleistungsbezieherinnen nicht ver-

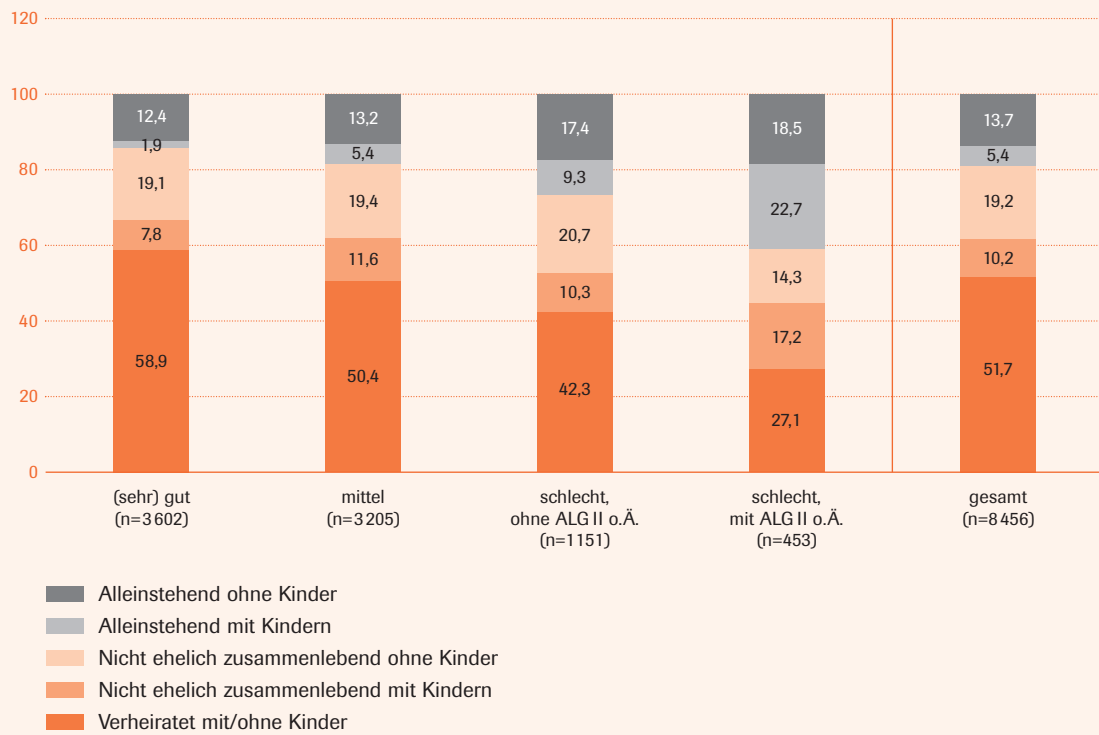
1 Ein Projekt von pro familia, gefördert vom Bundesfamilienministerium, www.biko-verhuetung.de/ (Zugriff 13. 11. 2017); s.a. den nachfolgenden Beitrag von K. NOTTBOHM und A. OMMERT.

2 Gefragt wurde: »Erhalten Sie oder eine Person in Ihrem Haushalt staatliche Unterstützungsleistungen wie Hartz IV, Arbeitslosengeld II, Sozialhilfe, Grundsicherung, Wohngeld oder Mietkostenzuschuss?«

3 Im Folgenden die Skalenwerte: »(sehr) gut« = 1 und 2, »mittel« = 3, »schlecht« = 4, 5 und 6 auf der 6-stufigen Skala. »schlecht« wird differenziert in mit/ohne Sozialleistungsbezug.

Abb. 1

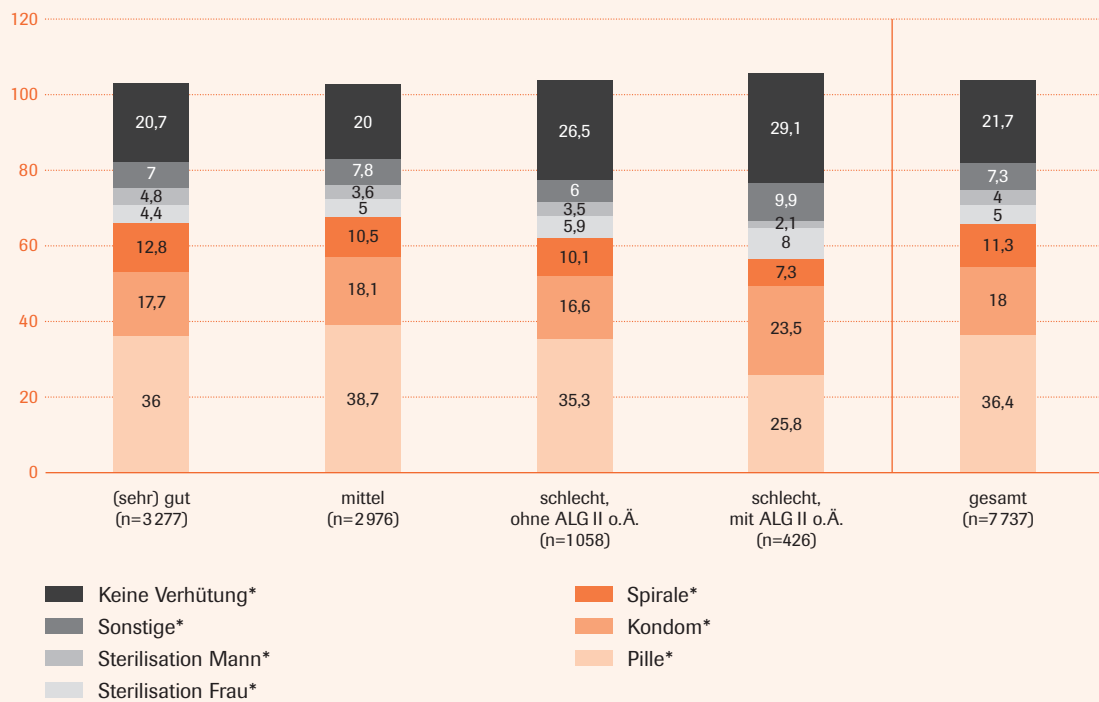
Lebensform – nach finanzieller Situation (in %)*



Quelle: BZgA, Datensatz »frauen leben 3« 2012/2016, 20- bis 44-jährige Frauen in sieben Bundesländern, n=8456, *signifikante Unterschiede nach finanzieller Situation

Abb. 2

Aktuelle Verhütung – nach finanzieller Situation, berechnet auf alle Frauen (in %)



Quelle: BZgA, Datensatz »frauen leben 3« 2012/2016, 20- bis 44-jährige Frauen in sieben Bundesländern, n=7737 fertile Frauen, die verhüten (inkl. Sterilisation), ohne »keine Angabe«, Mehrfachnennungen möglich, *signifikante Unterschiede nach finanzieller Situation

Abb. 3

Aktuelle Verhütung – nach finanzieller Situation, berechnet auf Verhütende (in %)



Quelle: BZgA, Datensatz »Frauen leben 3« 2012/2016, 20- bis 44-jährige Frauen in sieben Bundesländern, n=6029 Frauen, die verhüten, ohne »keine Angabe«, Mehrfachnennungen möglich, *signifikante Unterschiede nach finanzieller Situation

hüten, weil sie keine sexuellen Kontakte haben (und sogar 88 % der alleinstehenden Sozialleistungsbezieherinnen geben dies an), verhüten aus diesem Grund nur 27,6 % derjenigen nicht, die ihre finanzielle Lage als gut oder sehr gut einschätzen. Umgekehrt verhüten die besser Gestellten häufiger nicht, weil sie ein Kind bekommen möchten oder schwanger sind (zu 54,7 %). Dieser Grund wird von den Leistungsbezieherinnen seltener genannt (zu 21,1 %).

Die Abbildungen 2 und 3 zeigen beide (mit unterschiedlichen Berechnungsgrundlagen⁴) eine Besonderheit der Leistungsbezieherinnen: Sie verhüten seltener mit der Pille oder Spirale und häufiger mit Kondomen. Der Anteil derjenigen, die die Pille oder die Spirale nutzen, beträgt zusammen genommen gerade einmal 47 %, während der Anteil sonst bei etwa 62 % liegt. Hier unterschieden sich die Leistungsbezieherinnen auch von denen, die ihre finanzielle Situation als schlecht einschätzen, aber keine Sozialleistungen beziehen. Auch bei der Kondomnutzung nehmen die Leistungsbezieherinnen eine Sonderrolle ein: Der Anteil der Kondomnutzerinnen liegt bei ihnen um 10 Prozentpunkte höher als bei allen anderen und macht ein Drittel aus. Der höhere Anteil an Frauen mit einer Sterilisation bei den Leistungsempfängerinnen kann dadurch erklärt werden, dass unter den Frauen mit niedrigem Einkommen mehr Frauen sind, die ihre Kinder in jüngerem Alter bekommen haben, so dass sie früher die Familienplanung abschließen.⁵

Nun wäre eine mögliche Erklärung, dass die Frauen ohne eine feste Partnerschaft – und diese sind unter den Sozialleistungsbezieherinnen häufiger anzutreffen – zu Kondomen übergehen, weil es selten zu Geschlechtsverkehr kommt. Doch darauf lässt sich die häufigere Kondomnutzung unter den Leistungsempfängerinnen nicht zurückführen: Abbildung 4 und noch deutlicher Abbildung 5 zeigen (wieder mit unterschiedlichen Berechnungsgrundlagen), dass gerade diejenigen, die unverheiratet zusammenleben, am häufigsten Kondome nehmen und gerade mal 34,6 % Pille oder Spirale nutzen. Die Alleinstehenden mit oder ohne Kind kommen immerhin auf einen Anteil von 60,2 %, die Pille oder Spirale zur Verhütung nehmen.

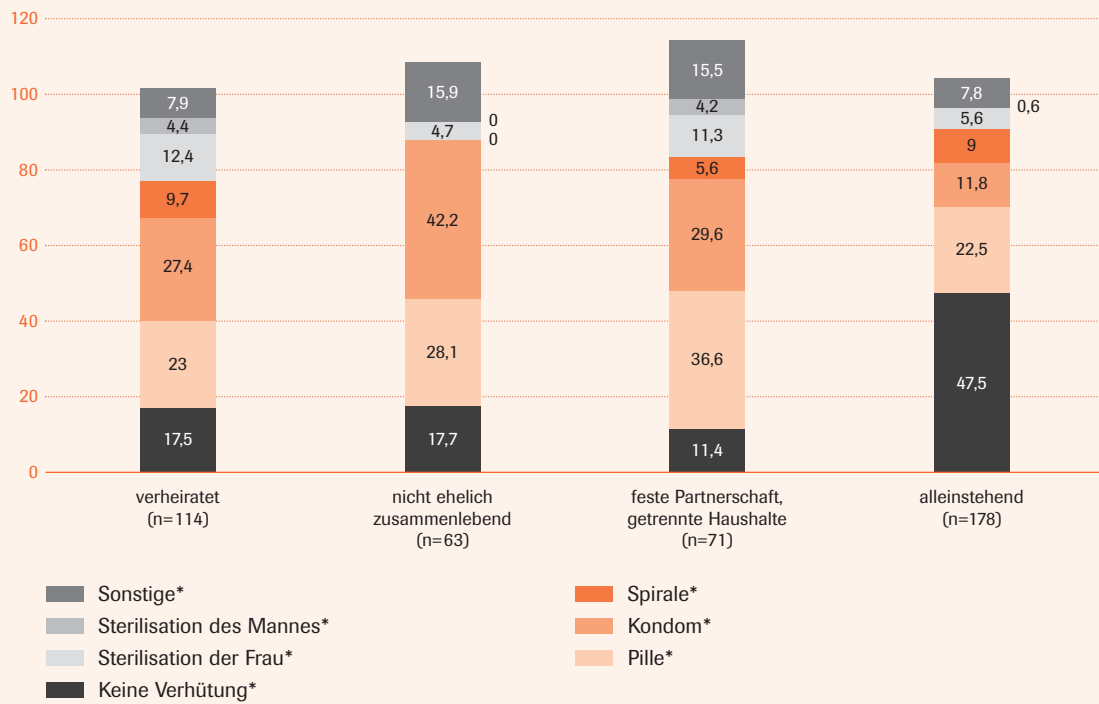
Sowohl unter den jüngeren (unter 35 Jahre) wie unter den älteren (35 Jahre und älter) Sozialleistungsempfängerinnen ist die Pillennutzung vergleichsweise geringer. Der Unterschied zu anderen Einkommenslagen ist aber deutlicher bei den Jüngeren: die Pille wird hier von 43,7 % genommen, während sie bei den anderen Einkommenslagen von zwischen 60,9 % und 61,9 % der Frauen genommen wird. Über 35 Jahre nutzen 27,8 % der Sozialleistungsempfängerinnen die Pille und der Unterschied zu den anderen Einkommenslagen ist nicht signifikant; dort verhüten zwischen 31 % und 34 % mit der Pille. Die Differenz bei der Nutzung von Kondomen ist ebenfalls bei den jüngeren Leistungsbezieherinnen deutlich ausgeprägt: 39,5 % nutzen sie, verglichen mit zwischen 25,4 % und 26,6 % bei Frauen in den anderen Einkommenslagen. Die über 35-jährigen Leistungsbezieherinnen verhüten zwar immer noch häufiger mit Kondomen (25,6 % gegenüber 18 % bis 20 % bei den anderen Einkommenslagen), aber das ist nicht mehr signifikant. Die seltenere Ver-

4 Abbildung 2 und 4 berechnen auf alle, Abbildung 3 und 5 berechnen auf alle, die verhüten.

5 Der Altersdurchschnitt und die Verteilung der Altersgruppen sind bei allen Einkommenslagen ähnlich.

Abb. 4

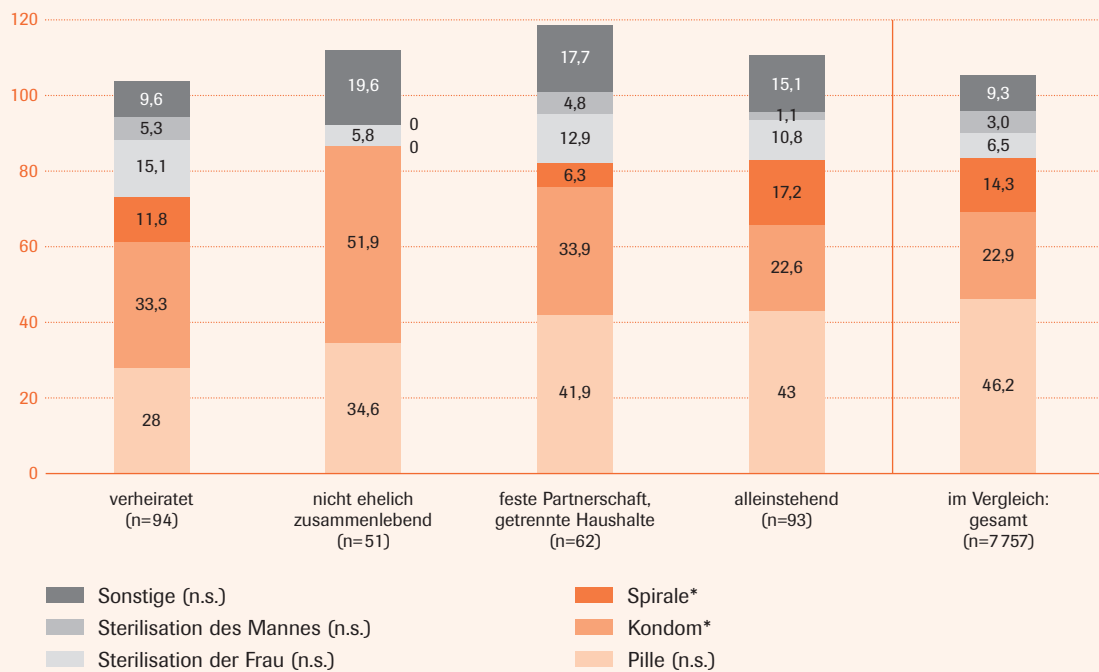
Genutzte Verhütung der Frauen mit Leistungsbezug – nach Lebensform, berechnet auf alle (in %)



Quelle: BZgA, Datensatz »frauen leben 3« 2012/16, 20- bis 44-jährige Frauen in sieben Bundesländern, n=426 Frauen mit Leistungsbezug, Mehrfachnennungen möglich, fehlende Prozent: keine Angabe, * signifikante Unterschiede nach Lebensform

Abb. 5

Genutzte Verhütung der Frauen mit Leistungsbezug – nach Lebensform, berechnet auf alle, die verhüten (in %)



Quelle: BZgA, Datensatz »frauen leben 3« 2012/16, 20- bis 44-jährige Frauen in sieben Bundesländern, n=300 Frauen mit Leistungsbezug, die verhüten, Mehrfachnennungen möglich, * signifikante Unterschiede nach Lebensform

Abb. 6

Verzicht auf Pille und Spirale – nach finanzieller Situation (in %)*



Quelle: BZgA, Datensatz »frauen leben 3« 2016, 20- bis 44-jährige Frauen in drei Bundesländern, n=4 448 (nur 2016 in dieser dreistufigen Form erfragt). *signifikante Unterschiede nach finanzieller Situation

wendung der Spirale ist nur bei den Älteren, nicht bei den Jüngeren signifikant. Festzuhalten ist, dass die Verschiebung weg von der Pille hin zur Nutzung von Kondomen vor allem in einem Alter zu finden ist, in dem die sexuelle Aktivität verbreiteter ist. Und dies gilt vor dem Hintergrund, dass sich Frauen mit niedrigem Einkommen bzw. mit Sozialleistungsbezug eher etwas zurückhaltender äußern, was einen Kinderwunsch in naher Zukunft angeht, sodass sie umso mehr einer sicheren Verhütung bedürfen.

Bei den über 35-Jährigen sind die Unterschiede in der Nutzung von Kondom und Pille nicht mehr so stark, dass sie Signifikanz erreichen, aber die älteren Sozialleistungsbezieherinnen nutzen signifikant seltener die Spirale. 14,3 % haben dieses Mittel gewählt im Gegensatz zu zwischen 19 und 23,2 % bei den anderen finanziellen Lagen. Bei den unter 35-Jährigen unterscheidet sich die Nutzung der Spirale nicht nach finanzieller Situation.

Eine weitere Auswertung bestärkt die Problemanzeige: Eine international übliche Kennziffer für die Versorgung mit Verhütungsmitteln ist der »unmet need«, der unerfüllte Bedarf. Ausgedrückt wird dieser als Anteil derjenigen, die Geschlechtsverkehr haben, also schwanger werden könnten, und keinen Kinderwunsch haben, aber nicht verhüten. Dieser Anteil ist bei den finanziell schlecht Gestellten ohne Leistungsbezug mit 5,7 % am höchsten, gefolgt von den Leistungsbezieherinnen mit einem Anteil von 4,1 %. Bei einer als (sehr) gut eingeschätzten finanziellen Lage beträgt der »unmet need« 3,3 %, bei einer mittleren Lage 3,1 %.

Jemals Verzicht auf Pille oder Spirale aus Kostengründen

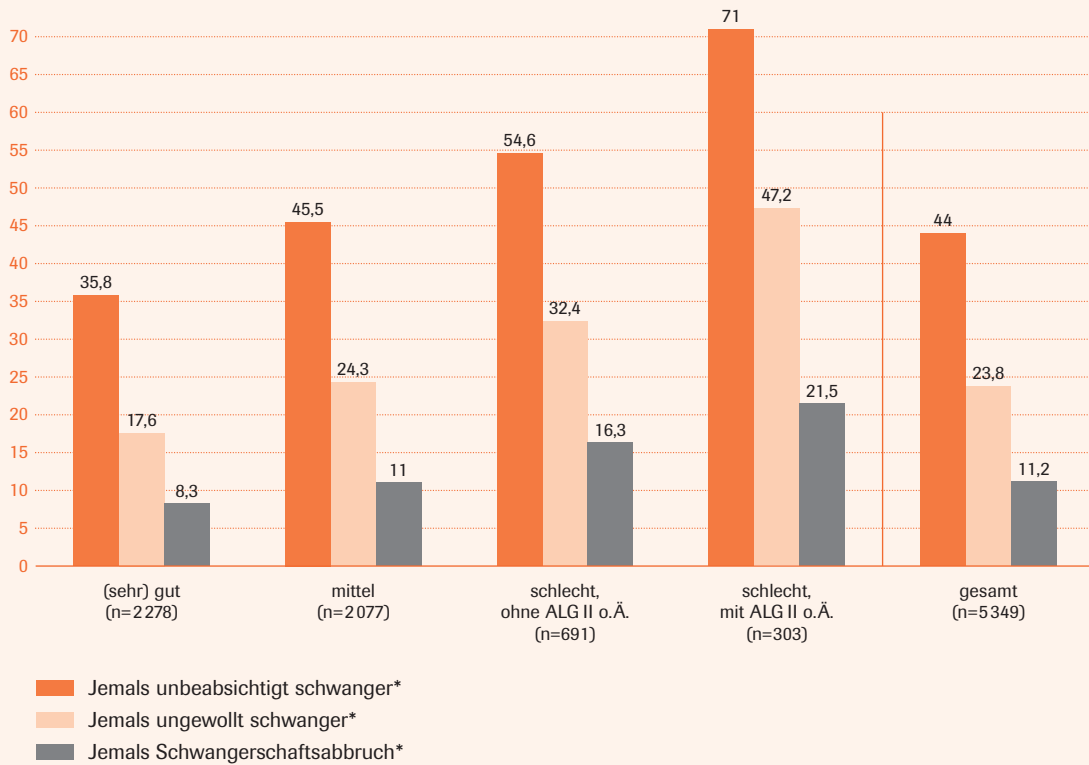
Eine Frage in dem Fragebogen lautete: »Gab es in Ihrem Leben Phasen, in denen Sie aus Kostengründen nicht mit der Pille oder Spirale verhütet haben?« 2012 konnte die Frage mit »Ja« und »Nein« beantwortet werden, 2016 konnte zusätzlich mit »Ja, einmal« und »Ja, mehrmals« differenziert werden. Bei einem schlechten Einkommen wurde häufiger jemals auf Pille oder Spirale verzichtet; kommt ein Sozialleistungsbezug hinzu, steigt der Anteil derjenigen, die ein- oder mehrmals auf diese Formen der Verhütung verzichtet haben, auf 25 % (Abb. 6).

Weiterhin wurde nach dem Alter bei solchen Episoden gefragt. Diese Episoden kamen in jungen, mittleren oder höheren Jahren vor. Um etwas über die Kontexte solcher (biografisch zurückliegenden) Episoden zu erfahren, wurden die qualitativen Interviews mit denjenigen Frauen herangezogen, die in der Fragebogenbefragung solche Episoden des Verzichts auf Pille oder Spirale angegeben hatten. Diese Kontexte erweisen sich als alters- bzw. lebensphasenabhängig:

- Bei Episoden in einem jungen Alter bzw. vor dem ersten Kind ging es um Geld für die Pille. Geldmangel in dieser Lebensphase hing zusammen mit einem geringen Verdienst in der Ausbildung und bei prekären Jobs oder mit einem erhöhten Finanzierungsbedarf, etwa bei Drogenkonsum. Spezifisch für Verzichtsepisoden in jungen Jahren war auch fehlende Sexualaufklärung oder das Aufwachsen in einer Familie, die Sexualität tabuisierte, sodass vermutet werden kann, dass das Wissen um die Möglichkeit einer

Abb. 7

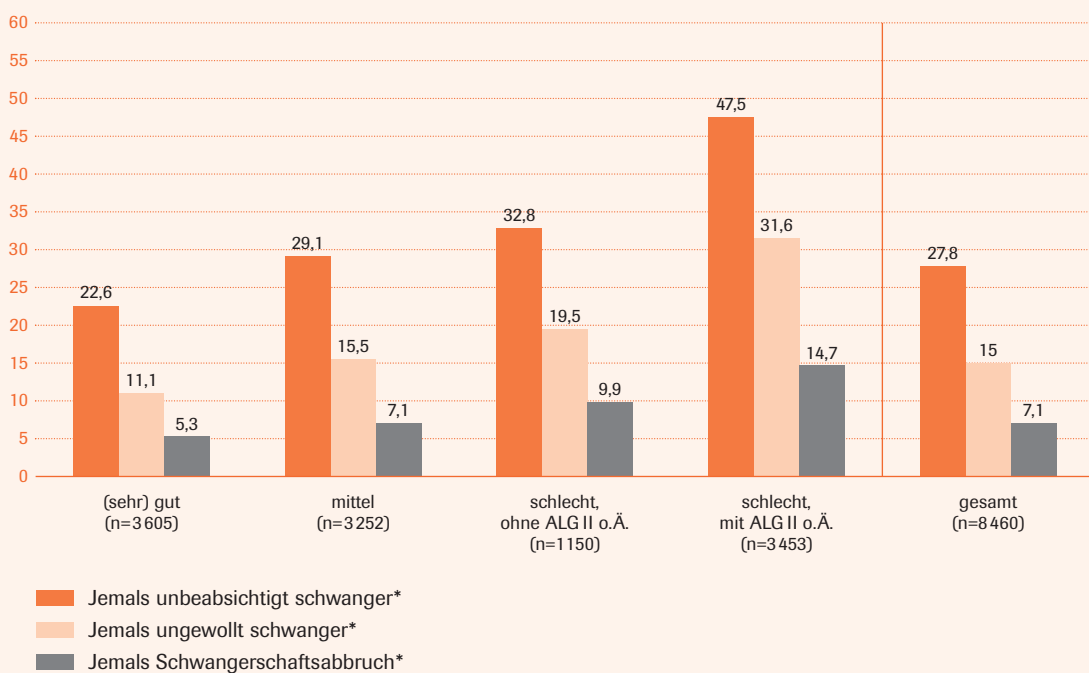
Jemals unbeabsichtigt oder ungewollt schwanger oder Schwangerschaftsabbruch – nach finanzieller Situation, berechnet auf alle jemals Schwangeren (in %)



Quelle: BZgA, Datensatz »frauen leben 3« 2012/16, 20- bis 44-jährige Frauen in sieben Bundesländern, berechnet auf alle jemals Schwangeren, n=5 349, * signifikante Unterschiede nach finanzieller Situation

Abb. 8

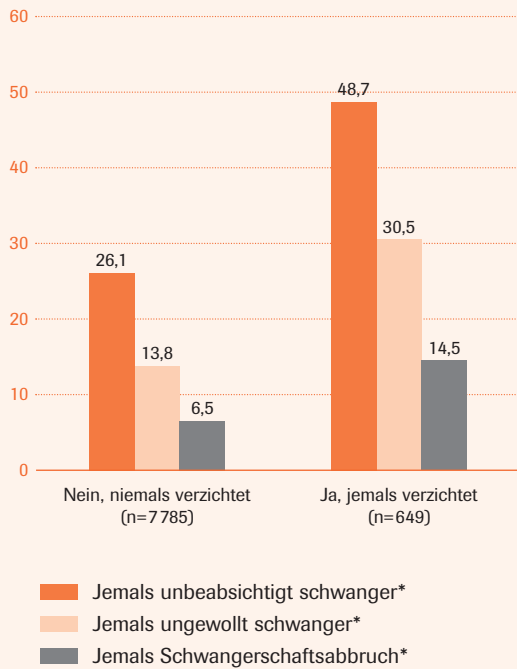
Jemals unbeabsichtigte, ungewollte und abgebrochene Schwangerschaften – nach finanzieller Situation (in %)



Quelle: BZgA, Datensatz »frauen leben 3« 2012/16, 20- bis 44-jährige Frauen in sieben Bundesländern, berechnet auf alle, n=8 460, * signifikante Unterschiede nach finanzieller Situation

Abb. 9

Jemals unbeabsichtigte, ungewollte und abgebrochene Schwangerschaften – nach jemals Verzicht auf Pille oder Spirale (in %)



Quelle: BZgA, Datensatz »Frauen leben 3« 2012/16, 20- bis 44-jährige Frauen in sieben Bundesländern, berechnet auf alle, n=8 434, *signifikante Unterschiede nach jemals Verzicht auf Pille oder Spirale

Kostenübernahme durch die Krankenkasse bei einem Alter von unter 20 Jahren fehlte. Kosten spielten auch im Zusammenhang mit Auslandsaufenthalten eine Rolle.

»Da hatt' ich dann grad, als ich dann schwanger geworden bin, in der Zeit grade keine Pille, weil des Geld bisschen sehr knapp war. Wir haben aufgepasst, wir hatten dann mit Kondom auch verhütet in der Zeit gehabt, aber hat nicht ganz geklappt (lacht), ja.« (2-BN-07)

- Bei Episoden in einem mittleren Alter bzw. von Müttern fehlte das Geld angesichts einer zugespitzten finanziell prekären Situation, etwa bei Schulden, bei Alleinerziehenden oder bei längerer Arbeitslosigkeit. Das Argument der zu hohen Kosten für Verhütung wurde vor allem abgewogen mit dem Argument, dass die Frau doch nicht so sehr häufig Geschlechtsverkehr hatte und von daher teure Verhütung sich nicht lohnte. Oder die Kosten gaben bei einer allgemeinen Abneigung »gegen Hormone« den letzten Ausschlag. Verhütung gilt angesichts knapper Kassen als »überteuert«, und, wie eine Befragte es formuliert:

»(...) auch die Pille ist teuer. Wenn du überlegst, ein halbes Jahr 60 Euro kann sich auch nicht jeder leisten. Kommt drauf an, was man für ne Pille nimmt, einige sind noch viel teurer (...). Es gibt einfach Sachen, wo viele dann drauf verzichten, weil's einfach zu teuer ist.« (4-AD-01)
 »Eigentlich will ich nicht so viel Tabletten schlucken oder halt genau diese ... irgendwas in mich reinpumpen (lacht) so, genau, und das ja, und ja ist auch teuer.« (4-DP-11)

- Im Beispiel einer abgeschlossenen Familienplanung geht es um die Spirale. Hier fehlte das Geld für das einmalige Einlegen der Spirale vor dem Hintergrund vor allem eines Sozialleistungsbezugs:

»Hab mich erkundigt wegen Spirale, weil ich wollte ne Kupferspirale haben (...). Ja gut, dann haben sie mir halt gesagt, dass die vier-, fünf-, SECHShundert Euro kostet. Wie soll ich das machen als Hartz-IV-Empfänger? Krieg ich da Bezuschussung? Diese, jenes: NEIN nein nein nein, nur wenn's eine medizinische Notwendigkeit ist. Gut, dann NICHT. So, und dann, wie gesagt, schwanger mit der Kleinen.« (4-DP-14)

Diese qualitative, explorative Analyse lieferte drei Erkenntnisse: Erstens war der Rahmen einer solchen Verzichts-episode immer eine schwierige bis sehr prekäre finanzielle Situation. Zweitens ging das Kostenargument meist einher mit anderen Argumenten bei der Abwägung, wie verhütet wird, und gab dann den letzten Ausschlag. Drittens stellt die Pille mit ihren monatlichen Kosten und die Spirale mit einem einmaligen, höheren Betrag unterschiedliche finanzielle Anforderungen an die Nutzerinnen.

Häufigkeit unbeabsichtigter, ungewollter und abgebrochener Schwangerschaften

Frauen, die zum Befragungszeitpunkt staatliche Unterstützungsleistungen beziehen, sind in der Vergangenheit häufiger unbeabsichtigt schwanger und ebenso ungewollt schwanger geworden (Abbildung 7 und 8 mit zwei unterschiedlichen Bezugsgrößen berechnet). »Unbeabsichtigt« umfasst die Einordnungen der Schwangerschaft als »gewollt, aber sie sollte später eintreten«, »zwiespältig/unentschieden« und »ungewollt«. Dies entspricht dem internationalen Standard (»unintended pregnancy«). Die »ungewollt« eingetretenen Schwangerschaften sind somit eine Teilmenge der »unbeabsichtigt« eingetretenen (BZgA 2016, S. 21 ff.). Auch haben Frauen mit schlechtem Einkommen und insbesondere mit Sozialleistungsbezug häufiger bereits eine Schwangerschaft abgebrochen. Analysiert man dies genauer, so sieht man einen klaren Zusammenhang: Gerade diejenigen, die jemals auf die Pille oder Spirale verzichtet haben, wurden häufiger unbeabsichtigt bzw. ungewollt schwanger und haben auch häufiger Schwangerschaften abgebrochen (Abb. 9).

Der statistische Zusammenhang kann in beide Richtungen gedeutet werden: Frauen mit wenig Geld und/oder im Sozialleistungsbezug weichen häufiger auf billigere, aber weniger wirksame Verhütungsmittel aus und werden häufiger ungewollt schwanger. Umgekehrt kann aber auch eine ungewollte Schwangerschaft in jungen Jahren, die akzeptiert und nicht abgebrochen wurde, zum Sozialleistungsbezug geführt haben. Die Schwangerschaften mit dem ersten Kind waren bei den aktuellen Leistungsbezieherinnen zu 20,1% ungewollt und nur 49,2% waren gewollt auf den Zeitpunkt hin eingetreten – ein verglichen mit anderen Einkommenslagen deutlich niedrigerer Anteil intendierter erster Geburten. Eine frühe Mutterschaft beschädigt aber Ausbildungschancen, und dies (zusammen mit der Sorge für ein kleines Kind oder Kinder) beeinträchtigt die Chancen auf einen guten Arbeitsplatz und einen guten Verdienst und kann zum Sozialleistungsbezug führen.

Diskussion

Seit 2005 sind Verhütungskosten in dem Budget einer Sozialleistungsempfängerin nicht mehr angesetzt. Der Regelsatz enthält 17,59 Euro für die Gesundheitspflege – ein ohnehin niedriger Satz, weil davon alle Medikamente und sonstigen gesundheits- oder krankheitsbezogenen Ausgaben abzudecken sind. Bis zu einem Alter von 20 Jahren werden Verhütungsmittel von der Krankenkasse erstattet. Für diejenigen Sozialleistungsbezieherinnen, die älter sind, gibt es die Möglichkeit einer Kostenübernahme nur in einigen Kommunen als freiwillige Leistung – mit sehr unterschiedlicher Ausgestaltung (STAENDER/THONKE 2015). Problematisiert wurde diese Situation schon früh (z.B. KLEBER 2006), und in Berlin wurde eine kleine Studie zur Verhütung bei Sozialleistungsbezieherinnen 2013 durchgeführt (NITZ/BUSCH 2014).

Wie wichtig eine solche Übernahme der Kosten ist, zeigen die Daten der Studie »frauen leben 3« nachdrücklich. Ein höherer Anteil der Sozialleistungsbezieherinnen lebt ohne einen Partner und verhütet nicht mit der Begründung, keine sexuellen Kontakte zu haben. Offen ist aber, ob und wie diese Befragten verhüten würden, wenn sich sexuelle Kontakte anbahnen würden. Ganz ohne Risiko ist daher das Nichtverhüten aufgrund derzeit fehlender sexueller Kontakte nicht. Die qualitativen Interviews zeigen, dass die Investition in Verhütung, insbesondere bei seltenem Geschlechtsverkehr, gegen das Risiko, schwanger zu werden, abgewogen wird. Die tägliche Einnahme der Pille oder das Einsetzen der Spirale scheinen dann mit ihren Kosten in keinem Verhältnis zum erforderlichen Schutz zu stehen. Für diejenigen Sozialleistungsbezieherinnen, die verhüten, ist das Ausweichen auf Kondome anstelle der Verhütung mit Pille und Spirale klar belegt. Zur Sorge Anlass geben insbesondere die Ergebnisse, dass eher diejenigen unter den Sozialleistungsbezieherinnen, die nicht verheiratet mit einem Partner zusammenleben, und eher die Jüngeren, sexuell Aktiven, systematisch seltener die Pille nehmen und häufiger Kondome nutzen. Auch wenn umgekehrt ungewollt eingetretene und dann akzeptierte Schwangerschaften zum Sozialhilfebezug geführt haben können, so ist doch eine Nutzung von Kondomen aus Kostengründen riskanter und eine (erneute) ungewollt eingetretene Schwangerschaft wahrscheinlicher.

Eine Schlussfolgerung ist, dass es nicht nur um eine Kostenübernahme gehen kann, sondern die Informationen darüber zugänglich sein müssen. Dies zeigt das Beispiel des Verzichts auf Pille und Spirale (rückblickend) in einem Alter, in dem ein Anspruch auf Erstattung durch Krankenkassen bestand, was aber offensichtlich nicht bekannt war oder nicht genutzt werden konnte. Auch sind die altersspezifischen Bedarfe – auch der Wunsch nach Spirale und Sterilisation bei abgeschlossener Familienplanung – zu beachten.

Insgesamt legen die Daten konsistent nahe, dass eine Kostenübernahme für Verhütung bei Frauen mit einem geringen Einkommen der Prävention von ungewollten Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen dienen kann. Sie ist zudem ein Gebot der Gesundheitsförderung und notwendig für die Einlösung der reproduktiven Rechte. Und schließlich dient sie der Herstellung von Chancengleichheit unter Frauen. Ungewollt eingetretene (akzeptierte) Schwangerschaften, deren Wahrscheinlichkeit bei weniger wirksamer Verhütung höher ist, können den Sozialhilfebezug verfestigen und Erwerbs- und Bildungschancen bei

gering verdienenden Frauen beeinträchtigen. Die Ergebnisse des Modellprojekts »biko« können weitere Erkenntnisse zu einer angemessenen Versorgung mit Verhütungsmöglichkeiten bei Frauen mit geringem Einkommen liefern.



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

Kontakt:

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

Literatur

- HELFFERICH, CORNELIA (2015): Geringes Einkommen als Hürde beim Zugang zu Verhütung. In: pro familia magazin 3, S. 10–13, verfügbar auch unter <http://docplayer.org/17942161-Geringes-einkommen-als-huerde-beim-zugang-zu-verhuetung.html>
- HELFFERICH, CORNELIA (2016): Bezug staatlicher Sozialleistungen und Verhütung. Ergebnisse der Studie »frauen leben 3«. In: BZGA (Hrsg.): Forum Sexuaufklärung und Familienplanung, 1/2016, S. 3–7
- BZGA (2016): »frauen leben 3«. Familienplanung im Lebenslauf von Frauen – Schwerpunkt: Ungewollte Schwangerschaften. Eine Studie im Auftrag der BZGA von Cornelia Helfferich, Heike Klindworth, Yvonne Heine, Ines Wlosnewski. Köln
- KLEBER, MICHAELA (2006): Kostenloser Zugang zu Verhütungsmitteln. Überflüssiger Luxus oder kluge Sozialpolitik? In: pro familia Magazin 4, S. 27–29
- NITZ, TANJA/BUSCH, ULRIKE (2014): »Pille oder Risiko?« Studie zum Verhütungsverhalten unter ALG-II-Bezug. In: pro familia Magazin 1, S. 28–29
- STAENDER, JOHANNES/THONKE, INES (2015): Regionale Kostenübernahme von Verhütungsmitteln für Menschen mit geringem Einkommen. In: Schattenblick – Politik 104, verfügbar unter <http://www.schattenblick.de/infopool/medizin/soziales/m7p00104.html>

Selbstbestimmt verhüten

Modellprojekt »biko« erprobt Beratung, Information und Kostenübernahme bei Verhütung für Frauen mit wenig Geld

Kristina Nottbohm, Alexandra Ommert

Studien zeigen, dass Frauen ihr Verhütungsverhalten ändern, wenn das Geld knapp ist. Bei der selbstbestimmten Wahl einer Verhütungsmethode sollten jedoch nicht die Kosten, sondern Verträglichkeit, Sicherheit und individuelle Lebenssituation die entscheidenden Kriterien sein. Der pro familia Bundesverband erprobt deshalb in einem wissenschaftlich begleiteten Modellprojekt an sieben Standorten in Deutschland, wie eine Kostenübernahme von verschreibungspflichtigen Verhütungsmitteln für Frauen ab 20 Jahren, die über wenig Geld verfügen, realisiert werden kann.

Das Modellprojekt »biko« – Beratung, Information und Kostenübernahme bei Verhütung – wird seit Oktober 2016 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördert und soll Frauen ermöglichen, ihr Verhütungsmittel selbstbestimmt zu wählen sowie ungewollte Schwangerschaften zu vermeiden.

Hintergrund: aktuelle Situation in Deutschland

Der Hintergrund, vor dem das Modellprojekt entwickelt wurde, lässt sich im Wesentlichen auf zwei Befunde zuspitzen: Erstens verzichten Frauen auf sichere Verhütung, wenn das Geld knapp ist. Und zweitens gibt es ab dem 20. Lebensjahr keine flächendeckende finanzielle Unterstützung für Verhütungsmittel für Frauen, die Anspruch auf Sozialleistung haben oder über ein vergleichbar geringes Einkommen verfügen. Damit haben diese Frauen geringere Chancen auf eine selbstbestimmt gelebte Verhütung. Es fehlt eine bundeseinheitliche Lösung, die den Rechtsanspruch für Frauen garantiert.

Finanzielle Lage bestimmt Verhütungsverhalten

Regelmäßige Ausgaben wie etwa für die Pille, aber auch hohe einmalige Kosten, wie sie bei der Einlage einer Spirale (bis

ca. 400 Euro) anfallen, können das Budget von Frauen mit geringem Einkommen deutlich überschreiten. Studien konnten zeigen, dass Frauen – obwohl ihnen Verhütung wichtig ist – ihr Verhütungsverhalten ändern und eher preiswertere und weniger zuverlässige Methoden verwenden oder auf Verhütung ganz verzichten, wenn die Kosten für sichere Verhütungsmittel zu teuer für sie sind.¹ So kommen die Sozialforscherinnen der aktuellen Studie »frauen leben 3« zu dem Ergebnis: »Als besonderes Zugangsproblem haben sich für Frauen mit Bezug staatlicher Unterstützungsleistungen (vor allem ALG II) die Kosten für Pille, die Spirale und die Sterilisation erwiesen. Dies kann erklären, warum Frauen mit niedriger Bildung und/oder einem schlecht bewerteten Einkommen häufiger nicht verhüten, wenn sie sexuell aktiv sind, obwohl sie keinen Kinderwunsch haben. (...) Das Kostenargument ist insbesondere ein Problem, wenn gegen Ende der Familienphase ein Wechsel zu Spirale oder Sterilisation die beste Option wäre, die aber nicht finanzierbar ist.« (BZGA 2016, S. 144; s. a. auch der Beitrag von C. HELFFERICH in diesem Heft)

Auch frühere, kleinere Studien kamen zu dem Ergebnis, dass Frauen mit Anspruch auf Sozialleistungen bzw. geringem Einkommen – obwohl sie sicher verhüten möchten – auf unsichere Verhütungsmittel ausweichen, wenn diese billiger und für sie finanzierbar sind (vgl. BUSCH/NITZ 2014; GÄCKLE 2006).

Keine bundesweite Regelung

Bis zur Einführung von Hartz IV wurden ab dem 21. Lebensjahr² die Kosten für ärztlich verordnete Verhütungsmittel auf Basis des Bundessozialhilfegesetzes als Sonderleistungen vom Sozialamt übernommen. Dies galt für alle, die Sozialhilfe erhalten haben. Infolge des Gesundheitsmodernisie-

¹ Maßgeblich für diesen Befund sind die Ergebnisse der Studie »frauen leben 3« der BZGA (2016), vgl. aber auch GÄCKLE 2006 und BUSCH/NITZ 2014.

² Bis zum vollendeten 20. Lebensjahr übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten für ärztlich verordnete Verhütungsmittel. Privat versicherte junge Frauen bis 20 müssen die Kosten selbst tragen.

Modellprojekt »biko« – Beratung, Information und Kostenübernahme bei Verhütung

Wo gibt es »biko«?

Die Kostenübernahme läuft von Januar 2017 (Lübeck: Oktober 2016) bis Juni 2019 (Lübeck: März 2019) an diesen sieben Standorten in den pro-familia-Beratungsstellen:

- Erfurt/Artern, Thüringen
- Halle an der Saale, Sachsen-Anhalt
- Lübeck, Schleswig-Holstein
- Ludwigsfelde (Landkreis Teltow-Fläming), Brandenburg
- Recklinghausen/Marl/Gladbeck, Nordrhein-Westfalen
- Saarbrücken, Saarland
- Wilhelmshaven/Landkreis Friesland, Niedersachsen

Für wen gibt es »biko«?

Frauen, die mindestens 20 Jahre alt sind, an einem der sieben »biko«-Standorte wohnen und eine dieser finanziellen Unterstützungen erhalten:

- Arbeitslosengeld II
- Sozialhilfe
- Kinderzuschlag
- BAföG
- Berufsausbildungsbeihilfe
- Wohngeld
- Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (auch vor dem 20. Geburtstag)

Oder sie haben ein vergleichbar geringes Einkommen. Dann kann in der Beratungsstelle geprüft werden, ob sie das »biko«-Angebot nutzen können.

Für diese Verhütungsmittel können die Kosten übernommen werden:

- Pille/Minipille
- Kupferspirale/Kupferkette
- Hormonspirale
- Depotspritze, Dreimonatsspritze
- Vaginalring
- Verhütungspflaster
- Hormonimplantat
- Pille danach (nur mit Rezept)

Mehr Informationen gibt es auf www.biko-verhuetung.de

runsgesetzes und der Veränderungen im Sozialgesetzbuch seit dem Jahr 2004 ist die Finanzierung von Verhütung für Menschen mit Anspruch auf Sozialleistungen bzw. mit geringem Einkommen schwieriger geworden. In den pauschalisierten Regelsätzen für Arbeitslosengeld-II-Empfängerinnen und -Empfänger bleiben Verhütungsmittelkosten unberücksichtigt. Sie müssen über den Regelsatz von knapp 18 Euro monatlich für »Gesundheitspflege« mitfinanziert werden. Dies kann in der Realität vieler betroffener Frauen bedeuten, dass sie sich zwischen benötigten nichtverschreibungspflichtigen Arznei- und Heilmitteln, zum Beispiel Kopfschmerztabletten und Heuschnupfenmitteln, und der Pille entscheiden müssen.

Neben Frauen und Männern, die Arbeitslosengeld II, Grundsicherungsleistungen oder Wohngeld erhalten, sind auch Geringverdienende oder Auszubildende, Studierende

und Asylbewerber/-innen in der Situation, dass für sie der Zugang zu individuell geeigneter Verhütung erschwert ist. Für Frauen, die Transferleistungen nach SGB XII erhalten, führen unklare (beziehungsweise sich widersprechende) Regelungen dazu, dass diese regional unterschiedlich ausgelegt werden.

Einige Kommunen haben den Mangel erkannt und handeln, indem sie mit sogenannten freiwilligen Leistungen Unterstützung bei der Finanzierung von Verhütungsmitteln einräumen. Somit ist ein Flickenteppich an regionalen Angeboten entstanden. Pro familia hat in einer von ihr in Auftrag gegebenen Erhebung zeigen können, wie uneinheitlich und unterschiedlich sich die Praktiken, Verfahren und Rahmenbedingungen darstellen (vgl. pro familia Bundesverband 2015, S.13).

Obgleich diese Angebote von Kommunen für einige Frauen individuelle Erleichterung bedeuten, muss auf die strukturellen Defizite hingewiesen werden:

- Die Angebote sind je nach Voraussetzungen und Verfahren unterschiedlich. Für Betroffene gibt es keine Verlässlichkeit.
- Nicht selten reichen die zur Verfügung gestellten finanziellen Mittel nicht für all diejenigen aus, die die Unterstützung in Anspruch nehmen möchten.
- Ebenso werden häufig die freiwilligen Leistungen kaum beworben, sodass nicht sichergestellt ist, dass alle Anspruchsberechtigten davon wissen können.
- Es ist eine »Postleitzahlen-Lotterie« entstanden, die den Zugang zu Unterstützungsleistungen vom Wohnort abhängig machen.

Übersehen werden darf dabei auch nicht: An den meisten Orten gibt es überhaupt keine Angebote. Auch das ist ein Ergebnis der genannten Erhebung im Auftrag von pro familia.

Internationaler Bezugsrahmen: Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte

Der Konzeption des Modellprojekts liegt die Überzeugung zugrunde, dass der selbstbestimmte Zugang zu sicheren und verträglichen Verhütungsmitteln im Rang eines individuellen Menschenrechts steht. Hierbei bezieht sich pro familia auf internationale Vereinbarungen. Das Menschenrecht auf Familienplanung wurde erstmals 1968 von den Vereinten Nationen in Teheran verkündet und 1995 in der Charta der sexuellen und reproduktiven Rechte von der International Planned Parenthood Federation (IPPF) ausformuliert. Frauen und Männer haben demnach das grundlegende Recht, über die Anzahl ihrer Kinder und den Zeitpunkt ihrer Geburt frei zu entscheiden. Darin heißt es außerdem: »Alle Personen haben das Recht, eine sichere und für sie akzeptable Methode zum Schutz vor ungeplanter Schwangerschaft frei zu wählen und anzuwenden« (IPPF 1996, S. 18).

Bestätigt wird dies auch in Dokumenten der internationalen Staatengemeinschaften. Ein Meilenstein war das Aktionsprogramm der Weltbevölkerungskonferenz der Vereinten Nationen, die 1994 in Kairo unter Beteiligung von 160 Nationen und über 3 000 Nichtregierungsorganisationen stattgefunden hat. Dort wurde das neue Paradigma der reproduktiven und sexuellen Gesundheit und Rechte vereinbart. Ein grundlegender Bestandteil ist der frauenspezifische und individuelle Rechtsansatz, der den bis dahin dominierenden

bevölkerungspolitischen Ansatz in der Entwicklungspolitik und Familienplanung ablöste. Herausragende Themen der Kairo-Konferenz waren die sexuelle und reproduktive Gesundheit und die sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung und, damit verbunden, das Empowerment von Frauen und Mädchen, die in besonders intensiver Weise von der Qualität und Erreichbarkeit der Angebote für Verhütung und reproduktive Gesundheit abhängig und von den Folgen von Armut betroffen sind.

Es folgten verschiedene Bekräftigungen dieses Paradigmas, wie beispielsweise eine Resolution der parlamentarischen Versammlung des Europarats (2008), und Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO 2014). Weitere wegweisende internationale Vereinbarungen sind die globalen Millennium Development Goals (MDG) und die Sustainable Development Goals (SGD), indem sie die Forderung nach Zugang zu reproduktiven Gesundheitsangeboten und Verhütung als Recht und Voraussetzung für Gesundheit, Geschlechtergerechtigkeit und wirtschaftliche Unabhängigkeit von Frauen betonen.

Diese internationalen Vereinbarungen und Willensbekundungen bestärken das Anliegen des Modellprojekts, den Zugang zu Verhütung umfassend zu verstehen und damit neben den finanziellen Aspekten die Selbstbestimmung, die Wahlfreiheit und den Zugang zu Beratung und verständlichen Informationen in den Mittelpunkt zu stellen.

Konzeption des Modellprojekts »biko«

Die Befunde der Ausgangssituation in Deutschland und die (internationale) Rahmung des Zugangs zu Verhütung sind die Leitlinien des Modellprojekts. In der konkreten Planung und Realisierung wurden sowohl Erfahrungen aus vorangegangenen ähnlichen Projekten berücksichtigt als auch die Expertise von pro-familia-Beratungsstellen mit Erfahrungen in regionalen Kostenübernahme-Modellen einbezogen.

Die Ziele des Modellprojekts sind

1. die Vermeidung von Schwangerschaftskonflikten,
2. die Erfassung des Bedarfs an finanzieller Unterstützung und der Bedingungen für Sicherstellung der Wahlfreiheit und selbstbestimmte Entscheidungen bei Verhütungsmitteln, exemplarisch an den lokalen Projektstandorten, und
3. das Ausloten von Möglichkeiten für eine bundesweite gesetzliche Lösung zum Rechtsanspruch auf Kostenübernahme von Verhütungsmitteln für Frauen mit wenig Geld.

Um insbesondere das zweite Ziel zu erreichen – die Erfassung des Bedarfs –, wird das gesamte Projekt mit einer wissenschaftlichen Evaluation begleitet. Es findet sowohl ein Monitoring der Inanspruchnahme als auch eine qualitative Untersuchung statt. Die Befragung fokussiert auf Erfahrungen, Barrieren und Bedarfe der einzelnen projektrelevanten Gruppen. Damit die Ziele erreicht werden können, findet ergänzend eine intensive Öffentlichkeitsarbeit statt. Im ersten Jahr wurde entsprechend eine Webseite erstellt, Flyer für die Standorte wurden in zehn Sprachen übersetzt, Plakate und andere Hilfsmittel für die Öffentlichkeitsarbeit entwickelt. Damit soll erreicht werden, dass alle anspruchsberechtigten Frauen an den Standorten das Angebot kennen. Da bei diesem Thema die Mund-zu-Mund-Propaganda

zentral ist, wurde eine Laufzeit der Kostenübernahme von 30 Monaten gewählt, damit sich ihre Wirkung entfalten kann.

Zur Erreichung der Ziele wurden Projektsäulen entworfen, die das Fundament des gesamten Modellprojekts bilden.

1. Säule:

Erprobung einer guten Praxis der Kostenübernahme – Niedrigschwelligkeit und Beratung

Die gute Praxis zur Kostenübernahme von verschreibungspflichtigen Verhütungsmitteln findet im Zusammenhang mit rechthebender, freiwilliger, diskriminierungsfreier und individueller psychosozialer Beratung und gut verständlichen Informationen zu Verhütung und Familienplanung in und durch Schwangerschaftsberatungsstellen statt. Hierbei sind zwei Aspekte besonders relevant: die Niedrigschwelligkeit und das Beratungsangebot. Niedrigschwellige Verfahren helfen, Barrieren abzubauen. Hier geht es z.B. um leichte Verständlichkeit der Informationen, um gute Erreichbarkeit der Beratungsstelle, um einen geringen bürokratischen Aufwand und darum, den Frauen doppelte oder unnötige Wege und Kosten zu ersparen. Ein niedrigschwelliges Verfahren hilft, diejenigen Frauen zu erreichen, die besonders auf die Unterstützung des Modellprojekts angewiesen sind. Mit der Kostenübernahme ist ein freiwilliges, kostenfreies Beratungsangebot verknüpft. Frauen können sich bei Bedarf zur Kostenübernahme, zu Verhütungsmethoden und Familienplanung sowie allen angrenzenden psychosozialen Themen beraten lassen. Denn in die Entscheidung für ein passendes Verhütungsmittel fließen Aspekte mit ein, die das Thema Partnerschaft und Sexualität betreffen. Vielen fällt es schwer, über diese persönlichen Themen mit dem behandelnden Gynäkologen oder der Gynäkologin zu sprechen. Eine menschenrechtsbasierte Verhütungsberatung kann hier alle Menschen unterstützen, um zusätzliche individuelle Informations- und Beratungsbedarfe abzudecken und Barrieren abzubauen. Sie ist für diejenigen besonders notwendig, die größeren Unterstützungsbedarf haben, wie z.B. für Menschen mit Lernschwierigkeiten. Sie benötigen einen Rahmen, in dem sie Fragen stellen können und Informationen in einer leicht verständlichen Sprache bekommen.

2. Säule:

Kooperationspartner Arztpraxen und Apotheken

Im Modellprojekt nimmt die Kooperation zwischen den Arztpraxen, Apotheken und Schwangerschaftsberatungsstellen eine zentrale Rolle ein. Sie sind wichtige Multiplikatoren, um das Angebot bekannt zu machen. Zudem werden die Verhütungsmittel im Modellprojekt direkt mit den Arztpraxen und Apotheken abgerechnet, somit ist keine Vorleistung notwendig. Arztpraxen beteiligen sich, indem sie sich bereit erklären, die Kosten für verschreibungspflichtige Verhütungsmittel und dazugehörige ärztliche Leistungen direkt mit pro familia abzurechnen. Die Apotheken unterstützen »biko«, indem sie die verschriebenen Verhütungsmittel nach Vorlage von »biko«-Zusage und Rezept herausgeben und ebenfalls mit pro familia abrechnen. Insofern stand zu Beginn des Projekts die Netzwerkarbeit der Beraterinnen im Vordergrund: Über »biko« wurde in Facharbeitskreisen informiert; auch die einzelnen Arztpraxen und Apotheken wurden aufgesucht und um Mitarbeit gebeten. Die Resonanz ist bisher sehr positiv, sowohl hinsichtlich der Bereitschaft, im Modellprojekt zu kooperieren, als auch

bei einer schriftlichen Befragung der Kooperationspartner mitzuwirken.³ Auch Behörden, Ämter, Beratungsstellen und soziale Einrichtungen sind wichtige Kooperationspartner, da sie Frauen mit wenig Geld über »biko« informieren.

3. Säule:

Identifikation von Barrieren im Zugang zu selbst gewählten Verhütungsmitteln und selbstbestimmten Entscheidungen

Die Identifikation von Barrieren ist eine weitere zentrale Säule, um die Arbeit im Modellprojekt begleitend zu überprüfen und weiterzuentwickeln. In der Konzeption wurde darauf geachtet, dass die Informationen über das Projekt in ausreichend viele Sprachen übersetzt werden konnten. Die Flyer liegen in Arabisch, Bulgarisch, Deutsch, Englisch, Farsi, Französisch, Kroatisch, Polnisch, Rumänisch, Russisch, Türkisch und in Leichter Sprache vor. Zudem bieten die pro-familia-Beratungsstellen vor Ort Videodolmetschen an. Das ist ein unkomplizierter Weg, schnell auf professionelle Übersetzungsdienste zuzugreifen und sich mit Frauen zu verständigen, die nur wenig oder gar kein Deutsch sprechen. Diskriminierungssensibilität und Niedrigschwelligkeit zeigen sich in strukturellen Rahmenbedingungen, aber auch in der Alltagspraxis, etwa in der Beratungshaltung oder im ersten Kontakt am Telefon. Auch hier gilt es, vorhandene Barrieren zu erkennen und im Laufe des Projekts abzubauen. Die begleitende Evaluation hat die Aufgabe, die Barrieren im Zugang zu dem Angebot zu erfassen und bereits im laufenden Projekt zurückzuspielen.

Ausblick:

Hoher Bedarf und umfassende Nachfrage

Die Erfahrungen im ersten Jahr zeigen, dass das Angebot auf eine hohe Akzeptanz bei den Kooperationspartnern und auf eine große Nachfrage bei den anspruchsberechtigten Frauen trifft. Beispielsweise konnte der Standort Lübeck bereits Anfang 2017 vermelden, dass alle ansässigen Arztpraxen mit »biko« zusammenarbeiten. Alle Standorte haben regelmäßig volle Terminkalender. Auch die überregionale Presse hat ausführlich berichtet. Über die Webseite gibt es mitunter Anfragen von Frauen bundesweit, ob es für sie Möglichkeiten der Kostenübernahme gibt, obwohl sie nicht an einem der sieben Standorte leben. Leider können wir diese Frauen nur auf mögliche kommunale Angebote verweisen. Auch an den Standorten gibt es immer wieder Anfragen von Menschen, die zwar wenig Geld zur Verfügung haben, dies aber nicht ausreichend nachweisen können. Auch diese Fälle werden in der abschließenden Evaluation Erwähnung finden.

³ Die Befragung der Kooperationspartner wird im Rahmen der Evaluation durchgeführt und ausgewertet.



Kristina Nottbohm hat Sozial- und Kommunikationswissenschaften in Deutschland und Frankreich studiert. Seit 2016 ist sie Fachreferentin beim pro familia Bundesverband und leitet das Modellprojekt »biko«.

Kontakt:

kristina.nottbohm@profamilia.de



Dr. Alexandra Ommert ist Gesellschaftswissenschaftlerin und leitet das Modellprojekt »biko«. Sie ist außerdem Fachreferentin für Fort- und Weiterbildung beim pro familia Bundesverband.

Kontakt:

alexandra.ommert@profamilia.de

Pro familia Bundesverband

Stresemannallee 3

60596 Frankfurt

Telefon 069 269577916

www.profamilia.de

www.biko-verhuetung.de

Literatur

BUSCH, ULRIKE/NITZ, TANJA (2014): Pille oder Risiko. Studie zum Verhütungsverhalten unter ALG-II-Bezug. In: pro familia magazin 1, S. 28–29

BZGA (2016): »frauen leben 3«. Familienplanung im Lebenslauf von Frauen – Schwerpunkt: Ungewollte Schwangerschaften. Eine Studie im Auftrag der BZgA von Cornelia Helfferich, Heike Klindworth, Yvonne Heine, Ines Wlosnewski. Köln

GÄCKLE, ANNELENE (2006): Familienplanung gibt es praktisch nur theoretisch – Auswirkungen von Harz IV auf das Kontrazeptionsverhalten von Harz IV-Empfängerinnen in Nordrhein-Westfalen im Kontext der Schwangerschafts(konflikt)beratung. Masterarbeit. Hochschule Merseburg

IPPF (1996): Charta der sexuellen und reproduktiven Rechte Charta. [https://www.profamilia.de/fileadmin/profamilia/ippf_charta.pdf, rev. 29.9.2017]

PARLAMENTARISCHE VERSAMMLUNG DES EUROPARATES (2008): Resolution 1607: Access to safe and legal abortion in Europe. [[http://assembly.coe.int/nw/xml/Xref/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=17638&lang=en](http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=17638&lang=en); rev. 29.9.2017]

PRO FAMILIA BUNDESVERBAND (2015): Regionale Kostenübernahmemodelle für Menschen mit geringen Einkommen. Ergebnisse einer bundesweiten Erhebung bei Schwangerschaftsberatungsstellen vor Ort. Frankfurt. [https://shop.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Fachpublikationen/hintergrund_erhebung_verhuetungskosten_2015-9-30_web.pdf, rev. 6.10.2017]

WHO (2014): Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services. Guidance and recommendations. [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/human-rights-contraception/en/, rev. 29.9.2017]

Kostenfreier Zugang zu Verhütungsmitteln und Auswirkungen auf das Verhütungsverhalten

Evaluation eines Modellprojekts in Mecklenburg-Vorpommern

Sabina Ulbricht

Ein Jahr lang konnten Frauen in bestimmten Regionen in Mecklenburg-Vorpommern verschreibungspflichtige Verhütungsmittel kostenfrei beziehen. Ihr Verhütungsverhalten vor, während und nach dieser Phase wurde untersucht; hier die Ergebnisse im Überblick.

Der Bezug staatlicher Transferleistungen (STL) wie die Grundsicherung für Arbeitsuchende in Deutschland, geregelt im Sozialgesetzbuch II (SGB II), ist mit dem Verzicht auf sichere Verhütung assoziiert (GAECKLE 2006). Ergebnissen der repräsentativen Studie »frauen leben 3« zufolge nutzen Frauen, die ihre finanzielle Situation als schlecht einschätzen und zudem STL nach SGB II beziehen, seltener die Pille (-10,6 %) oder die Hormon- bzw. Kupferspirale (-7,4 %), dafür häufiger das Kondom (+14,8 %) als Frauen ohne STL-Bezug (HELFFERICH 2016; s. a. den Beitrag von C. HELFFERICH in diesem Heft). Die folgende Studie (2013–2015) untersucht, auf welche Verhütungsmethoden Frauen, die STL beziehen, zurückgreifen, wenn ihnen der kostenfreie Zugang zu einer Auswahl von Verhütungsmitteln gewährt wird. Das Angebot kostenfreier Verhütung (kfV) konnte über einen Zeitraum von 12 Monaten (im Zeitraum zwischen dem 1. 11. 2013 und dem 31. 10. 2014) im Rahmen eines Modellprojekts in Mecklenburg-Vorpommern genutzt werden. Die Studie wurde vom Ministerium für Soziales, Integration und Gleichstellung Mecklenburg-Vorpommern gefördert.

Voraussetzungen des Zugangs zu kostenfreier Verhütung im Modellprojekt

Zugangsberechtigt zu einer Auswahl verschreibungspflichtiger, reversibler Verhütungsmittel (Pille, Hormon- oder Kupferspirale, hormoneller Verhütungsring) waren Frauen mit Bezug STL nach SGB II im Alter zwischen 20 und 35 Jahren und mit Hauptwohnsitz in definierten Postleitzahlbereichen einer städtischen und ländlichen Region Mecklenburg-Vorpommerns.

Anlaufpunkte für Frauen mit Interesse am Angebot kfV waren vier Schwangerschaftsberatungsstellen in den Modellprojektregionen. Dort erfolgten die Vorlage des aktuell gültigen Bescheids über den Bezug STL sowie des Rezepts eines gynäkologischen Facharztes/einer Fachärztin über die Verordnung eines Verhütungsmittels aus dem Angebot kfV. Die Frauen wurden darüber informiert, dass die wissenschaftliche Evaluation des Modellprojekts eine Tablet-PC-gestützte Befragung aller teilnehmenden Frauen zu ihrem Verhütungsverhalten bei Eintritt in das Modellprojekt beinhaltet. Die Bearbeitung der Fragen erfolgte eigenständig und ohne Angabe personenbezogener Daten in der Beratungsstelle.

Waren diese Voraussetzungen erfüllt, wurde das Rezept von den Beraterinnen mit einem Stempel versehen. Dieser galt als Legitimation über den kostenfreien Bezug des jeweiligen Verhütungsmittels gegenüber der Apotheke. Diese rechnete ihre Leistungen mit dem Projektträger direkt ab. Das Gleiche galt für fachärztliche Leistungen zum Einsetzen der Spirale.

Zum Abschluss wurde in der Schwangerschaftsberatungsstelle die Bereitschaft der Frauen erfragt, an einer telefonischen oder schriftlichen Abschlussbefragung, nach Ablauf des Zugangs zu kfV, teilzunehmen. War diese gegeben, wurden die Kontaktdaten (Name, Adresse sowie Telefonnummer) schriftlich eingeholt. Auf die Freiwilligkeit, an diesem Teil der wissenschaftlichen Evaluation teilzunehmen, wurde hingewiesen.

Tab. 1

Soziodemografische Merkmale der Modellprojektteilnehmerinnen (N=379)

	Häufigkeiten absolut	in Prozent
<i>Anzahl Kinder (n, %)</i>		
0	71	18,7
1-2	255	67,3
≥ 3	53	14,0
<i>Feste Partnerschaft</i>		
	220	58,1
<i>Schulbildung</i>		
Besucht die Schule	25	6,6
Ohne Schulabschluss	150	39,6
Hauptschule	180	47,5
Realschule/FH-Reife/Abitur	24	6,3
<i>Bezugsdauer SGB II</i>		
< 12 Monate	52	13,7
12-36 Monate	113	29,8
> 36 Monate	214	56,5

Inanspruchnahme des Angebots kostenfreier Verhütung

Insgesamt wurde das Angebot im Modellprojektzeitraum von 379 Frauen mit einem Durchschnittsalter von 27 Jahren genutzt. Weitere soziodemografische Merkmale sind in Tabelle 1 dargestellt. Im aktuellen Bezugszeitraum STL und bis zur Inanspruchnahme der kfV hatte ein Anteil von 13,2 % der Frauen (n=50) ausschließlich »situative« Verhütungsmethoden angewandt (z.B. Kondom, Diaphragma, Portio-kappe, Koitus interruptus), weitere 5,1 % hatten nicht verhütet. Im Rahmen des Modellprojekts hatten sich 116 Frauen für eine andere als die bislang genutzte Verhütungsmethode entschieden. Von diesen legten zum Zeitpunkt der Eingangsbefragung 38 (32,5 %) die Verordnung für die Pille, 62 (53 %) die Verordnung für die Hormonspirale, 15 (12,8 %) die Verordnung für die Kupferspirale und 2 (1,7 %) die Verordnung für den hormonellen Verhütungsring vor.

Subjektiv eingeschätzte Sicherheit angewandter Verhütung

Die Einschätzung der Sicherheit angewandter Verhütungsmethoden erfolgte für drei Zeitpunkte im Rahmen der Eingangs- und Abschlussbefragung. Die Abschlussbefragung fand drei Monate nach Ablauf des kostenfreien Zugangs zu kfV statt, d.h. 15 Monate nach der Eingangsbefragung. Adressiert wurden Frauen, die zum ersten Befragungszeitpunkt ihr Einverständnis zur Wiederkontaktierung erklärt und ihre Kontaktdaten zur Verfügung gestellt hatten. Dies waren 323 der 379 Frauen (85,2 %). Von diesen wurden 255 für die Abschlussbefragung erreicht (78,9 %). Je nach Präferenz der Kontaktierung erfolgte diese telefonisch oder postalisch per Fragebogen.

In der Eingangsbefragung wurde die subjektive Einschätzung der Sicherheit angewandter Verhütung vor Inanspruchnahme der kfV im Modellprojekt anhand der Frage »Wie sicher schätzen Sie Ihr aktuelles Verhütungsverhalten ein?« erfasst. Zugehörige Antwortkategorien waren »sehr sicher«, »sicher«, »weniger sicher« und »unsicher«. In der Abschlussbefragung lautete die Frage: »Wie sicher schätzen Sie Ihr Verhütungsverhalten im Zeitraum der Teilnahme am Modellprojekt ein?« Zudem wurde in der Abschlussbefragung, für die Zeit nach Ablauf des Zugangs zu kfV, die in der Eingangsbefragung genutzte Frage »Wie sicher schätzen Sie Ihr aktuelles Verhütungsverhalten ein?« erneut gestellt.

Wie aus Abbildung 1 hervorgeht, nahm der Anteil der Frauen, die ihr Verhütungsverhalten vor Eintritt in das Modellprojekt als »weniger sicher« bzw. »unsicher« beurteilten, von 12,9 % bzw. 7,8 % auf 2,4 % in beiden Kategorien ab. Nach Ablauf des Zugangs zu kfV nahm der Anteil der Frauen, die ihr Verhütungsverhalten als »weniger sicher« bzw. »unsicher« einschätzten, wieder leicht zu, erreichte jedoch nicht die Ausgangssituation vor Eintritt in das Modellprojekt.

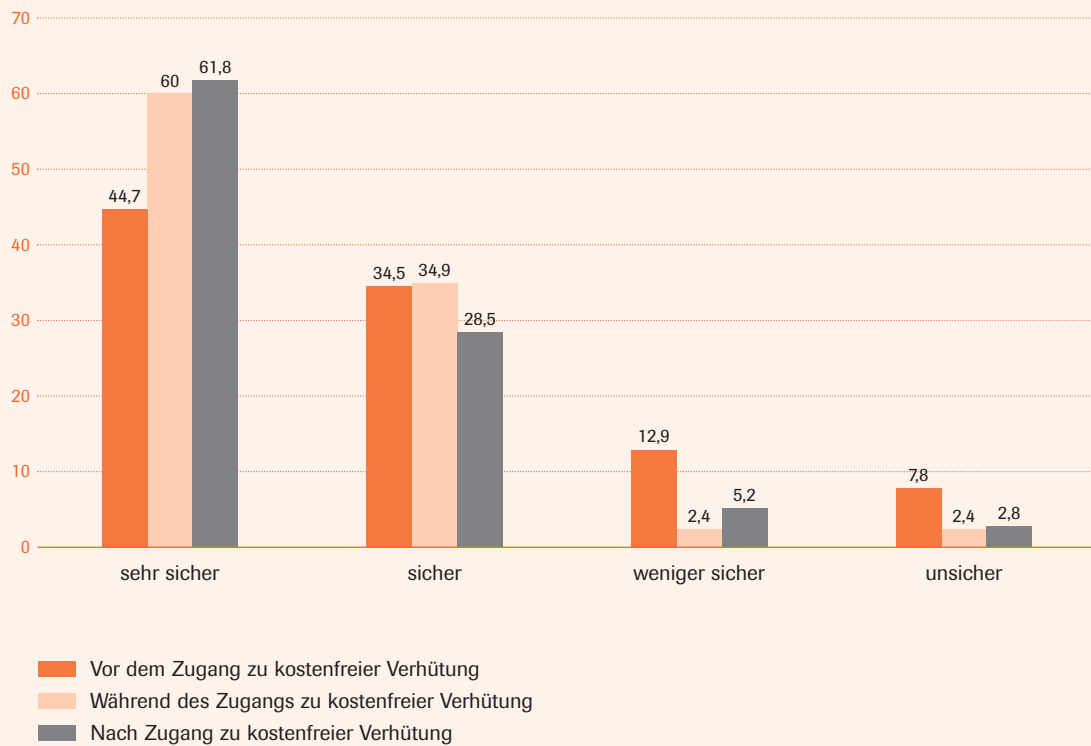
Eine mögliche Ursache dafür, dass 90,3 % der befragten Frauen ihre Verhütung, auch nach Beendigung des Zugangs zu kfV, als »sehr sicher« bzw. »sicher« einschätzten, kann zum einen in der Auswahl der kostenfreien Verhütungsmittel begründet sein. Wie in Abbildung 2 dargestellt, hatte sich ein Teil der Frauen mit der Wahl der Hormon- oder Kupferspirale für eine über den Modellprojektzeitraum hinausreichende Verhütungsmethode entschieden. Diese wird in der Regel erst in einem höheren Alter der Frau bzw. nach dem Abschluss der Familienplanung empfohlen. Zudem ist bekannt, dass Frauen, die STL beziehen, seltener die Spirale nutzen. Die Barriere, aus Kostengründen auf diese Verhütungsmethode zu verzichten, entfiel durch den Leistungsumfang des Modellprojekts. Möglicherweise hat, neben der Wahlmöglichkeit der Verhütungsmethode, auch die Beratung durch die Frauenärztin bzw. den Frauenarzt zu einer informierten Entscheidung bei der Wahl der geeigneten Verhütungsmethode beigetragen. Ein Anteil von 64 % der Frauen berichtete ein solches Beratungsgespräch. Aus der Abbildung ist jedoch auch ersichtlich, dass ein Anteil von 10,6 % (n=26) nach Ablauf der Zugangsberechtigung zu kfV angab, nicht zu verhüten. Nicht begründet wurde diese Entscheidung von 18 Frauen. Von den verbleibenden acht Frauen wurden die folgenden Gründe genannt: bestehender Kinderwunsch (n=3), eingetretene Schwangerschaft (n=1), Trennung vom Partner (n=1) sowie Unverträglichkeit genutzter Verhütungsmittel (n=3). Weitere 15 Frauen (6,4 %) nutzten im Anschluss an das Modellprojekt ausschließlich Kondome als Verhütungsmittel. Von acht Frauen wurde diese Entscheidung begründet: mit der Unverträglichkeit der Pille (n=3), der Notwendigkeit, die Spirale aus gesundheitlichen Gründen wieder zu entfernen (n=3) bzw. nicht einzusetzen (n=1) sowie, in einem Fall, der fehlenden Bereitschaft einer Frauenärztin, die Spirale zu den für das Modellprojekt geltenden finanziellen Konditionen einzusetzen.

Fazit

Die Daten dieser Studie lassen drei Schlüsse zu. Erstens bietet der kostenfreie Zugang zu Verhütungsmitteln für Frauen, die STL beziehen, die Möglichkeit, sich unabhängig von Kosten für eine Verhütungsmethode zu entscheiden.

Abb. 1

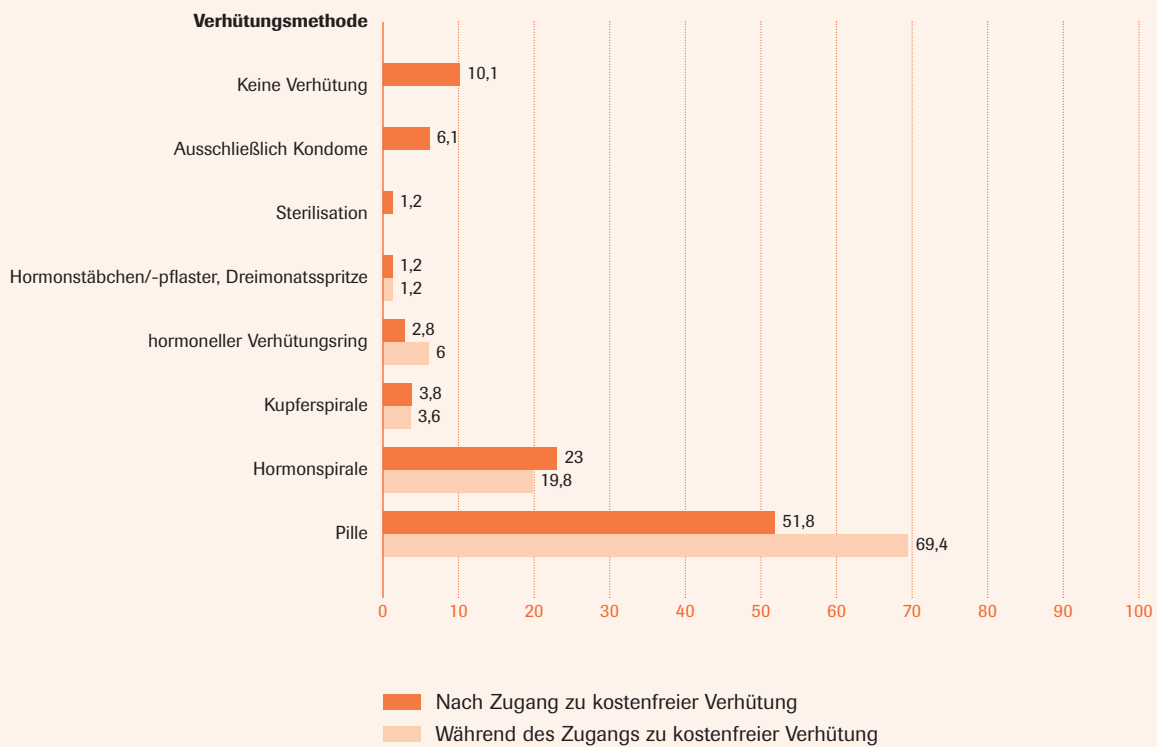
Einschätzung der Sicherheit des Verhütungsverhaltens vor, während und nach dem Zugang zu kostenfreier Verhütung (in %)*



* In die Analyse einbezogen wurden die Daten der Frauen, die sowohl an der Eingangs- als auch an der Abschlussbefragung teilgenommen hatten (n=255).

Abb. 2

Genutzte Verhütungsmethoden während und nach dem Zugang zu kostenfreier Verhütung (in %)



Vermutlich wird dieser Entscheidungsprozess zusätzlich von der Beratung durch die Frauenärztin bzw. den Frauenarzt positiv unterstützt. Unter der Voraussetzung des kostenfreien Zugangs werden in einem Beratungsgespräch kostenintensivere Verhütungsmittel wie die Spirale nicht von vornherein ausgeschlossen. Zweitens wird durch eine Auswahl kostenfreier Verhütungsmittel dem Anspruch an Sicherheit an Verhütung in den unterschiedlichen Phasen der Fertilität von Frauen Rechnung getragen. Der Zugang zu kfV stärkt, zumindest kurzfristig, das Empfinden der Frauen, sicherer zu verhüten als in der Zeit davor. Der substantielle Anteil von Frauen, die im Modellprojekt eine alternative Verhütungsmethode für sich auswählten, zeigt zudem den Bedarf und Wunsch, sicher zu verhüten. Drittens zeigen die Daten, dass ein Teil der Frauen nach Ablauf des Zugangs zu kfV entweder auf Verhütung verzichtet oder auf das Kondom als alleinige Verhütungsmethode zurückgreift. Die Gründe für diese Entscheidung scheinen vielfältig und werden nur von einem Teil der Frauen benannt. Die Unverträglichkeit zuverlässigerer Verhütungsmittel scheint dabei bedeutsam. Die Aufrechterhaltung des während der Modellprojektphase etablierten Kontakts zu Frauenärztinnen bzw. Frauenärzten scheint bei diesen Frauen besonders angezeigt, um entsprechend dem Verlauf der Familienplanung die Nutzung alternativer Verhütungsmethoden immer wieder neu auszuloten.



PD Dr. Sabina Ulbricht, MPH, arbeitet seit 2011 als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozialmedizin und Prävention der Universitätsmedizin Greifswald. Ihre aktuellen Arbeitsschwerpunkte: Entwicklung und Implementation von Präventionsmaßnahmen zu Lebensstilthemen wie z. B. Bewegung und Tabakrauchen.

Kontakt:

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

Literatur

- GAECKLE, A. (2006): Familienplanung gibt es praktisch nur theoretisch – Auswirkungen von Hartz IV auf das Kontrazeptionsverhalten von Hartz-IV-Empfängerinnen in Nordrhein-Westfalen im Kontext der Schwangerschafts-[konflikt]beratung. Masterarbeit, Hochschule Merseburg (FH): Merseburg
- HELFFERICH, C. (2016): Bezug staatlicher Sozialleistungen und Verhütung. In: BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDEITLICHE AUFKLÄRUNG (Hrsg.): FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung 1/2016, S. 3–8

Pille danach rezeptfrei erhältlich – und jetzt?

Eine kritische Bestandsaufnahme im Herbst 2017

Claudia Schumann

Im Vergleich zur breiten öffentlichen Auseinandersetzung vor der Rezeptfreigabe ist es erstaunlich still geworden um die Pille danach. Was ist seit ihrer Freigabe 2015 geschehen?

Über Jahre lief die Auseinandersetzung: Soll die Pille danach von der Rezeptpflicht befreit werden, um endlich auch in Deutschland den betroffenen Mädchen und Frauen einen möglichst schnellen und unkomplizierten Zugang zur Notfallverhütung zu ermöglichen – oder muss vor der Abgabe der Pille danach zwingend eine ärztliche Beratung erfolgen? Die Diskussion war emotional hoch besetzt.

Dann ging es plötzlich ganz schnell: Aufgrund europäischer Vorgaben wurde im Frühjahr 2015 nicht nur der Wirkstoff LNG (Levonorgestrel) von der Rezeptpflicht befreit, der seit 2000 in Deutschland zur Notfallverhütung zugelassen ist (und für den umfangreiche und langjährige Erfahrungen bezüglich Wirksamkeit und Sicherheit als Notfallkontrazeptivum im Rahmen der Selbstmedikation vorliegen), sondern auch Ulipristalacetat (UPA), in der EU erst seit 2009 zugelassen und entsprechend weniger untersucht. Was ist seitdem geschehen?

Exkurs: Was heißt und wie wirkt Notfallkontrazeption?

Notfall bedeutet hier: Die Frau hatte Geschlechtsverkehr (GV), es sind Spermien in ihren Körper gelangt. Sie könnte schwanger werden, falls sie gerade ihren Eisprung hatte bzw. es innerhalb der nächsten fünf bis sieben Tage zum Eisprung kommt, so lange können die Spermien befruchtungsfähig sein. Der Grund für die Sorge ist unterschiedlich: Pille vergessen, Kondom gerissen, gar keine Verhütung. Ob tatsächlich der Eisprung kurz bevorsteht, d.h., ob die Gefahr der Schwangerschaft überhaupt besteht bzw. wie groß das Risiko ist, lässt sich in dieser Situation kaum exakt feststellen. Aktuelle Vorschläge, das Risiko durch

gezielten Ultraschall und/oder Hormonmessung zu bestimmen (LUDWIG 2017) und damit eine »unnötige« Einnahme der Pille danach zu verhindern, wirken verlockend, sind aber bislang in ihrer Aussagekraft durch Studien nicht belegt und erscheinen in der Praxis kaum umsetzbar.

Die Pille danach verzögert den Eisprung um mehrere Tage, dadurch kann sie ein Zusammentreffen von Spermien und Eizelle verhindern. Mit UPA und LNG sind zwei Wirkstoffe dafür in Deutschland zugelassen, wobei UPA noch einige Zeit später effektiv in diesen Prozess eingreift als LNG. Ob ein Präparat wirksamer ist als das andere, wird weiter unten erörtert. In jedem Fall gilt: **Der Zeitraum zwischen GV und Pille danach sollte möglichst kurz sein!** Je mehr Zeit verstreicht, desto riskanter wird es: Wenn es schon zum Eisprung gekommen ist, kann die Pille danach nicht mehr wirken; und je weiter die Eireifung fortgeschritten ist, desto weniger sicher ist ihre aufschiebende Wirkung.

Die Spirale danach ist noch mehrere Tage nach dem Notfall zuverlässig wirksam, da sie nicht nur die Wanderung der Spermien behindert, sondern zusätzlich die Einnistung einer eventuell befruchteten Eizelle in die Gebärmutter verhindert. Sie gilt als wirkungsvollste Notfallverhütung. Trotzdem wird sie hierzulande als Alternative wenig genutzt, erklärbar zum einen durch die notwendige schnelle Entscheidung unter Zeitdruck und evtl. auch durch die Unsicherheit vieler Frauenärztinnen und -ärzte, die mit der Einlage der Spirale als Notfallkontrazeptivum kaum Erfahrung haben.

Nach der Rezeptfreigabe: die Apothekerinnen und Apotheker übernehmen

Die Bundesapothekerkammer (BAK) hat auf die neue Aufgabe, die auf die Apotheken zukam, schnell reagiert. Sie hat Curricula für Schulungsseminare entwickelt und umfassende Beratungsunterlagen erarbeitet (BAK 2015). Durchaus nicht alle Apothekerinnen und Apotheker waren und sind von der neuen Situation begeistert, wie ich in persönlichen Gesprächen erfahren habe. Es bedeutet für sie eine deutliche Mehrbelastung, gerade in den Notdienstzeiten. Manche begrüßen aber auch die damit verbundene Herausforderung an ihre fachliche Kompetenz: Sie ersetzen in einer akuten Situation die ärztliche Beratung. Die Verantwortung ist groß, moralische Fragen können sich stellen. Meist kommen die Paare zusammen, aufgeregt und in großer Sorge, oft mitten in der Nacht. Belegt ist, dass 28 % der Notfallkontrazeptiva am Wochenende in der Apotheke verlangt werden, zu Zeiten der Rezeptpflicht waren es nur 7 % (ARZBACH 2016).

Die Apothekerinnen und Apotheker sollen u.a. klären: Ist die Notfallkontrazeption aufgrund der von der Frau berichteten Situation erforderlich? Gibt es Gründe, die gegen die Einnahme sprechen? Welcher der beiden Wirkstoffe ist angebracht? Wäre evtl. die Spirale eine bessere Alternative? Was muss bei der Einnahme und in den kommenden Tagen und Wochen beachtet werden?

Die Vergabepaxis ist minutiös ausdifferenziert: Wenn der »Notfall« schon länger als fünf Tage zurückliegt oder der Verdacht auf eine schon bestehende Schwangerschaft besteht, soll die Pille danach nicht abgegeben, sondern die ärztliche Konsultation empfohlen werden. Andere Situationen (wie Hinweise auf das Risiko sexuell übertragener Erkrankungen oder der Verdacht auf Gewaltanwendung) »sind per se kein Grund für eine Nicht-Abgabe eines oralen Notfallkontrazeptivums; ein anschließender Besuch bei einem Arzt/einer Ärztin bzw. einem Gynäkologen/einer Gynäkologin wird empfohlen.« Minderjährigen sollte ebenfalls immer zusätzlich ein Arztbesuch empfohlen werden, und zuletzt heißt es: »Notfallkontrazeptiva sollen ohne Einverständnis eines Erziehungsberechtigten nicht an Mädchen unter 14 Jahren abgegeben werden« (BAK 2015). Die Abgabe soll auf den Notfall beschränkt bleiben. Eine Dokumentation der erfolgten Beratung wird empfohlen, ist aber nicht verpflichtend.

Zur Abgabepaxis gibt es eine kleinere Erhebung aus dem Herbst 2015, die »Unsicherheiten bei der Abgabe (insbesondere an Minderjährige, Dritte und bei Verdacht auf sexualisierte Gewalt) sowie ein stark uneinheitliches Vorgehen« ergab (PRO FAMILIA 2015). Eine größere aktuelle Erhebung unter knapp 140 Apothekerinnen und Apothekern bestätigt, dass diese Unsicherheiten weiterhin bestehen (DIEROLF/FREYTAG 2017). Das ist besonders problematisch im Umgang mit Gewaltopfern: Hier würde nur ca. die Hälfte der Apotheken die Pille danach abgeben, obwohl gerade das für die Frauen »eine sehr große Erleichterung darstellt« (ebd.).

Die Abgabemenge ist um mehr als 50 % angestiegen (LUDWIG 2017); dabei überwiegt UPA, obwohl es mit gut 30 Euro doppelt so teuer ist wie LNG. Manche Mädchen/Frauen verlangen von sich aus UPA, weil es »besser« sei, andere diskutieren wegen des Preises, wie mir berichtet wurde. Ob Betroffene durch die Kosten insgesamt von der Notfallkontrazeption abgeschreckt werden, ist unbekannt. Für unter 20-Jährige übernimmt die Krankenkasse die Kosten, wenn ein ärztliches Rezept vorgelegt wird, das allerdings vor dem Gang in die Apotheke besorgt werden muss.

Die zentrale Befürchtung aber, vor der die beiden großen gynäkologischen Verbände BVF (Berufsverband der Frauenärzte) und DGGG (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe) immer wieder mit unterschiedlichen Begründungen gewarnt haben (z.B. BVF/DGGG 2013), hat sich nicht bewahrheitet: Die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche ist nicht angestiegen nach der Rezeptfreigabe. Im Gegenteil: Der über die Jahre beobachtete leichte Abwärtstrend ging weiter, sowohl in absoluten wie in relativen Zahlen, von 102 815 Abbrüchen im Jahr 2013 über 99 237 im Jahr 2015 auf 98 721 im Jahr 2016. Im ersten Halbjahr 2017 ging der Trend wieder leicht nach oben; Erklärungen hierfür stehen noch aus.

UPA oder LNG?

Dass beide Wirkstoffe in Deutschland gleichzeitig von der Rezeptpflicht befreit wurden, stellt für die Praxis ein nicht unerhebliches Problem dar: Welches Präparat soll in der Apotheke empfohlen werden: das erprobte LNG, zugelassen für bis zu 72 Stunden danach, oder das neuere UPA, zugelassen für bis zu fünf Tage danach? Was ist für die Frau besser?

Die Studienergebnisse und die darauf beruhenden Aussagen der Fachleute sind nicht einheitlich:

Die Bundesapothekerkammer (BAK) kommt in ihrer vergleichenden Darstellung (BAK 2015) zu dem Schluss: »Ob UPA innerhalb von 72 Std. nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr bzw. Versagen der Kontrazeption wirksamer als LNG in Bezug auf die Schwangerschaftsraten ist, ist nicht eindeutig belegt.« Diese Aussage beruht auf einem Review zur Notfallkontrazeption von 2012 (CHENG 2012), das für den Vergleich von LNG und UPA zwei relevante Studien mit insgesamt 1716 Frauen einschließt (RR UPA vs. LNG bei Einnahme innerhalb von 72 Stunden: 0,63; 95 % Konfidenzintervall 0,37–1,07). Wenn alle Daten der zwei Studien verglichen werden, d.h. inkl. Einnahme von UPA am 4. und 5. Tag danach, verschieben sich die Zahlen geringfügig zugunsten von UPA (RR 0,59, KI 0,35–0,99). Im Update dieses Reviews von 2017 wurden dazu keine neuen Studien aufgenommen, entsprechend hat sich die grundsätzliche zusammenfassende Bewertung nicht geändert: »Ulipristalacetate (UPA) was associated with fewer pregnancies than levonorgestrel.«

Beweist das, dass UPA besser ist als LNG, d.h. zuverlässiger eine ungewünschte Schwangerschaften verhindert? So stellen es zumindest die großen frauenärztlichen Verbände in Deutschland BVF und DGGG seit Jahren in gemeinsamen Stellungnahmen dar, z.B. in der ausführlichen »Checkliste für die Verordnung von Notfallkontrazeptiva« (2013), in der UPA als »aktueller Standard in der Notfallkontrazeption« definiert wird, und erneut in einer Pressemitteilung vom August 2015.¹ Auch die Pharma-Firma HRA wirbt mit diesen Zahlen. Aber Vorsicht: Wer sich mit Statistik auskennt, wird bemerken, dass das Konfidenzintervall (KI) bis 0,99 reicht, beim Vergleich der Wirksamkeit in den ersten 72 Stunden sogar bis 1,07. Ab einem Wert von 1 ist das Ergebnis nicht signifikant, das heißt, es könnte auch zufällig entstanden sein. So ist die Bewertung »nicht eindeutig belegt« der BAK (s.o.) zu verstehen.

¹ www.BVF.de

Das kritische *arznei-telegramm* kommt zu der Beurteilung: »Allerdings stufen wir den Progesteronrezeptormodulator (UPA) derzeit wegen des im Vergleich zu Levonorgestrel deutlich geringeren Erfahrungsumfangs grundsätzlich als Mittel der Reserve ein, das an den Tagen 4 und 5 nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr in Betracht kommt, ein Zeitraum, für den eine Notfallkontrazeption mit Levonorgestrel nicht zugelassen ist« (ARZNEI-TELEGRAMM 2015a). Der Hormonexperte Michael Ludwig beurteilt die Studienlage in einem aktuellen Artikel wie folgt: »Prinzipiell sind LNG 1,5 mg und UPA 30 mg als gleich effektiv zu betrachten« (LUDWIG 2017), und weist auf die Wichtigkeit der Beratung im Einzelfall hin.

Es gibt Anhaltspunkte dafür, dass sich ein hohes Körpergewicht (BMI >30) negativ auf die Wirksamkeit beider Notfallpräparate auswirkt. Bekannt ist zudem, dass es zwischen dem Wirkstoff UPA und der Antibabypille Interaktionen gibt, die die jeweilige Wirkung reduzieren können (ARZNEI-TELEGRAMM 2015b). Pro familia stellt entsprechend fest: »Weiterhin lassen neue Daten zu möglichen Wechselwirkungen zwischen ellaOne® und hormonellen Kontrazeptiva aufhorchen, sodass im Falle eines Pilleneinnahmefehlers eine Notfallverhütung mit Levonorgestrel zu bevorzugen ist« (PRO FAMILIA 2016). Daten weisen darauf hin, dass die Wirkung der Antibabypille nach Einnahme der Pille danach nicht mehr gesichert ist, d.h., die Frau muss informiert werden, dass sie bis zur nächsten Menstruation zusätzlich Barrieremethoden anwenden sollte.

Ein Verhütungsnotfall in der Stillzeit stellt eine Sonder-situation dar: Wegen des Übertritts der Wirkstoffe in die Muttermilch wird eine Stillpause empfohlen, die bei LNG acht Stunden beträgt, bei UPA eine Woche – ein wichtiges Kriterium für die Entscheidung zwischen den beiden Wirkstoffen.

Fazit: Es ist kompliziert!

Informationsquellen der Frauen und Mädchen

Die Mädchen und Frauen müssen im Notfall selbst aktiv werden und mitentscheiden. Dafür brauchen sie verlässliche Informationen. Eine repräsentative Erhebung von 16- bis 49-jährigen Frauen einige Monate nach der Rezeptfreigabe ergab, dass sich die meisten der Befragten (71 %) subjektiv gut informiert fühlten zur Pille danach, aber nur weniger als die Hälfte der Frauen (44 %) damals bereits wussten, dass die Pille danach ohne Rezept erhältlich ist (RENNER 2016). Letzteres hat sich inzwischen sicher geändert, wie die verschwindend geringe Rezept-Nachfrage in den frauenärztlichen Praxen belegt.

Wenn auch in dieser Studie als wichtigste Informationsquelle die Printmedien angegeben werden, ist davon auszugehen, dass in der akuten Notfallsituation das Internet bei der Antwort auf die Frage: »Was müssen wir jetzt tun?« eine ganz wesentliche Rolle spielt. Bei entsprechender Suchfrage – egal ob »Kondom gerissen« oder »Pille vergessen« – landet frau/man immer als Erstes auf www.pille-danach.de, einer attraktiven und informativen Seite der Firma HRA, die beide Präparate in Deutschland vertritt. Die Seite ist ordnungsgemäß als Anzeige gekennzeichnet, firmiert aber unter der Überschrift: »Pille Danach. Dein Magazin über Liebe, Sex und Verhütung«, d.h., die Verbindung zur Pharmaindustrie ist nur erkenntlich durch einen Blick auf das Impressum.

Den Suchenden wird geraten, sich möglichst schnell die Pille danach zu besorgen. Zwar indirekt, aber eindeutig wird für UPA als das sicherere Präparat geworben: »Die Pille Danach mit dem Wirkstoff UPA senkt das Schwangerschaftsrisiko auf 0,9 %, wenn sie innerhalb von 24 Stunden nach der Verhütungspanne eingenommen wird. Die Pille Danach mit dem Wirkstoff LNG kann das Schwangerschaftsrisiko auf 2,3 % senken.« Kein Wunder, dass viele von sich aus UPA in der Apotheke verlangen. Die Möglichkeit der Abwägung, ob überhaupt die Pille danach notwendig ist, findet sich nicht.

Die entsprechenden Seiten von unabhängigen Beratungsstellen wie BZgA und pro familia erscheinen nachgeordnet; deren differenziertere Ratschläge zum Umgang mit Pille-Einnahmefehlern sind somit weniger gut auffindbar. Auch die Informationsseiten der ärztlichen Verbände rangieren weit hinter der Pharmaseite, ebenso wie die medizinischen Online-Foren wie z.B. onmeda. Dort landen seit der Freigabe deutlich mehr Anfragen zur Pille danach, wie Kolleginnen berichteten, die in diesen Feldern arbeiten.

Stimmen der Frauenärztinnen und -ärzte

Wie beurteilen die Frauenärztinnen und -ärzte die neue Situation? Da ich auch dazu keine Daten fand, habe ich im Oktober 2017 mir bekannte Frauenärztinnen und -ärzte via E-Mail nach ihren Erfahrungen befragt. Aus den immerhin 32 Antwortschreiben (von ca. 100 Angefragten) ergab sich ein komplexes Bild, das natürlich keinen Anspruch auf Repräsentativität erhebt. Grundtenor der Antworten: »Es läuft mehr oder weniger gut – ohne uns.«

Die Ärztinnen und Ärzte werden kaum mehr auf die Pille danach angesprochen; gelegentlich berichten Frauen hinterher über die Einnahme. Nur vereinzelt wird von ärztlicher Seite Bedauern geäußert, dass mit dem Wegfall der Rezeptpflicht eine Chance für die Verhütungsberatung verschwunden sei; die Mehrzahl begrüßt die Rezeptfreigabe. Viele betonen, dass sie mehr als zuvor präventiv über die Notfallverhütung informieren, besonders bei der Pillen-Erstberatung oder wenn Frauen von der Pille auf Kondome oder auf NFP (Natürliche Familienplanung) wechseln. Viele geben eine entsprechende schriftliche Information mit, z.B. von der BZgA und pro familia.

Über die Beratung in den Apotheken hören die Kolleginnen und Kollegen Unterschiedliches, sie scheint insgesamt eher kurz, gelegentlich auch dürftig zu sein. Ganz überwiegend werde UPA empfohlen, was viele Frauenärztinnen und -ärzte kritisch sehen. Dass gerade Pillenanwenderinnen nach der Pille danach bis zur nächsten Menstruation eine Barrieremethode anwenden sollten, wird anscheinend in den Apotheken nicht immer ausreichend betont. Aber es gibt auch Apothekerinnen und Apotheker, die ausführlich beraten, den Frauen eine kurze Anweisung mitgeben (weitere Kontrazeption, Verhalten bei Erbrechen kurz nach der Einnahme) und ihnen den guten Tipp geben, vor der Einnahme eine Kleinigkeit zu essen. Abgeraten werde von der Einnahme nie, auch wenn die Pille danach »eigentlich« nicht nötig sei, z.B. bei Vergessen nur einer Pille kurz vor der Einnahmepause oder im Langzyklus. (Ob eine differenzierte Beratung allerdings bislang immer und von allen Ärztinnen und Ärzten geleistet wurde, z.B. im Notdienst, wird kritisch hinterfragt.) Nur eine Kollegin berichtete, dass eine Apotheke die Abgabe der Pille danach ablehnte mit Verweis auf die Abklärung in der ärztlichen Praxis; das scheint die Ausnah-

me zu sein. Jüngere Frauen unter 20 melden sich gelegentlich »hinterher« für ein Rezept, um die Kosten doch noch erstattet zu bekommen; das wird unterschiedlich gehandhabt und ist nur in Ausnahmefällen zulässig (laut § 8 (2) der Arzneimittelrichtlinien).

Insgesamt scheinen die Mädchen und Frauen – laut Eindruck der befragten Ärztinnen und Ärzte – mit der jetzigen Abgabepaxis zufrieden zu sein und gut damit zurechtzukommen.

Mehr Notfallpillen – unverändert viele Abbrüche: Was bleibt zu tun?

Ein Hauptziel der Freigabe ist erreicht: Die betroffenen Mädchen und Frauen besorgen sich die Pille danach zumeist zeitnah direkt in der Apotheke, und sie bekommen sie anscheinend ohne Probleme. Das ist positiv zu werten!

Leider hat sich dieser Zeitvorteil bislang nicht positiv auf die Zahl der ungewollten Schwangerschaften ausgewirkt: Der deutliche Anstieg der verkauften Notfallkontrazeptiva korrespondiert nicht mit einem entsprechenden Abfall der Zahl der Schwangerschaftsabbrüche. Das entspricht allerdings den Erfahrungen aus anderen europäischen Ländern.

Eindeutig gewonnen haben die Herstellerfirmen, mit einem Anstieg der verkauften Packungen von 483 800 im Jahr 2014 auf 758 000 Packungen im Jahr 2016 (LUDWIG 2017). Negativ muss bewertet werden, dass es bislang an aussagekräftigen Evaluationen zu den Erfahrungen der Mädchen und Frauen, der Apothekerinnen und Apotheker und auch der Frauenärztinnen und -ärzte mangelt. Sie wären wichtig, um zu klären: Wo gibt es Probleme? Wie kann die Informationsvermittlung weiter verbessert werden? Die Informationsbroschüren (pro familia, BZgA, s.a. Rubrik Infothek) wurden aktualisiert, sind aber eventuell noch nicht weit genug bekannt und verbreitet. Die Informationsvermittlung im Notfall sollte mit Sicherheit nicht »Dr. Google« und der Pharmaindustrie überlassen bleiben.

Die weitere Klärung, welcher Wirkstoff wann sinnvoll einzusetzen ist, wäre dringend zu wünschen, verbunden mit eindeutigeren und übereinstimmenden Empfehlungen für die Fachkreise und die Mädchen und Frauen.

Zu fragen ist aus meiner Sicht auch, ob nicht tatsächlich die Abgabe »auf Vorrat« sinnvoll ist. Rechtlich ist das möglich, ebenso wie ja Schmerzmittel auf Vorrat gekauft werden können. Die ärztliche Beratung dazu, in Ruhe statt in einer belastenden krisenhaften Situation, könnte mithilfe eines Privatrezeptes dokumentiert werden, das belegt, dass das Mädchen/die Frau ausreichend Bescheid weiß um zu entscheiden, wann sie die Pille danach braucht. So wäre das Feld wieder offener für die Frauenärztinnen und -ärzte und deren Anspruch auf eine fachlich kompetente und individuelle Beratung; und es wäre vielleicht allen geholfen – den Mädchen und Frauen, den Ärztinnen, Ärzten, Apothekerinnen und Apothekern.

Entlassung aus der Rezeptpflicht bedeutet ja nicht Entlassung aus der ärztlichen Betreuung, sei es vor oder nach dem Notfall!



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

Kontakt:

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

Literatur

- ARZBACH, VERENA (2016): Pille danach: Ein Jahr rezeptfrei. In: pta Forum online 6/2016
- ARZNEI-TELEGRAMM (2015a): Notfallkontrazeptiva ... haltlose Kritik der Fachgesellschaften an Rezeptfreiheit. In: a-t 2015; 46:30
- ARZNEI-TELEGRAMM (2015b): Notfallkontrazeption – hormonelle Kontrazeptiva können Effekt von Ulipristal (ELLAONE) mindern. In: a-t 2015; 46:113
- BAK (2015): Rezeptfreie Abgabe von Notfallkontrazeptiva (»Pille danach«). Handlungsempfehlungen der Bundesapothekerkammer; Stand 7.10.2015
- BVF/DGGEF (2013): Checkliste für die Abgabe von Notfallkontrazeptiva. In: Frauenarzt 54 (2013) Nr. 8
- BVF und DGG (2013): Stellungnahme des Berufsverbandes der Frauenärzte (BVF) und der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) zu den Anträgen: Abgeordnete Mechthild Rawert et al. und die Fraktion der SPD: Rezeptfreiheit von Notfallkontrazeptiva Pille danach gewährleisten. Drucksache 17/11039; Abgeordnete Yvonne Ploetz et al. und die Fraktion DIE LINKE: Die Pille danach rezeptfrei machen; Drucksache 17/12102
- BVF PRESSEDIENST (2015): Pille danach – diese Themen sollten bei der Beratung in der Apotheke nicht fehlen; www.bvd.de/27.8.2015
- CHENG, L. et al. (2012): Interventions for emergency contraception. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 8. CD001324
- DIEROLF, VERENA/FREYTAG, STEFANIE (2017): Zugang zur Pille danach in den Apotheken nach der Rezeptfreigabe. In: pro familia magazin 4/2017
- LUDWIG, MICHAEL (2017): Suboptimale Beratung zur Notfallkontrazeption. In: Frauenarzt 2017 58 (10)
- PRO FAMILIA (2015): Dokumentation: Rezeptfreie Pille danach – Abgabepaxis und Information; Dezember 2015
- PRO FAMILIA (2016): Pille danach ohne Rezept – pro familia legt Verbesserungsvorschläge zur Abgabepaxis in der Apotheke vor; www.profamilia.de Pressemitteilung: 1.9.2016

Wer soll das bezahlen?

Verhütungsmittel und Zugang in England

Simone Reuter

Ein vorbildliches Versorgungssystem im Bereich sexueller Gesundheit steht unter Einsparungs- und Veränderungsdruck: eine aktuelle Analyse aus England

Alle Verhütungsmethoden und die dazugehörige Beratung sind für Frauen und Männer in England im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsversorgung durch den nationalen Gesundheitsdienst National Health Service (NHS) kostenfrei. Dies gilt auch für Diagnose und Behandlung von sexuell übertragbaren Infektionen (STIs inklusive HIV). Frauen und Männer haben freien Zugang durch Apotheken, Hausärztinnen und -ärzte (General Practitioners, GPs) und Sexual Health Clinics (SHCs).

Wie funktioniert das? Hier einige fiktive Beispiele:

Jenny ist 28 Jahre alt. Gestern ist das Kondom geplatzt. Sie hat erst in zwei Wochen einen Termin beim Hausarzt, um über Verhütung zu sprechen. Sie hat nun folgende Optionen:

A: Die Apotheke

In einem Sprechzimmer geht die Apothekerin mit Jenny eine Checkliste durch, gibt ihr die Pille danach und rät ihr gleichzeitig, sich die Spirale danach einsetzen zu lassen – im Akutfall wirksamer und schützt für mehrere Jahre. Sie gibt Jenny ein Informationsblatt zur Verhütung, die Telefonnummer der Sexual Health Clinic und rät zum Schwangerschaftstest in drei Wochen. Sie bietet einen Chlamydientest an, den Jenny per Post zurückschicken kann.

B: Der General Practitioner

Jenny bekommt einen kurzfristigen Termin für Notfallkontrazeption. Der GP verschreibt auch gleich die Pille. Falls sie die Spirale oder ein Implantat will, empfiehlt er ihr, zur SHC zu gehen, denn in der Gemeinschaftspraxis besteht

eine lange Wartezeit. Mit dem Rezept geht Jenny zur Apotheke.

C: Die Sexual Health Clinic

Die SHC ist am anderen Ende der Stadt, aber Jenny kann gleich kommen und muss nur kurz warten. Die Ärztin erfragt die Krankengeschichte und spricht mit ihr über das Schwangerschaftsrisiko. Sie bietet Notfallverhütung als Tablette oder Kupferspirale an (die gleich gelegt werden könnte) sowie Informationen über alle Verhütungsmethoden. Da Jenny sehr starke Blutungen hat, nimmt sie die Pille danach gleich in der SHC ein. Mit der Minipille zum Schnellstart hat sie nach 48 Stunden sichere Verhütung. Sie stimmt dem Chlamydientest zu und in drei Wochen hat sie einen Termin zu Schwangerschaftstest und Einlegen der Hormonspirale. Egal für welche Option sich Jenny entscheidet, sie muss nichts bezahlen.

John ist 43 Jahre alt. Seit sechs Monaten hat er eine 32-jährige Freundin. An Wochenenden haben sie zu ihren zwei Kindern auch seine drei aus früheren Beziehungen im Haus. John spricht mit seinem GP über eine Vasektomie, denn er möchte keine weiteren Kinder. Der GP informiert ihn über Vor- und Nachteile des Eingriffs. Da er sexuelle Gesundheit fördern möchte, bietet die Praxis auch Urintest für STIs und einen Bluttest für HIV und Syphilis. Der GP selbst hat auch die Befähigung und den notwendigen Dienstleistungsvertrag, um Vasektomien in der eigenen Praxis für deren gemeldete Patienten durchzuführen. Sonst würde er die Männer zum örtlichen Vasektomieservice überweisen.

Für wen steht das Angebot zur Verfügung und wer bezahlt?

Seit 1930 gibt es in England Beratungsstellen zur Verhütung, die zunächst nur Verheirateten zugänglich waren und Bezahlung verlangten. 1964 öffnete Helen Brook die nach ihr benannten Zentren für junge Frauen, die damals keine andere Anlaufstelle hatten. Brook Clinics sind bis heute ein Netzwerk von Beratungsstellen für junge Leute unter 25 Jahren. In größeren Städten gibt es auch andere Beratungsstellen, die spezielle Dienste für Jugendliche, Migranten, LGBT+ und Menschen in der Sexindustrie anbieten. Diese können weitergehende Gesundheitsleistungen und Sozialleistungen einschließen, die entweder vom NHS getragen oder von relevanten Wohlfahrtsverbänden unterstützt werden.

Der National Health Service wurde 1948 vom damaligen Gesundheitsminister Aneurin Bevan konzipiert und ist bis heute verantwortlich für die medizinische Versorgung der britischen Bevölkerung. Die drei Grundprinzipien sind Deckung der medizinischen Bedürfnisse aller Bürger, kostenfreie Nutzung und Versorgung, die auf medizinischer Notwendigkeit basiert, nicht auf der Zahlungsfähigkeit der Bürger.¹ Der NHS wird hauptsächlich durch Steuergelder und Sozialabgaben finanziert; Zuzahlungen von Patientinnen und Patienten oder andere Einkünfte sind minimal und bestehen z.B. aus Rezeptgebühren und Gebühren für zahnärztliche Versorgung.² Zusätzlich existieren Möglichkeiten privater Versicherung.

Seit 1974 sind Beratung und Verhütungsmittel in die medizinische Versorgung eingegliedert und damit kostenfrei für die Nutzerin oder den Nutzer. Erstmals gab es auch eine juristische Klärung zur Legalität der vertraulichen Beratung und Behandlung für Jugendliche unter 16 Jahren ohne Zustimmung der Eltern. Dieses Anrecht auf vertrauliche Behandlung wurde 1985 vom Oberhaus bestätigt.³

Im Rahmen von 1999 formulierten Maßnahmen zur Reduzierung von Teenagerschwangerschaften, der »National Strategy for Sexual Health and HIV« (2001)⁴ und ihrer Nachfolger, bestätigte das Gesundheitsministerium eine nationale Verpflichtung zur allgemeinen Verbesserung von sexueller Gesundheit und HIV-Bekämpfung. Diese Strategien wurden von Investitionen begleitet: Es gab nationale Medienkampagnen zur Verhütung mit Schwerpunkt auf länger wirksamen Methoden (LARCs).⁵

2005 wurde erstmalig eine Studie zur Ökonomie sexueller Gesundheit veröffentlicht.⁶ Anhand wirtschaftlicher Modelle wurde gezeigt, dass mit einer Veränderung des Nutzungsprofils (weg von der Pille, hin zu LARCs) Gesamtkosten im NHS gesenkt werden können. Besserer Zugang zu LARCs entsprach zudem den Wünschen der Frauen. Kostensenkend wirkte auch ein schnellerer Zugang zu den Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche ermöglichen.

Wie viel an Sparmaßnahmen kann man sich leisten?

Schrumpfende Budgets seit der Finanzkrise von 2008 machten vor dem NHS nicht halt. 2012 trat der neue »Health and Social Care Act« in Kraft, der die Finanzierung und Leistungsverrechnung (Commissioning) sexueller und reproduktiver Gesundheit (SRH) völlig neu regelte. Drei Institutionen (Public Health, CCGs⁷ und NHS England) wurden mit der Indienststellung von Teilaspekten beauftragt, was zur

Fragmentierung bestehender Regelungen führte. Gleichzeitig wurde die »Integration« von Verhütung und GUM⁸ in Sexual Health Clinics vorangetrieben, die unter einem Dach und bei einem Besuch die Bandbreite von Verhütung, STI/HIV-Diagnose und STI-Behandlung anbieten sollen. 2015 erschien *Making it work*, ein Dokument zur ganzheitlichen systematischen Gestaltung sexueller Gesundheit,⁹ das Interessierten relevante Fakten an Beispielen erläutert und Zugriff auf Hintergrundmaterialien gibt, deren Beschreibung hier leider nicht möglich ist.

Das öffentliche Gesundheitswesen (Public Health), ursprünglich Teil des NHS, wurde in die Kommunen eingebunden. Public Health Budgets sind bis 2019 vor Übergriffen zur Deckung von Defiziten im Sozialbudget geschützt, wurden aber seit 2015 jährlich verringert. Die Kommunen sind u.a. verantwortlich für Zugang zu Verhütungsmitteln, Diagnose und Behandlung von STIs und HIV-Prävention. Leistungen können von GPs, Einrichtungen im Schulbereich, SHCs u.a. angeboten werden, Apotheken haben Sonderverträge für Notfallkontrazeption.¹⁰

CCGs sind unter anderem für die Bereitstellung von Einrichtungen zum Schwangerschaftsabbruch und der Sterilisation beider Geschlechter zuständig.¹¹

NHS England trägt die Kosten für HIV-Medikamente, sexuelle Gesundheitsversorgung in Gefängnissen, Zentren für Opfer sexueller Gewalt, Krebsvorsorge (Abstrich), Papillomavirusimpfprogramme und andere spezielle Komponenten.¹²

Dienstleistungen, Tarife und Verträge mussten im ganzen Land neu ausgehandelt werden, um die Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Um diese Verträge konnten sich sowohl bisherige Dienstleister als auch neue bewerben, die teils aus der Privatwirtschaft kamen und im Gegensatz zu NHS-Bewerbern Erfahrung mit öffentlichen Ausschreibungen und Geschäftsmodellen hatten. Räumlichkeiten, Computersysteme, Laboreinrichtungen, Telefon- und Internetzugänge der SHCs genügten den neuen Ansprüchen oft nicht mehr. Eigenes Personal sowie örtliche GPs benötigten zusätzliche Aus- und Weiterbildung.

Die Probleme des neuen Systems blieben nicht unbeachtet. Die Studie »Unprotected Nation« (2015) warnte vor

1 Principles and values that guide the NHS. <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/nhscoreprinciples.aspx>

2 <https://www.kingsfund.org.uk/projects/nhs-in-a-nutshell/how-nhs-funded>

3 <https://www.nhs.uk/Conditions/Consent-to-treatment/Pages/Children-under-16.aspx>

4 Better prevention. Better services. Better sexual health. The national strategy for sexual health and HIV. http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/United%20Kingdom/hiv_plan_uk.pdf

5 LARCs: longer-acting reversible contraception; Dreimonatsspritze, Implantat, Hormon- und Kupferspirale

6 The Economics of Sexual Health. www.fpa.org.uk/sites/default/files/economics-of-sexual-health.pdf

7 CCGs: Clinical commissioning groups sind regionale Gruppen, die für die medizinische Grundversorgung entsprechend den Bedürfnissen der Bevölkerung verantwortlich sind.

8 GUM: Genitourinary medicine = Urogenitalmedizin

9 PUBLIC HEALTH ENGLAND (2015): *Making it work: A guide to whole system commissioning for sexual health, reproductive health and HIV.* <https://www.gov.uk/government/publications/commissioning-sexual-health-reproductive-health-and-hiv-services>

10 Ebd.

11 Ebd.

12 Ebd.

den Konsequenzen der verordneten Sparsamkeit¹³ und berechnete die zu erwartenden Gesundheits- und Sozialkosten bei weiterer Verminderung von SRH-Serviceleistungen.

Auch Parlament, Ärzteverbände und Gesundheitsinstitutionen waren besorgt: Im August 2017 erschien ein Revisionsbericht, der die oben angedeuteten Probleme auf nationaler Ebene bestätigte.¹⁴ Damit nicht genug: In den nächsten fünf Jahren sollen durch weitere Neuorganisation in Sustainability and Transformation Partnerships (STPs) enorme Summen im Gesundheits- und Sozialbereich eingespart werden. Dabei werden die NHS-Grundprinzipien in den Hintergrund gedrängt.¹⁵

Nahezu gleichzeitig legte das Dokument *Time to Act*¹⁶ vom Dachverband der Hausärzte (RCGP) Faktoren offen, die den nationalen Standard sexueller Gesundheit maßgeblich bedrohen, sofern nicht gegengesteuert wird: mangelnde Weiterbildungsmöglichkeiten für GPs im LARC-Bereich, gepaart mit Reduzierung der Kostenerstattung für LARCs (Kosten übersteigen Einkommen); weniger SHCs und Fachpersonal, was zu Engpässen in der Versorgung und Ausbildung führt; neue Zugangsbarrieren (z.B. Zugang nur für Patienten aus der Umgebung, Altersgrenzen), Schließung ländlicher SHCs; Mangel an relevanten Effektivitätsdaten und Erfahrung im Commissioning und reduzierte Budgets sowie allgemeiner Mangel an übergreifender Verantwortlichkeit und Führung im System.

Die politisch Verantwortlichen werden aufgefordert, in Aktion zu treten, um diesen Problemen schnellstmöglich zu begegnen, und relevante Empfehlungen dazu sind formuliert. Nach dem Erfolg bei der Reduzierung von Teenagerschwangerschaften, der steigenden Nutzung von LARCs und der Schaffung von patientenorientierten Sexual Health Services droht eine Umkehr der Verhältnisse, die man sich so aber nicht leisten kann. Wer würde das bezahlen?



Dr. med. Simone Reuter, FFSRH, ist Ärztin für Verhütung und sexuelle Gesundheit im Integrated Sexual Health Service, Sherwood Hospitals NHS Foundation Trust in Mansfield, England. Schwerpunkte ihrer Tätigkeit sind Beratung und Versorgung zu Verhütung und sexueller Gesundheit sowie Weiterbildung für Ärztinnen, Ärzte und Pflegepersonal in diesem Bereich. Außerdem ist sie in der Vasektomie tätig.

Kontakt:

Integrated Sexual Health Service
King's Mill Hospital
Sutton in Ashfield
Nottinghamshire
NG17 4JL
UK
simonereuter@nhs.net

13 <http://www.fpa.or.uk/sites/default/files/unprotected-nation-2015-executive-summary.pdf>

14 PUBLIC HEALTH ENGLAND (2017): Sexual Health, Reproductive Health and HIV – A review of Commissioning. <https://www.gov.uk/government/publications/sexual-health-reproductive-health-and-hiv-commissioning-review>

15 A. M. POLLOCK et al. (2017): Are radical changes to health and social care paving the way for fewer services? *BMJ* 2017; 358; j4279

16 Sexual and Reproductive Health Time to Act. RCGP, 2017. 8895 *RCGP Sexual Health online.pdf*

Verfügbarkeit und Bezahlbarkeit: Zugang zu Verhütungsmitteln in den Niederlanden

Ineke van der Vlugt

In den Niederlanden sind Kontrazeptiva seit 2011 für junge Frauen und Männer bis 21 Jahre kostenlos erhältlich. Über den Einfluss niedriger Einkommen auf die Wahl der Verhütungsmittel und -methoden liegen noch keine ausreichenden Daten vor.

In den Niederlanden sind die Nutzungsraten moderner Verhütungsmittel und -methoden (natürliche Methoden sind hier ausgenommen) relativ hoch. Eine kürzlich durchgeführte Umfrage ergab, dass fast 62 % der Frauen im gebärfähigen Alter (18 bis 49 Jahre), die schon einmal Geschlechtsverkehr hatten, Verhütungsmittel verwendeten. Die Pille wird am häufigsten genutzt (30 %), die Spirale (Intrauterinpressar; IUD) von 17 % der Befragten. 8 % aller sexuell aktiven Frauen, die nicht schwanger waren und sich auch kein Kind wünschten, hatten nicht verhütet und so eine ungewollte Schwangerschaft riskiert (WIJSEN/DE GRAAF 2017). Eine Umfrage unter Jugendlichen unter 25 Jahren zeigte außerdem, dass 94 % der Mädchen beim ersten Sexualkontakt verhütet hatten, um eine Schwangerschaft zu verhindern. Vier von fünf jungen Menschen hatten mit ihrem letzten Partner oder ihrer letzten Partnerin Verhütungsmittel angewendet (DE GRAAF et al. 2017).

Verfügbarkeit

In den Niederlanden sind Kontrazeptiva traditionell leicht verfügbar. 1964 brachte die niederländische Firma Organon die Antibabypille heraus. Seit den 1960er-Jahren wurden weitere Versionen der Pille eingeführt, gefolgt von der Spirale (1980er-Jahre), Hormonimplantaten, Hormonspritzen, Frauenkondomen, Notfallkontrazeptiva (Pille danach, 1990er-Jahre) sowie hormonellen IUDs, Vaginalringen, Hormonpflastern und weiteren Implantaten (2000er-Jahre).

Außer für Kondome und die Pille danach ist für alle Verhütungsmittel eine Verschreibung von Hausarzt oder -ärztin (GP), Gynäkologe/Gynäkologin oder einer Hebamme erforderlich. Seit 2015 können auch Hebammen Verhütungs-

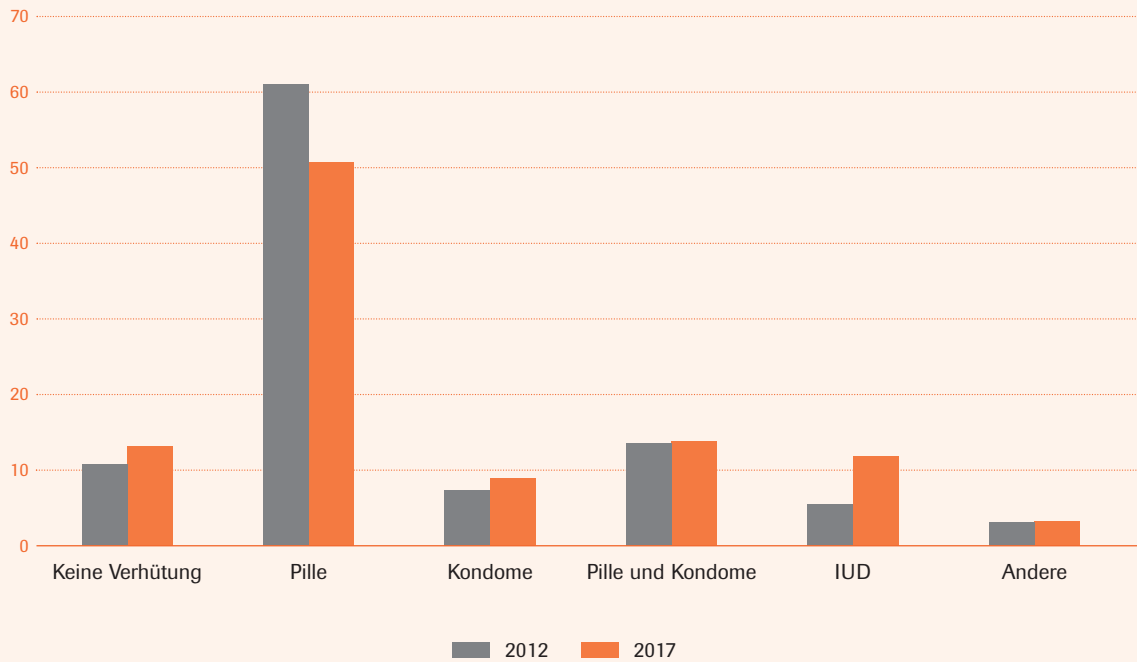
mittel verschreiben, und ab 2018 wird der Austausch von Implantaten oder Spiralen von der Krankenversicherung erstattet. Zu 90 % wenden sich junge Menschen unter 25 zur Verschreibung und zum Austausch von Kontrazeptiva an Hausarzt oder -ärztin (DE GRAAF et al. 2017). Sterilisationen und Vasektomien werden grundsätzlich in Krankenhäusern oder Abtreibungskliniken durchgeführt. Kondome für Männer sind in Apotheken, Drogerien, Supermärkten und Automaten in Bars, an Veranstaltungsorten sowie online weithin verfügbar. Seit einigen Jahren ist auch das Frauenkondom sowohl online als auch offline bei Kondomereien und Drogerien zu bekommen. Die Notfallpillen Norlevo (seit 2005) und Ella One (seit 2015) gibt es rezeptfrei in Apotheken oder Drogerien. Außer ggf. bei medizinischen Kontraindikationen gibt es keine Altersbeschränkungen beim Bezug von Verhütungsmitteln; Jugendliche unter 16 Jahre müssen allerdings eine Einverständniserklärung der Eltern vorlegen, es sei denn, das Einholen einer solchen Erklärung wäre mit besonderen Härten verbunden. Für Jugendliche, die 16 Jahre oder älter sind, ist das Einverständnis der Eltern nicht mehr notwendig. Der Hausarzt bzw. die Ärztin unterliegt der Schweigepflicht. Jungen Menschen wird verantwortungsvolles Handeln zugetraut und sie haben ein generelles Recht auf Vertraulichkeit.

Bezahlbarkeit und Kosten

Das Gesundheitssystem und die Krankenkassen wurden 2008 in den Niederlanden umfassend reformiert. Anstelle eines auf dem Einkommen basierenden und für niedrige Einkommensgruppen besonders günstigen Versicherungssystems entschied sich das Parlament für eine Grund-

Abb. 1

Derzeitige Verhütungsmethode (in %; Mädchen mit Geschlechtsverkehr)



Quelle: de Graaf et al. 2017

versicherung. Je nach Versicherungsgesellschaft liegt der monatliche Beitrag zwischen 90 und 120 Euro. Die primäre Gesundheitsversorgung (Hausärzte/-ärztinnen, Hebammen), Medikamente und Behandlungen sind für die niederländische Bevölkerung kostenfrei, allerdings muss jährlich ein Mindestbeitrag von 385 Euro (Stand 2017) selbst getragen werden. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass eine persönliche Zuzahlung die Betroffenen im Umgang mit Medikamenten und medizinischen Dienstleistungen kostenbewusster und zurückhaltender machen würde. Seit 2011 werden jungen Menschen bis 21 Jahre die Kosten für moderne Kontrazeptiva im Rahmen der Grundversicherung erstattet. Kondome, Diaphragmen und Sterilisationen werden von ihr nicht getragen. Wegen des gesetzlich vorgeschriebenen Eigenbeitrags bezahlen gesunde junge Menschen, die keine weiteren Medikamente und Behandlungen brauchen und daher die 385 Euro nicht ausschöpfen würden, ihre Verhütungsmittel aber meist selbst. Die Kosten für die Pille liegen zwischen 20 und 60 Euro jährlich. Die Beratung und Untersuchung durch Hausarzt, Hausärztin oder eine Hebamme ist kostenfrei. Der Austausch von (Kupfer-)Spiralen oder Implantaten ist für junge Menschen unter 21 Jahren ebenfalls im Rahmen der Krankenversicherung kostenlos. Frauen und Männer über 21, die ihre Verhütungsmittel nicht selbst zahlen möchten, brauchen eine Zusatzkrankenversicherung.

Besonders gefährdete Gruppen

Die Datenlage in den Niederlanden reicht nicht für den Beleg der These aus, die Kosten für Verhütungsmittel beeinflussten maßgeblich deren Verwendung. Nur 2% der an der Umfrage Teilnehmenden erwähnten die Kosten als Haupthindernis bei der Wahl eines Verhütungsmittels. Andere Gründe waren ein geringes Risikobewusstsein, medizinische Gründe, Angst vor Nebenwirkungen, fehlende Erlaubnis zur Verwendung von Verhütungsmitteln und so weiter. Das höchste Risiko für ungeplante Schwangerschaften scheint für religiöse Gruppen zu bestehen (WIJSEN/DE GRAAF 2017). Den Statistiken zu Schwangerschaftsabbrüchen zufolge gaben zwei Drittel derjenigen, die sich für einen Abbruch entschieden, an, in den letzten sechs Monaten vor der Schwangerschaft verhütet zu haben (mit Pille oder Kondom); es habe aber Anwendungsfehler gegeben oder die Methode habe versagt. Unklar ist, wie viele der Frauen mit geringem Einkommen, die eine Schwangerschaft abbrachen, nicht verhütet hatten (TWISK/WIJSEN 2016). Was die ethnische Herkunft betrifft, scheinen Frauen aus Surinam, der niederländischen Karibik und den Subsahara-Staaten Afrikas das höchste Risiko für ungewollte Schwangerschaften und Abbrüche aufzuweisen. Es ist unklar, ob das Einkommen dabei eine Rolle spielt, da dies mit Rücksicht auf den Datenschutz nicht erhoben wurde. Es ist jedoch davon auszugehen, dass Menschen mit niedrigem Einkommen sich eine Zusatzversicherung nicht immer leisten können und deshalb die Verhütungsmittel selbst bezahlen müssen. Mancherorts können Menschen, die arbeitslos sind oder nur ein niedriges Einkommen haben, von der Kommune eine Kostenerstattung erhalten.

2016 begann in zwei Städten (Tilburg und Rotterdam) ein Projekt mit Verhütungsberatung für die am stärksten gefährdeten Frauen/Mütter mit Mehrfachbelastungen (multi-problem background), geistiger Behinderung, Suchtproblemen oder psychiatrischen Störungen. Im Rahmen dieses Projekts¹ ist auch die Erstattung von Kontrazeptiva vorgesehen. Mehr Forschung ist notwendig, um tiefere Einblicke in die Gründe für die Nichtverwendung von Verhütungsmitteln zu bekommen, insbesondere auch im Hinblick auf die Frage, welche finanziellen Überlegungen dabei eine Rolle spielen.



Ineke van der Vlugt ist Programm-Managerin am Rutgers-Zentrum für sexuelle Gesundheit in den Niederlanden. Seit 2018 ist sie für die Themenfelder Kontrazeption und Schwangerschaftsabbruch verantwortlich.

Kontakt:

Rutgers
Arthur van Schendelstraat 696
3511 MJ Utrecht
Postbus 9022
NL-3506 GA Utrecht
i.vandervlugt@rutgers.nl
www.rutgers.nl
www.rutgers.international

Literatur

- GRAAF, H. DE/NIKKELEN, S./VAN DEN BORNE, M./TWISK, D./MEIJER, S. (im Druck): Seks onder je 25: Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2017. Delft: Eburon
- HEHEKAMP, L./WIJSEN, C. (2016): Landelijke abortusregistratie 2014. Utrecht: Rutgers
- TWISK, D./WIJSEN, C. (2016): Landelijke abortus registratie 2015. Utrecht: Rutgers
- WIJSEN, C./DE GRAAF, H. (im Druck): Volwassenmonitor seksuele gezondheid anno 2017. Utrecht: Rutgers & RIVM

¹ www.ggdhvb.nl/professionals/over-de-ggd/programma-nu-niet-zwanger
Innerhalb der nächsten drei Jahre wird das Programm »Nu niet zwanger« in allen Regionen der Niederlande implementiert werden.

Schwangerschaftsverhütung

Welchen Zugang haben Asylsuchende in der Schweiz?

Christine Sieber

In der Schweiz werden die Kosten für Verhütung nicht von der obligatorischen Krankenversicherung vergütet. Auch die staatliche Sozialhilfe übernimmt diese Kosten nicht generell. Selbst für Asylsuchende gibt es keine einheitliche Regelung: Wie eine Erhebung von SEXUELLE GESUNDHEIT Schweiz zeigt, existieren große Unterschiede zwischen den Kantonen in der Art und Weise, wie Asylsuchende bei Wunsch nach Schwangerschaftsverhütung unterstützt werden.

Bei der Verhütungsfinanzierung gibt es in der Schweiz keinen Unterschied zwischen Schweizerinnen und Ausländerinnen: Verhütung wird gemäß Krankenversicherungsgesetz (KV) nicht vergütet und muss selbst bezahlt werden. Für Frauen mit niedrigem Einkommen, für junge Frauen und für Asylsuchende gelten dieselben Grundbedingungen. Dies ist für Frauen und Familien mit kleinem Budget problematisch, da sie dringend notwendige Ausgaben abwägen müssen: das sichere, aber teure Verhütungsmittel oder die Winterschuhe für die Tochter?

Sozialhilfe in der Schweiz

Frauen und Familien mit Migrationshintergrund sind in der Schweiz übermäßig von prekären Arbeits- und Lebensbedingungen betroffen. Dies zeigt sich auch in der Statistik zur Sozialhilfe: Im Jahr 2015 haben insgesamt 265 626 Menschen staatliche Sozialhilfe bezogen (Sozialhilfequote 3,2 %). 47 % der Sozialhilfebezieherinnen und -bezieher haben keinen Schweizer Pass. Das Sozialhilferisiko für Personen mit ausländischer Herkunft ist also deutlich höher als für Schweizerinnen und Schweizer: 6,2 % gegenüber 2,2 % (BUNDESAMT FÜR STATISTIK 2017).

Armutsbetroffene Personen, die als anerkannte Flüchtlinge Asyl und damit ein Bleiberecht erhalten haben oder als

Flüchtlinge vorläufig aufgenommen wurden, erhalten die gleichen Leistungen wie einheimische Sozialhilfebezieherinnen und -bezieher. Hingegen werden Menschen in einem hängenden Asylverfahren sowie vorläufig aufgenommene Personen deutlich weniger unterstützt. Abgewiesene Asylsuchende haben überhaupt keinen Anspruch auf Sozialhilfe, sondern bekommen ausschließlich Nothilfe.¹

Keine Übernahme von Verhütungsmitteln durch die Sozialhilfe

Da in der Schweiz Verhütungsmittel nicht von der obligatorischen Krankenversicherung übernommen werden, zählen Spirale oder Pille bei den Sozialhilfebehörden als »nicht kassenpflichtige Medikamente«. Diese müssen grundsätzlich über den sogenannten Grundbedarf selber finanziert werden. Allerdings ist es möglich, dass solche Kosten als »situationsbedingte Leistungen« übernommen werden, wenn dies mit Blick auf den konkreten Fall »sinnvoll, nutzbringend und ausgewiesen« ist. Laut Auskunft der Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe (SKOS) besteht denn auch vielerorts die Praxis, dass die Kosten für Verhütungsmittel von der Sozialhilfe zusätzlich übernommen werden. Gemäß SKOS verfügen die Sozialdienste diesbezüglich über einen Ermessensspielraum, es besteht jedoch kein Anspruch auf Kostenübernahme. Dies öffnet das Feld für Ungleichheiten zwischen den Kantonen, da die Frage der Kostenübernahme für Verhütungsmittel pro Kanton oder Gemeinde unterschiedlich gehandhabt wird.

¹ Personen mit einem Rechtsstatus in der Schweiz erhalten Sozialhilfe. Personen ohne Rechtsstatus können sich nur auf die Nothilfe berufen. Diese Hilfe soll einen Minimalstandard garantieren, der für »ein menschenwürdiges Dasein« unerlässlich ist.

Finanzierung von Verhütungsmitteln bei Asylsuchenden in Bundesasylzentren

Asylsuchende und anerkannte Flüchtlinge in der Schweiz haben, wie jede in der Schweiz wohnhafte Person, Anrecht auf medizinische Grundversorgung nach den Regeln des Krankenversicherungsgesetzes KVG (Bundesgesetz über die Krankenversicherung; SR 832.10). Verhütungsmittel sind jedoch wie bereits erwähnt nicht im Leistungskatalog des KVG enthalten. Laut dem Staatssekretariat für Migration SEM übernehmen die Asylbetreuungsorganisationen die Kosten für Verhütungsmittel, wenn diese ärztlich verschrieben sind und solange sich die Asylsuchenden in der Obhut von Bundesasylzentren befinden. Für Asylsuchende, die im Verlauf des Asylverfahrens in kantonale Asylunterkünfte überführt werden, gelten abhängig vom Kanton unterschiedliche Regelungen.

»Finanzierung von Verhütung« –

ein Projekt von SEXUELLE GESUNDHEIT Schweiz

Die höhere Armutsbetroffenheit und die dadurch fehlenden finanziellen Ressourcen von Migrantinnen und Migranten für die Finanzierung von Verhütungsmitteln zeigten sich auch in einem Projekt von SEXUELLE GESUNDHEIT Schweiz (SGCH). Eine einmalige private Spende ermöglichte den Beratungsstellen für sexuelle Gesundheit und Familienplanung, Gesuche zu stellen, um Frauen, Männer und Jugendliche in sozial oder finanziell schwierigen Situationen bei der Finanzierung einer Verhütungsmethode zu unterstützen. Mehr als die Hälfte der knapp 60 Gesuche betrafen Frauen oder Familien mit Migrationshintergrund. Fast alle wünschten sich eine langfristige sichere Verhütungsmethode (SGCH 2017). Das Projekt wurde im Februar 2017 abgeschlossen.

Asylsuchende auf kantonaler Ebene: große Unterschiede

SEXUELLE GESUNDHEIT Schweiz stellte als Dachorganisation der Beratungsstellen für sexuelle Gesundheit und Familienplanung 2015/16 einen Anstieg an Beratungsdienstleistungen gegenüber Asylsuchenden und einen erhöhten Bedarf an Schulungen und Weiterbildungsmöglichkeiten sowohl für die Betreuungspersonen wie auch für die Asylsuchenden fest. Aus diesem Grund hat die Stiftung die Kantone anlässlich des Weltverhütungstages 2016 aufgefordert offenzulegen, wie der Zugang von Asylsuchenden zu Verhütung, Beratung und Verhütungsmitteln geregelt ist. Sie hat dazu aufgerufen, den Zugang zu verbessern und Asylsuchende zu unterstützen, ihr Grundrecht auf Entscheidungsfreiheit in Bezug auf ihre reproduktive Gesundheit wahrzunehmen. Drei Viertel der Kantone haben auf diese Umfrage geantwortet.

Laut dem Bericht zur Umfrage (SGCH 2017) stehen Asylsuchenden, die in kantonalen Asylunterkünften leben, Kondome in der Regel kostenlos oder zu einem niedrigen Preis zur Verfügung. Weiter werden hormonelle Verhütungsmittel und Kupferspiralen aufgeführt, welche am häufigsten zur Schwangerschaftsverhütung verwendet werden. Aus

diesem Bericht wird deutlich, wie unterschiedlich die Kantone Asylsuchende beim Zugang zu Verhütungsmitteln unterstützen. Das Spektrum ist breit: Manche Kantone übernehmen die Kosten, wenn die Verhütungsmittel ärztlich verschrieben wurden, andere beteiligen sich nicht daran. Dies führt zu der bereits erwähnten Ungleichbehandlung. Eine Herausforderung sind laut Bericht auch die richtigen Ansprechpartner, die das Thema professionell, neutral, mit der richtigen Distanz und den neuesten Erkenntnissen angehen. Die Hemmschwelle sei groß, in der Asylunterkunft über tabuisierte Themen wie Sexualität und sexuelle Gesundheit zu sprechen, wurde von einigen Kantonen in ihrer Antwort festgehalten. Manche Asylunterkünfte arbeiten daher eng mit den Beratungsstellen für sexuelle Gesundheit zusammen.

Gesundheitsversorgung von Frauen und ihren Säuglingen in Asylunterkünften

Eine kürzlich veröffentlichte Studie der Berner Fachhochschule zur sexuellen und reproduktiven Gesundheitsversorgung von Frauen und ihren Säuglingen in Asylunterkünften in der Schweiz bestätigt, dass der Zugang von asylsuchenden Frauen zu sicheren Verhütungsmitteln oft schwierig ist (CIGNACCO 2017). Zwar stünden gemäß Auskunft der Interviewpartnerinnen in allen Asylunterkünften niedrigschwellig kostenlose Kondome zur Verfügung. Diese stellten jedoch eine Verhütungsform dar, die die Frauen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit primär von der Kooperationsbereitschaft ihres Partners abhängig mache.

Best Practice in der lateinischen Schweiz

Die oben erwähnte Studie bezeichnet den Kanton Waadt als »ein Vorbildmodell für die Gesundheitsversorgung vulnerabler Patientinnengruppen«. Den Asylsuchenden stehen zentrale Gesundheitsdienste zur Verfügung, welche von Pflegefachpersonen geleitet werden. Diese führen Erstanamnesen durch und betreuen Asylsuchende nach den Prinzipien des Case Managements und vermitteln sie bei Bedarf vor allem an die in einem Netzwerk organisierten Primärversorger weiter. Dabei sind Dolmetschdienste garantiert und werden vom Kanton finanziert.

CIGNACCO stellt trotz der guten Gesundheitsversorgung von vulnerablen Migrantinnen und Migranten im Kanton Waadt eine Lücke in der perinatalen Versorgung fest, weil Gynäkologinnen und Gynäkologen nicht als Primärversorger gelten und daher diesem Netzwerk nicht angeschlossen sind.

Wer hilft denn nun bei der Finanzierung von Verhütungsmitteln?

Die Frage, wie Asylsuchende und Migrantinnen mit Wunsch nach sicherer Verhütung unterstützt werden können, beschäftigt viele Personen und Instanzen: die Betroffenen selbst, Sozialdienste, Asylunterkünfte, freiwillige Betreuungspersonen, Ärztinnen und Ärzte, Gesundheitsfachleute wie Hebammen oder Fachpersonen der sexuellen Gesundheit. Die Herausforderung wächst angesichts der zunehmenden Flüchtlingszahlen, aber auch angesichts des zunehmenden Spardrucks.

Für Asylsuchende in Bundeszentren ist die Lage klar: Wenn das Verhütungsmittel ärztlich verschrieben wurde, werden die Kosten übernommen. Für Asylsuchende, welche in kantonalen Unterkünften oder in einer Gemeinde leben, hängt die Übernahme der Kosten von der Handhabung des jeweiligen Kantons bzw. der jeweiligen Gemeinde, dem zuständigen Sozialamt und der zuständigen Asylbetreuungsorganisation ab. Letztere haben dafür manchmal einen gewissen Spielraum in ihrem Budget vorgesehen.

Wenn eine Frau im Asylverfahren bei der Finanzierung ihrer Verhütungsmethode Unterstützung braucht, stehen folgende Fragen im Vordergrund:

- Gibt es kantonale Regelungen zur Übernahme der Kosten für Empfängnisverhütung?
- Wird Empfängnisverhütung vom zuständigen Sozialdienst als situationsbedingte Leistung übernommen?
- Hat die Asylbetreuungsorganisation Gelder für Verhütungsmittel vorgesehen?
- Gibt es Stiftungen, welche Geld für die Verhütungsfinanzierung geben?
- Kann die regionale Beratungsstelle für sexuelle Gesundheit Unterstützung bieten?

Beratungsstellen für sexuelle Gesundheit: kostenlose Beratung

Die regionalen Beratungsstellen für sexuelle Gesundheit² sind in jedem Fall gute Ansprechpartnerinnen für die Asylverantwortlichen bei Bund, Kantonen und Gemeinden, denn die Beratungen bei Schwangerschaftsverhütung, Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch sind kostenlos. In ärztlich betriebenen Stellen werden Verhütungsmittel verschrieben und es sind Langzeitmittel erhältlich. Beratungsstellen können zudem Gesuche an Stiftungen stellen oder zum Teil Verhütungsmittel über eigene Fonds finanzieren.

Viele Stellen bieten speziell auf verschiedene Zielgruppen ausgerichtete Sexualaufklärungskurse an, Kondome und häufig auch Frauenkondome werden kostenlos abgegeben. Tests für sexuell übertragbare Infektionen oder auch Notfallkontrazeption sind ebenfalls in vielen Beratungsstellen für sexuelle Gesundheit erhältlich.

Die gute Vernetzung, die Professionalität, die Vertraulichkeit und die Kostenlosigkeit der Beratungen zu Themen der sexuellen Gesundheit für Frauen, Männer und Paare – unabhängig von Alter, Herkunft, Religion oder Aufenthaltsstatus – machen die Beratungsstellen für sexuelle Gesundheit zu idealen Partnerinnen der Asylverantwortlichen auf allen föderalen Ebenen. Voraussetzung dafür ist, dass dies dem Betreuungspersonal der Asylsuchenden bekannt ist und der Bund, respektive die Kantone und Gemeinden, die notwendigen Mittel bereitstellen, damit der zusätzliche Beratungsaufwand übernommen werden kann. Denn auch bei den Beratungsstellen sind die finanziellen Ressourcen knapp.



Christine Sieber arbeitet bei der Stiftung SEXUELLE GESUNDHEIT Schweiz, der Dachorganisation der Beratungsstellen für sexuelle Gesundheit und Familienplanung. Sie betreut verschiedene Projekte im Bereich Zugang und Wissen sowie Migration. Sie war lange Zeit als Beraterin und Sexualpädagogin bei der Beratungsstelle am Inselspital Bern tätig.

Kontakt:

*christine.sieber@sexuelle-gesundheit.ch
www.sexuelle-gesundheit.ch*

Literatur

- BUNDESAMT FÜR STATISTIK (2017): Armut in der Schweiz: Aktualisierte Indikatoren 2015
- CIGNACCO, EVA (2017): Sexuelle und reproduktive Gesundheitsversorgung von Frauen und ihren Säuglingen in Asylunterkünften in der Schweiz (REFUGEE). Eine Situationsanalyse und Empfehlungen
- SEXUELLE GESUNDHEIT Schweiz (2017): Bericht »Gesuche für die Finanzierung von Verhütungsmitteln«
- SEXUELLE GESUNDHEIT Schweiz (2017): Bericht »Verhütung: Welchen Zugang haben Asylsuchende?«

² Das Verzeichnis der Beratungsstellen für sexuelle Gesundheit befindet sich auf www.sante-sexuelle.ch/beratungsstellen

BROSCHÜREN

Medien und Materialien der BZgA

In 35. Auflage ist im Herbst 2017 die aktuelle Medien- und Materialliste zum Themenspektrum Sexualaufklärung, Familienplanung, Prävention des sexuellen Kindesmissbrauchs und Frühe Hilfen erschienen. Mit Kurzbeschreibungen und Abbildungen umfasst sie 120 Seiten.

Bestelladresse:

BZgA
50819 Köln
Telefax 0221 8992-257
order@bzga.de
www.bzga.de
Best.-Nr. 13010000

Sichergehn – Verhütung für sie und ihn

In 19. Auflage (2016) liegt die fast 100-seitige Broschüre *Sichergehn ...* der BZgA vor. Sie unterstützt Frauen und Männer bei ihrer Suche nach einer geeigneten Verhütungsmethode und gibt Informationen über Wirkung, Anwendung, Sicherheit sowie Vor- und Nachteile der Methoden.

Verhütung nach der Geburt und in der Lebensmitte, unsicheren Methoden, Verhütungspannen und ungewollter Schwangerschaft sind weitere Kapitel gewidmet.

Bestelladresse:

BZgA
50819 Köln
Telefax 0221 8992-257
order@bzga.de
www.bzga.de
Best.-Nr. 13060000

Die Pille danach

Die BZgA hat ein ausführliches Faltblatt zur Pille danach entwickelt. Es informiert Frauen und Männer darüber, was im Falle einer Verhütungspanne zu tun ist, wie die Pille danach wirkt, wie sie angewendet werden muss, wie und wo sie erhältlich ist. Es gibt Antworten auf die am häufigsten gestellten Fragen. Die gängigsten Verhütungsmittel und ihre Vor- und Nachteile werden erläutert. Ein dazugehöriges Plakat für das Wartezimmer (nur in deutscher Sprache erhältlich) oder andere öffentliche Räume gibt einen Überblick über verschiedene Verhütungsmethoden und die Pille danach. Das Faltblatt ist in Deutsch, Russisch, Türkisch, Englisch, Arabisch und Französisch erhältlich.

Bestelladresse:

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

Best.-Nr. 13061000 Deutsch
Best.-Nr. 13061060 Türkisch
Best.-Nr. 13061070 Englisch
Best.-Nr. 13061080 Französisch
Best.-Nr. 13061110 Russisch
Best.-Nr. 13061150 Arabisch

sicher sein – Pille + Pannen

Der Flyer ist für Apotheken, gynäkologische Praxen, Beratungsstellen etc. gedacht und enthält Informationen zu möglichen Anwendungsfehlern bei der Pille, ebenfalls in sechs Sprachen.

Bestelladresse:

BZgA
50819 Köln
Telefax 0221 8992-257
order@bzga.de
www.bzga.de
Best.-Nr. 13063005 Deutsch
Best.-Nr. 13063006 Türkisch
Best.-Nr. 13063007 Russisch

Best.-Nr. 13063008 Französisch
Best.-Nr. 13063011 Englisch
Best.-Nr. 13063012 Arabisch

sicher sein – Kondome + Pannen

Auch dieser Flyer *sicher sein – Kondome + Pannen* ist für Apotheken, gynäkologische Praxen, Beratungsstellen etc. konzipiert. Er bietet Informationen zu möglichen Anwendungsfehlern bei Kondomen.

Bestelladresse:

BZgA
50819 Köln
Telefax 0221 8992-257
order@bzga.de
www.bzga.de
Best.-Nr. 13063001 Deutsch
Best.-Nr. 13063002 Türkisch
Best.-Nr. 13063003 Russisch
Best.-Nr. 13063004 Französisch
Best.-Nr. 13063009 Englisch
Best.-Nr. 13063010 Arabisch

Pränataldiagnostik

Über »Beratung, Methoden und Hilfen im Überblick« (Untertitel) informiert dieses 22-seitige Faltblatt der BZgA. Es klärt grundsätzlich, was unter Pränataldiagnostik zu verstehen ist, stellt alle Methoden vor und beantwortet jeweils die Fragen »Was erfahre ich?« durch den Test/die Methode und »Wie zuverlässig ist das Ergebnis?«. Die Broschüre unterstützt durch viele weitere Informationen bei der Entscheidungsfindung und gibt weiterführenden Rat in Bezug auf die Bewältigung eines Schwangerschaftsabbruchs.

Bestelladresse:

BZgA
50819 Köln
Telefax 0221 8992-257
order@bzga.de
www.bzga.de
Best.-Nr. 13625100

Das Baby im Bauch der Mutter

Im August 2017 ist in dritter, überarbeiteter Auflage das Leporello zur embryonalen Entwicklung erschienen. Darin wird der Wachstumsprozess des Kindes in der Gebärmutter in einfacher Sprache und mit vielen Fotos erklärt.

Bestelladresse:

BZgA
50819 Köln
Telefax 0221 8992-257
order@bzga.de
www.bzga.de
Best.-Nr. 13100000

Sexualität und sexuell übertragbare Infektionen (STI)

Die Methodensammlung *Sexualität und sexuell übertragbare Infektionen (STI)* stellt mit über 40 praxisorientierten Methoden vielfältige Zugänge und Aktionen für die Arbeit mit Jugendlichen vor. Dabei folgt sie einem ganzheitlichen Ansatz, in dem Sexualaufklärung und HIV-/STI-Prävention zusammenwirken. Sie bietet somit für Fachkräfte auf über 70 Seiten eine kompakte Unterstützung, viele qualitätsgesicherte Informationen und Inspiration für die Präventionsarbeit vor Ort.

Bestelladresse:

BZgA
50819 Köln
Telefax 0221 8992-257
order@bzga.de
www.bzga.de
Best.-Nr. 70878000

Pille danach und Spirale danach

Das Faltblatt von pro familia informiert darüber, wann die Pille danach oder die Spirale danach angewendet werden kann, und enthält unter anderem Angaben zu deren Wirksamkeit, möglichen Nebenwirkungen und Kosten. In deutscher Sprache wurde die 20-seitige Broschüre Ende 2017 neu bearbeitet und aufgelegt.

Sie ist in älteren Fassungen auch in Spanisch, Englisch, Russisch und Türkisch kostenlos zu beziehen.

Bestelladresse:

pro familia Bundesverband
Stresemannallee 3
60596 Frankfurt am Main
Telefon 069 26957790
Telefax 069 269577930
info@profamilia.de
www.profamilia.de

Verhütung. Zweisprachig

Diese zweisprachige Broschüre von pro familia liegt in 12 Sprachen vor, behandelt alle gängigen Verhütungsmittel und -methoden und umfasst 64 Seiten. 2017 wurde sie ins Kurdische und in Dari übersetzt.

Bestelladresse:

pro familia Bundesverband
Stresemannallee 3
60596 Frankfurt am Main
Telefon 069 26957790
Telefax 069 269577930
info@profamilia.de
www.profamilia.de

ZEITSCHRIFTEN

pro familia magazin 4/2017: Verhütungsberatung

Um selbstbestimmte Entscheidungen in Bezug auf Verhütung treffen zu können, sind umfassende Informationen und Beratung zentral. Wie gut wird in Deutschland über Verhütungsmethoden informiert und wie kann eine rechtebasierte Beratung in diesem Kontext konkret aussehen?

Das pro familia magazin geht diesen Fragen nach. Es kann unter www.profamilia.de/publikationen abonniert oder als Einzelheft für 5,10 Euro bestellt werden.

Kontakt:

pro familia Bundesverband
Stresemannallee 3
60596 Frankfurt
Telefon 069 26957790
info@profamilia.de
www.profamilia.de

»Mit gepacktem Rucksack«: Betrifft Mädchen, Heft 4/2017

Rund 80 000 Mädchen leben bundesweit in Heimen, Wohngruppen und Pflegefamilien. Mit ihren Angeboten haben vor allem die Mädchenhäuser sichere Zufluchts- und Schutzangebote speziell für Mädchen und junge Frauen geschaffen und damit auf mädchen-spezifische Bedarfe und Problemlagen reagiert. Hier knüpft das Heft an und stellt insbesondere die Lebens- und Konfliktlagen von Mädchen in den stationären Erziehungshilfen in den Mittelpunkt: Was kennzeichnet diese? Wie sind diese durch Genderaspekte geprägt? Und welche Antworten geben

stationäre Erziehungshilfen heute darauf? Herausgeberin ist die LAG Mädchenarbeit in NRW e.V. Das Heft kostet 10 Euro zzgl. 1,20 Euro Porto.

Bestelladresse:

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

FORTBILDUNGEN

Weiterbildung Sexualberatung

Der nächste Durchgang der achteiligen Weiterbildung Sexualberatung des isp startet Anfang März 2018 im Tagungszentrum Schmerlenbach (nahe Frankfurt/Main).

Um qualifiziert beraten zu können, erwerben die Teilnehmenden das nötige Fachwissen zu sexueller Entwicklung und möglichen Störungsbildern. Die Kommunikation über Sexualität in verschiedensten Beratungssettings wird intensiv eingeübt. Die eigene Sicherheit in der Sexualberatung wird durch Selbstreflexion, Körperarbeit und Feedback gestärkt.

Über die gesamte Weiterbildungszeit durchlaufen die Teilnehmenden parallel ein Online-Beratungstraining. Sie erhalten eine enge Begleitung in Form individueller Fachberatung.

Kontakt:

Institut für Sexualpädagogik
Geschäftsstelle
Friedrich-Ebert-Ring 37
56068 Koblenz
Telefon 0261 1330637
info@isp-dortmund.de
www.isp-dortmund.de

STUDIEN

Forsa-Umfrage Verhütung

Nicht mehr als 10 Euro im Monat bezahlt die Mehrheit der Deutschen (68%) für Verhütung. Das ergab eine aktuelle forsa-Umfrage im Auftrag des Verbraucherportals Sparwelt.de unter 1 002 Personen zwischen 18 und 50 Jahren. Die beliebteste Verhütungsmethode ist mit 36% das Kondom, gefolgt von der Antibabypille mit 28%. Die Höhe der Ausgaben ist im Vergleich zwischen Männern und Frauen recht ausgeglichen: 23% der Männer und 22% der Frauen zahlen im Monat bis zu 5 Euro; 17% der Männer und

18% der Frauen zwischen 10 und 20 Euro. Größer ist der Unterschied unter den Befragten, die monatlich 5 bis 10 Euro für Verhütung ausgeben: Nur 25% der Männer, aber 33% der Frauen fallen in diese Kategorie. Unter allen Befragten, die angaben, aktuell zu verhüten, sind 87% zufrieden mit ihrer Verhütungsmethode und wollen bei dieser bleiben.

Kontakt:

Yvonne Salcewics
 SMART PR GmbH
 Talstraße 22–24
 40217 Düsseldorf
 salcewics@smart-pr.de
 www.smart-pr.de

INTERNET

**LIEBESLEBEN online –
 das neue Portal
 zu HIV und STI**

Das neue Portal der BZgA informiert über eine Vielzahl verschiedener Themen – von Kondomgebrauch und Symptomen einer STI bis hin zu Online-Dating und Coming-Out. Mit seinen über 300 Seiten und seiner innovativen Gestaltung richtet sich das Portal insbesondere an junge Erwachsene, aber auch in einem eigenen Bereich an Fachkräfte. www.liebesleben.de vermittelt qualitätsgesicherte Informationen im sensiblen Themenfeld Sexualität und ist verständlich, zeitgemäß und lebensnah.

Der Beratungsstellenfinder, einer der umfangreichsten, den es in diesem Bereich gibt, erlaubt eine gezielte bundesweite Suche nach Beratungsangeboten zu unterschiedlichen Themenfeldern: zu HIV und STI ebenso wie zu sexueller und geschlechtlicher Identität. Auf diese Weise finden alle Nutzerinnen und Nutzer die für sie passenden Hilfs- und Beratungsangebote.

**Newsletter
www.sexualaufklaerung.de**

Die BZgA stellt eine Vielzahl von Medien zur Sexualaufklärung und Familienplanung auch im Internet zur Verfügung.

Der Internetauftritt www.sexualaufklaerung.de ist ein bewährtes Angebot für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in den Bereichen Sexualaufklärung und

Familienplanung. Es unterstützt die fachliche Weiterentwicklung und Qualifizierung von Fachkräften und bietet ihnen gleichzeitig Medien und Materialien für die Arbeit mit Zielgruppen bzw. Klientinnen und Klienten. Bereitgestellt werden aktuelle BZgA-Publikationen, Studien- und Untersuchungsergebnisse sowie eine Übersicht der aktuellen Informationsmaterialien der BZgA zu den Themenfeldern Sexualaufklärung und Familienplanung, vorgeburtliche Untersuchungen und unerfüllter Kinderwunsch. Für die Bereiche Sexualpädagogik, Pränataldiagnostik und Kinderwunsch sind zudem Qualifizierungsangebote verschiedener Träger und Institutionen einsehbar.

Der Newsletter informiert drei- bis viermal jährlich über die neuesten Publikationen und aktuelle Entwicklungen. Fachlich Interessierte können sich mit wenigen Klicks auf www.sexualaufklaerung.de für den Newsletter anmelden und bleiben so regelmäßig auf dem neuesten Stand der Entwicklungen zu relevanten Veröffentlichungen und Materialien der BZgA.

Kontakt:

www.sexualaufklaerung.de

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

Berichte

- 3 **Geringes Einkommen, Sozialleistungsbezug und Verhütung.**
Aktualisierte Ergebnisse der BZgA-Studie »frauen leben 3«
Cornelia Helfferich

- 11 **Selbstbestimmt verhüten.**
Modellprojekt »biko« erprobt Beratung, Information und
Kostenübernahme bei Verhütung für Frauen mit wenig Geld
Kristina Nottbohm, Alexandra Ommert

- 15 **Kostenfreier Zugang zu Verhütungsmitteln und
Auswirkungen auf das Verhütungsverhalten.**
Evaluation eines Modellprojekts in Mecklenburg-
Vorpommern
Sabina Ulbricht

- 19 **Pille danach rezeptfrei erhältlich – und jetzt?**
Eine kritische Bestandsaufnahme im Herbst 2017
Claudia Schumann

- 23 **Wer soll das bezahlen?**
Verhütungsmittel und Zugang in England
Simone Reuter

- 26 **Verfügbarkeit und Bezahlbarkeit:**
Zugang zu Verhütungsmitteln in den Niederlanden
Ineke van der Vlugt

- 29 **Schwangerschaftsverhütung.**
Welchen Zugang haben Asylsuchende in der Schweiz?
Christine Sieber

Infothek

- 32 **Broschüren, Zeitschriften, Fortbildungen, Studien, Internet**

FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung

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

www.forum.sexualaufklaerung.de

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme
Forum Sexualaufklärung: Informationsdienst
der Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung/BZgA
Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung, Abteilung Sexualaufklärung,
Verhütung und Familienplanung – Köln: BZgA
Aufnahme nach 1996.1
ISSN 2192-2152

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

Layout und Satz:
Dietmar Burger, Berlin
Druck: Kunst- und Werbedruck, Bad Oeynhausen
Auflage: 1.14.04.18

FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung
2 – 2017 ist kostenlos erhältlich unter der
Bestelladresse
BZgA, 50819 Köln
Best.-Nr. 13329232
order@bzga.de
Alle Rechte vorbehalten.
Namentlich gekennzeichnete oder mit einem
Kürzel versehene Artikel geben nicht in jedem
Fall die Meinung der Herausgeberin wieder.
Diese Zeitschrift wird von der BZgA kostenlos
abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch
die Empfängerin/den Empfänger oder Dritte
bestimmt.

