



pro familia hintergrund



Modellprojekt biko – Beratung, Information und Kostenübernahme

Abschlussbericht

Impressum



pro familia Bundesverband
Mainzer Landstr. 250–254
60326 Frankfurt

E-Mail: info@profamilia.de
www.profamilia.de/Publikationen
© 2019

Der pro familia Bundesverband wird vom Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördert.

Titel-Foto: © Neubau Welt

Gefördert vom



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation:
Kari-Maria Karlicek, Meggi Khan-Zvorničanin, Dorte
Schaffranke



INHALTSVERZEICHNIS

ABBILDUNGSVERZEICHNIS	5
TABELLENVERZEICHNIS	6
VORWORT VON PRO FAMILIA	7
I. EINLEITUNG: DAS MODELLPROJEKT „BIKO – BERATUNG, INFORMATION UND KOSTENÜBERNAHME BEI VERHÜTUNG“	9
1 PROJEKTUMSETZUNG UND KONZEPTIONELLE SÄULEN	9
1.1 Projektumsetzung vor Ort	9
1.2 Projektziele und konzeptionelle Säulen	11
1.3 Qualitätssicherung und Nachhaltigkeit	12
2 HINTERGRUND UND AUSGANGSLAGE DES MODELLPROJEKTS	14
2.1 Sichere Verhütung hängt vom Wohnort ab	15
2.2 Menschenrechtliche Dimensionen des Modellprojekts - Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte	16
II. ERGEBNISSE DER EVALUATION	18
3 METHODISCHES VORGEHEN UND DATENGRUNDLAGE	20
3.1 Quantitative Erhebung	20
3.2 Qualitative Erhebung	21
4 ERREICHTE FRAUEN – HETEROGENITÄT DER NUTZERINNEN	26
4.1 Wie viele Frauen wurden mit welchen Anspruchsgründen erreicht?	26
4.2 Welche Soziostrukturellen Merkmale weisen die Frauen auf?	28
4.3 Wie ist die Situation von Frauen, die das Angebot des Modellprojekts biko in Anspruch nehmen? Fallbeispiele	32
5 INANSPRUCHNAHME DER KOSTENÜBERNAHME	35
5.1 Welche Verhütungsmittel wurden nachgefragt?	35
5.2 Welche Bedarfe zur Kostenübernahme haben die Frauen?	38
6 ERPROBTE GUTE PRAXIS	40
6.1 Wie wurden menschenrechtbasierte Information und Beratung zu Verhütung umgesetzt?	40
6.2 Wie konnten die guten Kooperationen mit Arztpraxen und Apotheken gelingen?	49
6.3 Welche Zugangsbarrieren bestanden im Modellprojekt und welche Strategien zu deren Überwindung wurden entwickelt?	60
6.4 Handlungsstrategien zur Überwindung von Zugangsbarrieren	68
7 KOSTENSCHÄTZUNG FÜR EINE BUNDESWEITE GELTUNG DES KOSTENÜBERNAHMEMODELLS	76
7.1 Berücksichtigte Daten und methodisches Vorgehen	76

7.2	Wie viele Klientinnen nehmen die Möglichkeit der Kostenübernahme in Anspruch?	82
7.3	Wie viele Frauen sind potenziell anspruchsberechtigt	84
7.4	Kosten für Verhütungsmittel je Kostenübernahme	87
7.5	Ableitung der regionalen und bundesweiten Kosten bei bundesweiter Geltung des Modells	88
8	WESENTLICHE ERGEBNISSE DER EVALUATION	94
8.1	Erreichte Frauen	94
8.2	Inanspruchnahme der Kostenübernahme	95
8.3	Erprobte gute Praxis	95
8.4	Kostenschätzung für eine bundesweite Übertragung des Modellprojekts	97
III.	SCHLUSS	99
9	SCHLUSSFOLGERUNGEN UND HANDLUNGSBEDARFE AUS DEM MODELLPROJEKT BIKO100	100
9.1	Bedarf für heterogene Nutzerinnen-Gruppen festgestellt	100
9.2	Nachfrage nach verschiedenen Verhütungsmitteln	101
9.3	Identifizierte Barrieren	102
9.4	Bedarf Für rechtebasierte Verhütungsberatung	104
10	EXKURS: DISKUSSION VON RECHTLICHEN REGELUNGSMÖGLICHKEITEN UND GESUNDHEITSBEGRIFF	108
11	WEITERFÜHRENDE EMPFEHLUNGEN VON PRO FAMILIA	111
11.1	Weitergehende Bedarfe	111
11.2	Kriterien für die Umsetzung reproduktiver Gesundheit und Rechte berücksichtigen	112
12	FAZIT	114
IV	LITERATURVERZEICHNIS	115
V.	ANLAGE: ZUSAMMENFASSUNG DER LEITLINIEN UND EMPFEHLUNGEN DER WHO	118

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Anzahl der Erstkontakte in Q III 2017 – Q II 2018 (N = 6.104).....	26
Abbildung 2: Anzahl der Erstkontakte in Q III 2017 – Q II 2018 nach Standort im Zeitverlauf (N = 6.104).....	27
Abbildung 3: Anspruchsberechtigung in Erstberatungsgesprächen in Q III 2017 – Q II 2018 standortübergreifend (N = 3.202).....	27
Abbildung 4: Anspruchsberechtigung in Erstberatungsgesprächen in Q III 2017 – Q II 2018 nach Standorten differenziert (N = 3.202).....	28
Abbildung 5: Altersgruppen der Klientinnen in Erstberatungsgesprächen in Q III 2017 – Q II 2018 (N = 3.046).....	29
Abbildung 6: „Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?“ in Erstberatungsgesprächen in Q III 2017 – Q II 2018 standortübergreifend (N = 3.046).....	29
Abbildung 7: „Welcher Beschäftigung gehen Sie nach?“ in Erstberatungsgesprächen in Q III 2017 – Q II 2018 standortübergreifend (n = 3.408, N = 3.046, Mehrfachnennungen möglich).....	30
Abbildung 8: „Sind Sie in einer festen Partnerschaft?“ in Erstberatungsgesprächen in Q III 2017 – Q II 2018 standortübergreifend (N = 3.046).....	31
Abbildung 9: „Wie viele Kinder haben Sie?“ in Erstberatungsgesprächen in Q III 2017 – Q II 2018 standortübergreifend (N = 3.046).....	31
Abbildung 10: „Besitzen oder besaßen Sie oder Ihre Eltern eine ausländische Staatsbürgerschaft?“ in Erstberatungsgesprächen in Q III 2017 – Q II 2018 standortübergreifend (N = 3.046).....	32
Abbildung 11: Verteilung Kostenübernahmen gesamt (N = 4.480) und nur bei Erstkontakt (N = 2.524 n = 2.370 wegen KÜ-Ablehnung) in Prozent in Q III 2017 – Q II 2018 (Abweichung von 100 % aufgrund von Rundungsfehlern).....	36
Abbildung 12: Erstattete Verhütungsmittel in Erstgesprächen in Q III 2017 – Q II 2018 nach Alter, Partnerschaft und Kindern in % der Klientinnen (N = 2.524; n = 2.370 wegen KÜ-Ablehnung).....	37
Abbildung 13: „Welche Themen wurden im Beratungsgespräch behandelt?“ in Beratungsgesprächen (Erst- und Folgeberatungsgespräche) in Q III 2017 – Q II 2018 in % der Klientinnen (n = 12.951, N = 4.751, Mehrfachnennung möglich).....	42
Abbildung 14: B Beratungsthemen in Erstgesprächen in Q III 2017 – Q II 2018 nach Alter, Partnerschaft und Kindern (n = 5.330, N = 2.524, Mehrfachnennungen möglich).....	43
Abbildung 15: Begründungen für die Bewertung der Informations- und Beratungsangebote von biko (N = 63 Arztpraxen und 50 Apotheken; 92 fehlend; Mehrfachnennungen möglich).....	45
Abbildung 16: „Bezüglich welcher Themen wurde die Klientin weitervermittelt?“ in Beratungsgesprächen (Erst- und Folgeberatungsgespräche) in Q III 2017 – Q II 2018 in % der Klientinnen (n = 529 von insgesamt N = 4.751 wegen „keine Angaben“).....	49
Abbildung 17: Etappen des Kostenübernahmeprozesses – Variante I.....	51
Abbildung 18: Etappen des Kostenübernahmeprozesses – Variante II.....	51
Abbildung 19: Etappen des Kostenübernahmeprozesses – Variante III.....	52
Abbildung 20: Bewertung des Abrechnungsverfahrens (N = 88 Arztpraxen und 76 Apotheken; 41 fehlend, Mehrfachnennungen möglich).....	52

Abbildung 21: Bewertung der Kostenübernahme (N = 102 Arztpraxen und 102 Apotheken; 1 fehlend).....	54
Abbildung 22: Bewertung des Informationsaspekts (N = 102 Arztpraxen und 102 Apotheken; 1 fehlend).....	55
Abbildung 23: Bewertung des Beratungsaspekts (N = 99 Arztpraxen und 99 Apotheken; 7 fehlend)	55
Abbildung 24: Bereitschaft, das biko-Angebot zu empfehlen (N = 205; keine Angabe: 4) 56	
Abbildung 25: Aufnahme und Pflege von Kooperationen	58
Abbildung 26: Boxplot durchschnittliche Anreisedauer zu Erstberatungsgesprächen (KÜ4) in Q III 2017 – Q II 2018 nach Standort (N = 3.046, n = 2.647 aufgrund fehlender Angaben)	61
Abbildung 27: Boxplot durchschnittliche Reisekosten für Erstberatungsgespräche (KÜ4) in Q III 2017 – Q II 2018 nach Standort (N = 3.046, n = 1.408 aufgrund exklusiver Zeitkarten und fehlender Angaben)	62

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Typisierung – Frauen in unterschiedlichen Lebenssituationen	35
Tabelle 2: Übersicht Verfügbarkeit und Verwendung von Statistiken zu Anspruchsberechtigungen	77
Tabelle 3: Projektregionen mit Anzahl der Frauen zwischen 20 bis 45 Jahren.	79
Tabelle 4: Verteilung Anzahl und standortweise Anteile von nennungsbezogenen Anspruchsberechtigungen Q III 2017 – Q II 2018 nach Anspruchskategorie und Standort; für erstmalige Kostenübernahmen (n = 2.120, N = 3.065; exklusive 3 Fälle von ‚keine Angabe‘ bei Anspruchsberechtigungen, die vermutlich auf Eingabefehler zurückgehen) 83	
Tabelle 5: Anzahl der anspruchsberechtigten Frauen nach Kriterien je Standort.....	84
Tabelle 6: Ausschöpfungsgrad je Anspruchskategorie und Standort; nennungsbezogen, erstmalige Kostenübernahme, Mehrfachnennungen möglich (N = 2.120)	86
Tabelle 7: Durchschnittliche Kosten in Euro je Kostenübernahme nach Standort, Q III 2017 – Q II 2018, (n = 4260, N = 4329).	87
Tabelle 8: Anzahl der Erst- und Folge-Kostenübernahmen nach Verhütungsmittel je Standort, Q III 2017 – Q II 2018 (n = 4.469, N = 4.480)	88
Tabelle 9: Grundgesamtheit: Anzahl anspruchsberechtigter Frauen im Alter von 20 bis 45 Jahren nach Anspruchskategorien je Bundesland	89
Tabelle 10: Hochrechnung potenzielle Nutzung: Anzahl der Frauen je Bundesland	90
Tabelle 11: Hochrechnung potenzielle Nutzung: Anzahl Kostenübernahmen innerhalb eines Jahres je Verhütungsmittel.....	91
Tabelle 12: Extrapolierte jährliche Kosten für Erst- und Folge-Kostenübernahmen in Euro je Bundesland.....	92

VORWORT VON PRO FAMILIA

Mit dem vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten und von pro familia durchgeführten Modellprojekt „biko – Beratung, Information und Kostenübernahme bei Verhütung“ wurde an sieben Standorten ein Zugang zu einer Kostenübernahme für verschreibungspflichtige Verhütungsmittel für Frauen mit wenig Geld erprobt. Darüber hinaus konnten sich Frauen freiwillig und umfassend zum Thema Verhütung beraten lassen und bei Bedarf das Angebot des Videodolmetschens nutzen. Das Modellprojekt wurde kontinuierlich durch eine Projektevaluation des unabhängigen Evaluationsinstituts „Camino Werkstatt für Fortbildung, Praxisbegleitung und Forschung im sozialen Bereich gGmbH“ begleitet. Im Projekt zeigte sich ein hoher Bedarf an Kostenübernahmen für Verhütung von Frauen mit wenig Geld. Darüber hinaus wird in der Abschlussevaluation der Bedarf an finanzieller Unterstützung geschätzt, die eine bundesweite Lösung erfordern würde. Die Erfahrungen im Modellprojekt zeigen deutlich, dass eine bundesgesetzliche Lösung erforderlich ist.

Hintergrund des Modellprojektes ist, dass Menschen mit wenig Geld sich das Verhütungsmittel ihrer Wahl oft nicht leisten können. Beispielsweise müssen Menschen im Bezug vom Arbeitslosengeld II seit 2004 verordnete Verhütungsmittel über den Regelsatz für Gesundheitspflege in Höhe von 16,11 Euro monatlich mitfinanzieren. Vereinzelt Kommunen haben deshalb spezielle Fonds eingerichtet, die jedoch den Bedarf vor Ort oft nicht decken. Es sind zudem freiwillige Leistungen und es besteht kein Rechtsanspruch. In vielen Bundesländern gibt es keine Angebote von Kommunen. Eine bundesweit einheitliche Lösung zur Kostenübernahme von Verhütungsmitteln besteht aktuell nicht. Besondere Dringlichkeit besteht für eine Regelung für Frauen mit wenig Geld: Denn vor allem Frauen wenden Verhütung an und kommen dafür auf. Oftmals können sich Frauen mit geringem Einkommen Verhütung nicht leisten.

Das übergeordnete Ziel des Modellprojektes ist es, zur reproduktiven Freiheit und zur Verwirklichung der sexuellen und reproduktiven Rechte der Menschen in der Bundesrepublik Deutschland beizutragen. Dazu gehört der Zugang zu Verhütungsmitteln unabhängig von finanziellen Ressourcen. Das Menschenrecht auf Familienplanung beinhaltet das Recht, frei zu entscheiden, ob, wann und wie viele Kinder gewünscht sind und davon abgeleitet das Recht auf Zugang zu freigewählten und gesundheitlich schonenden Verhütungsmitteln und auf qualitativ hochwertige Informationen und Beratung. Konkret heißt es unter anderem: „Alle Personen haben das Recht, eine sichere und für sie akzeptable Methode zum Schutz vor ungeplanter Schwangerschaft frei zu wählen und anzuwenden“ (IPPF 1997, S. 18). Der Praxis im Modellprojekt liegen konzeptionell die sexuellen und reproduktiven Rechte zu Grunde. Der Zugang zu Verhütung ist zentrale Voraussetzung nicht nur für selbstbestimmte Familien- und Lebensgestaltung, sondern auch für gleichberechtigte Teilhabe an Gesellschaft, für starke Familien und für reproduktive Gesundheit.

Allen Menschen sollte – unabhängig von ihrer sexuellen Orientierung oder geschlechtlichen Identität – ein selbstbestimmter Zugang zu Verhütung und Familienplanung ermöglicht werden. Eine bundesgesetzliche Regelung sollte daher auch die menschenrechtlichen Kriterien, wie sie die WHO in ihren Leitlinien und Empfehlungen für die Sicherstellung der Menschenrechte bei der Bereitstellung von Informationen und Diensten im Bereich der

Empfängnisverhütung (WHO 2014/2018b) beschrieben hat, berücksichtigen. In der Offenbacher Erklärung vom Mai 2019 spricht sich pro familia dafür aus, lokal, auf Landes- und Bundesebene verstärkt auf die Angebote für Verhütungsberatung aufmerksam zu machen. Pro familia setzt sich dafür ein, alles für den Ausbau und die fachliche Weiterentwicklung von unabhängigen Angeboten der freiwilligen, rechtebasierten psychosozialen Verhütungsberatung ergänzend zum Angebot der niedergelassenen Ärzt/-innen zu tun.

I. EINLEITUNG: DAS MODELLPROJEKT „BIKO – BERATUNG, INFORMATION UND KOSTENÜBERNAHME BEI VERHÜTUNG“

KRISTINA NOTTBOHM, ALEXANDRA OMMERT (PRO FAMILIA)

1 PROJEKTUMSETZUNG UND KONZEPTIONELLE SÄULEN

1.1 PROJEKTUMSETZUNG VOR ORT

Das Modellprojekt „biko – Beratung, Information und Kostenübernahme bei Verhütung“ ermöglichte Frauen ab 20 Jahren, die Sozialleistungen¹ beziehen oder über ein vergleichbar geringes Einkommen² verfügen, eine Kostenübernahme für verschreibungspflichtige Verhütungsmittel. Darüber hinaus wurden ein niedrigschwelliges Angebot einer (freiwilligen) Verhütungsberatung sowie die Möglichkeit zum Videodolmetschen vorgehalten.

Diese Angebote wurde an sieben lokalen Standorten umgesetzt: Erfurt/Artern, Halle an der Saale, Lübeck, Ludwigsfelde (Landkreis Teltow-Fläming), Recklinghausen/Marl/Gladbeck, Saarbrücken und Wilhelmshaven/Landkreis Friesland. Für die Auswahl der sieben Standorte war ausschlaggebend, erstens dass möglichst viele Bundesländer, darunter auch die östlichen Bundesländer, beteiligt waren, zweitens die jeweilige Armutsquote der Standorte sowie drittens dass am Standort kein Kostenübernahmeverfahren der Kommune bestand. Zudem wurde darauf geachtet, dass sowohl städtisch als auch ländlich geprägte Standorte beteiligt waren. Bei der Definition der Größe der Einzugsgebiete wurde berücksichtigt, inwiefern die Nachfrage und die Kontaktpflege mit den Kooperationspartnern mit den zur Verfügung stehenden personellen und finanziellen Ressourcen realistisch umsetzbar waren. Die Begrenzung des Einzugsgebietes ist den äußeren Einschränkungen des Modellprojektes geschuldet.

Das Angebot der Kostenübernahme an den lokalen Standorten war für Klientinnen von Januar 2017 bis Juni 2019 zugänglich (Lübeck: von Oktober 2016 bis März 2019). Die Gesamtdauer des Modellprojektes erstreckte sich von Oktober 2016 bis September 2019.

Die Kostenübernahme für verschreibungspflichtige Verhütungsmittel umfasste die Pille, Hormon- und Kupferspiralen, Kupferkette, Hormonimplantat, Vaginalring, Dreimonatspritze, Verhütungspflaster und die Pille Danach (nur auf Rezept). Mit der Begrenzung auf

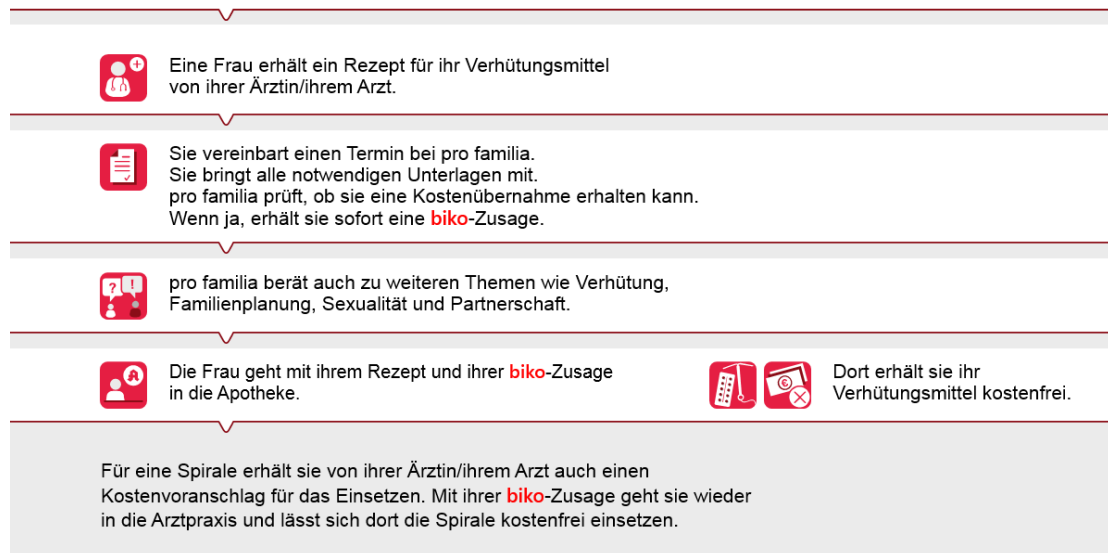
¹ Anspruchsberichtig waren Frauen, die folgende Leistungen beziehen: Leistungen nach Sozialgesetzbuch (SGB II und SGB XII), Bundeskindergeldgesetz (§ 6a BKGG), Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG), Berufsausbildungsbeihilfen (BAB), Wohngeldgesetz (WohngeldG) oder Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG).

² Der Einkommensrechner berechnete, ob das eigene Einkommen unterhalb folgender Grenze liegt: doppelter Regelsatz für den Haushaltsvorstand plus einfacher Regelsatz für Familienangehörige plus Kosten für Unterkunft plus Heizkosten plus einer Pauschale von 10 % auf die Gesamtsumme.

verschreibungspflichtige Verhütungsmittel wurden Methoden ausgeschlossen, insbesondere Methoden für Männer wie das Kondom und die Sterilisation, aber auch Barrieremethoden für die Frau wie das Diaphragma. Mit der Entscheidung für ausschließlich verschreibungspflichtige Verhütungsmittel war ein niedrigschwelliges Verfahren möglich, in dem die lokalen Arztpraxen und Apotheken als Kooperationspartner direkt mit pro familia abrechnen konnten und somit Frauen nicht in Vorleistung treten mussten. Dies ermöglichte den niedrigschwelligen Zugang für Frauen ohne jegliche finanzielle Spielräume.

Für die Klientinnen, die einen Anspruch auf das Angebot hatten, bspw. aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II oder Berufsausbildungsbeihilfe, stellte sich der Ablauf der Kostenübernahme wie folgt dar:

So lief die Kostenübernahme ab



Bei Inanspruchnahme aufgrund von geringem Einkommen wurde in der Beratungsstelle anhand eines Einkommensrechners geprüft, ob die Frau anspruchsberechtigt war. In einem Excel-Sheet wurden Einkommen, Kosten für Unterkunft und Anzahl der im Haushalt lebenden Personen eingetragen. Der Rechner zeigte die Anspruchsberechtigung oder das Überschreiten der Einkommensgrenze an (Berechnung siehe Fußnote 2).

Informationen für Klient/-innen sowie Informationen für die Kooperationspartner (Arztpraxen und Apotheken) und Multiplikator/-innen wurden im Internet (www.biko-verhuetung.de) und in gedruckter Form (Plakate und Flyer in zehn Sprachen, darunter Leichte Sprache) sowie über lokale und bundesweite Pressearbeit zu Beginn des Projektes verbreitet. In den Materialien wurde darauf geachtet, Klientinnen als Rechteinhaberinnen zu adressieren und den Zugang zu Verhütung als Menschenrecht zu kennzeichnen.

Das Modellprojekt wurde durch ein unabhängiges wissenschaftliches Institut evaluiert. Die Ergebnisse dieser wissenschaftlichen Begleitung bilden den Hauptteil des Abschlussberichtes. Aus den Ergebnissen der Evaluation wurden die zentralen Schlussfolgerungen

gezogen und Empfehlungen entwickelt. Es wurden im Rahmen der Evaluation die Nutzerinnen, Mitarbeiterinnen des Projekts sowie Kooperationspartner befragt und Daten der Nutzung erhoben. Die Nutzerinnen des Angebotes wurden gebeten, im Rahmen der Evaluation freiwillig und unabhängig von der Kostenübernahme Fragen zu ihrer Person zu beantworten. Der Fragebogen wurde nach der Kostenübernahme zusammen mit der Beraterin ausgefüllt; die Mitwirkung an der Evaluation war somit unabhängig von der Kostenübernahme. Darüber hinaus konnten Nutzerinnen im Nachhinein über ein anonymisiertes Feedbackformular ihre Meinung zu biko abgeben. Die von den Nutzerinnen zur Verfügung gestellten Daten bilden den zentralen Datenkorpus der Evaluation. Darüber hinaus hat die wissenschaftliche Begleitung Befragungen mit weiteren projektrelevanten Gruppen wie Kooperationspartnern, Ratsuchenden und Multiplikator/-innen durchgeführt.

1.2 PROJEKTZIELE UND KONZEPTIONELLE SÄULEN

Ziel des Modellprojektes war es, den Bedarf für finanzielle Unterstützung zu erfassen und dabei die Bedingungen für die Sicherstellung der Wahlfreiheit und den selbstbestimmten Entscheidungen bei Verhütungsmitteln zu identifizieren. Es ging also darum, den Bedarf für eine Kostenübernahme exemplarisch an den 7 Modellstandorten anhand der Nachfrage des Angebotes zu erfassen und damit die Notwendigkeit einer bundesweiten Regelung zu ermitteln. Zur Kostenübernahme wurde zusätzlich und freiwillig ein Angebot zu einer ergänzenden Verhütungsberatung gemacht, die eine selbstbestimmte Verhütungsentscheidung unterstützen und Zugang zu unabhängigen und verstehbaren Informationen gewährleisten sollte. Ein weiteres Ziel war es, Möglichkeiten für eine bundesweite, gesetzliche Lösung zum Rechtsanspruch auf Kostenübernahme von Verhütungsmitteln für Frauen mit wenig Geld auszuloten. Mit der Realisierung des Zugangs zu Verhütung sollten zudem – als implizites Ziel – Schwangerschaftskonflikte vermieden werden.

Zur Umsetzung dieser Ziele wurden zentrale Projektsäulen entwickelt:

- Erste Säule: Erprobung einer guten Praxis³ zur Kostenübernahme von verschreibungspflichtigen Verhütungsmitteln in Zusammenhang mit menschenrechtsbasierter, freiwilliger, diskriminierungssensibler und individueller psychosozialer Beratung sowie gut verständlichen Informationen zu Verhütung und Familienplanung in und durch Schwangerschaftsberatungsstellen.

Die Kostenübernahme wird nicht als reiner Verwaltungsakt verstanden, sondern ist konzeptionell mit einem freiwilligen Beratungsangebot verknüpft. Dies ermöglicht es im Modellprojekt, Verhütung und Familienplanung umfassend, also im Kontext von sexueller und reproduktiver Gesundheit und Chancengleichheit zu thematisieren. Klient/-innen ermöglichte dies einen niedrigschwelligen Zugang zu Beratung und Informationen zu Verhütung und Familienplanung. Bei der Umsetzung wurden die Leitlinien und Empfehlungen der WHO zur „Sicherstellung der Menschenrechte bei der

³ Grundlegend für gute Praxis sind: Das Fachverständnis für psychosoziale Beratung, das in den Fachtexten des Deutschen Arbeitskreises für Jugend-, Ehe- und Familienberatung (DAKJEF) formuliert ist, und die Rechte der Klientinnen und Klienten. Satzungsgemäßes Ziel von pro familia ist das Engagement für sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte. Die Rechte der Klient/-innen sind zu achten, zu schützen und zu stärken. pro familia hat sich auf der Bundesdelegiertenversammlung 2016 verpflichtet, migrations- und kultursensible Angebote (unter besonderer Beachtung der Antidiskriminierung) weiterzuentwickeln.

Bereitstellung von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung“ berücksichtigt (vgl. Kapitel 1.3).

- **Zweite Säule:** Erprobung von guter Praxis von Kooperationen von Schwangerschaftsberatungsstellen mit Arztpraxen und Apotheken zur Kostenübernahme von Verhütungsmitteln und ärztlichen Leistungen in Zusammenhang mit Verhütungsmitteln. Im Modellprojekt sind konzeptionell Arztpraxen und Apotheken zentrale Kooperationspartner und 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 am Modellprojekt, 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.
- **Dritte Säule:** Identifikation von Barrieren beim Zugang zu selbstgewählten Verhütungsmitteln und selbstbestimmten Entscheidungen. In der Konzeption des Modellprojektes wurden gegen mögliche Barrieren Maßnahmen ergriffen, wie bspw. die Erprobung von Videodolmetschen und die Übersetzung der Informationsmaterialien, um Sprachbarrieren zu verringern. Zusätzlich sollten auch bisher unbedachte Barrieren im Laufe des Projektes identifiziert und passende Gegenstrategien entwickelt werden. Diskriminierungssensibilität und Niedrigschwelligkeit zeigen sich in strukturellen Rahmenbedingungen, aber auch in der Alltagspraxis, bspw. in der Beratungshaltung oder im ersten Kontakt am Telefon. Hier gilt es, vorhandene Barrieren zu erkennen und im Laufe des Projektes abzubauen. Die begleitende Evaluation hatte die Aufgabe, die Barrieren im Zugang zu dem Angebot zu erfassen und bereits im laufenden Projekt zurückzuspielen.

Für die Umsetzung dieser Ziele und Aufgaben waren an den sieben Modellstandorten jeweils eine Beraterin in Vollzeit und eine Verwaltungskraft halbtags beschäftigt. Beim Bundesverband waren für die Projektleitung jeweils halbtags zwei Projektleitungen und eine Verwaltungskraft beschäftigt.

1.3 QUALITÄTSSICHERUNG UND NACHHALTIGKEIT

Um das biko-Angebot an den Projektstandorten qualitativ hochwertig umzusetzen, hat die Projektleitung im Bundesverband - neben koordinierenden und konzeptionellen Aufgaben - vor allem die Qualitätssicherung und Nachhaltigkeit der Arbeit vor Ort verantwortet.

Zentrale Bausteine waren kontinuierliche Qualifizierungsworkshops, mit denen die Kompetenz der Projektmitarbeiterinnen nachhaltig gestärkt werden konnte. In fünf mehrtägigen Workshops wurde zu Themen wie bspw. Verhütungsmethoden und Wirkungsweisen von Verhütungsmitteln, Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit, Grundlagen der Sozialberatung oder Rollenverständnis und fachliche Hintergründe zur Arbeit mit Dolmetscher/-innen fortgebildet. Es wurde die Möglichkeit gegeben, durch fachlichen Austausch und offene Runden den Mitarbeiterinnen, ihre Erfahrungen aus der Praxis im laufenden Prozess

zurückzumelden, sodass eine klient/-innenorientierte und effiziente Projektsteuerung möglich war.

Möglichst alle anspruchsberechtigten Frauen an einem Projektstandort sollten das Angebot der Kostenübernahme und Verhütungsberatung kennen, da dies eine wichtige Voraussetzung für den Zugang zum Angebot ist.

Die Erfahrungen und fachlichen Ergebnisse sollen über das Projekt hinaus Fachkräften und Institutionen zugänglich sein. Neben Fachtexten⁴ und Projektpräsentationen in Fachkreisen entstanden im Rahmen des Modellprojektes Übersetzungen von drei WHO-Papieren ins Deutsche zum Thema Sicherstellung der Menschenrechte bei der Bereitstellung von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung (WHO 2018a/2018b/2018c).⁵ Zudem sind die fachlichen Erfahrungen und Erkenntnisse des Modellprojektes in eine Handreichung zum Videodolmetschen in Beratungsstellen eingeflossen.

In das Projektgeschehen wurden kontinuierlich die aktuellen politischen Debatten (Bundsratsentschließung, Gesetzentwürfe von Bündnis 90/Die Grünen und die Linke, Anhörung im Gesundheitsausschuss) einbezogen. Die aktuellen Entwicklungen sind ebenfalls in die Empfehlungen und Diskussion der Regelungsmöglichkeiten eingeflossen.

⁴ Vgl. bspw. Nottbohm/Ommert 2017a

⁵Die Titel der drei zusammen gehörenden Publikationen lauten: „Rahmenkonzept für die Sicherstellung der Menschenrechte bei der Bereitstellung von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung“, „Sicherstellung der Menschenrechte bei der Bereitstellung von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung – Leitlinien und Empfehlungen“, „Sicherstellung der Menschenrechte bei der Bereitstellung von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung – Anhänge der Leitlinien und Empfehlungen“ und sind unter www.profamilia.de/publikationen frei verfügbar.

2 HINTERGRUND UND AUSGANGSLAGE DES MODELLPROJEKTS

Ab dem 22. Lebensjahr⁶ gibt es keine flächendeckende finanzielle Unterstützung für Verhütungsmittel für Frauen, die Anspruch auf Sozialleistungen haben oder über ein vergleichbar geringes Einkommen verfügen. Damit haben diese Frauen geringere Zugangschancen zu selbstbestimmt gelebter Verhütung. Dies ist die Ausgangslage des Modellprojektes. Es fehlt eine bundeseinheitliche Lösung, die den Rechtsanspruch für Frauen garantiert.

Regelmäßige Ausgaben wie beispielsweise 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 verändern und eher preiswertere und weniger zuverlässige Methoden verwenden oder auf Verhütung gänzlich verzichten, wenn die Kosten für sichere Verhütungsmittel zu teuer für sie sind.⁷ So kommen die Sozialforscherinnen der frauen leben 3 Studie zu dem Ergebnis: „Als besonderes Zugangsproblem haben sich für Frauen mit Bezug staatlicher Unterstützungsleistungen (vor allem ALG II) die Kosten für die 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, aber nicht finanzierbar ist“ (Helfferich 2016, S. 144). Weitere Befragungen, die im Rahmen Studie frauen leben 3 (Phase 3 / 2018) gemacht wurden, kommen zu ähnlichen Ergebnissen: Sozialleistungsbezieherinnen ist eine sichere Verhütung ebenso wichtig wie anderen Frauen, jedoch müssen sie Strategien entwickeln, diese mit ihrem knappen Budget zu realisieren. Demnach findet man in dieser Gruppe häufiger die Verwendung von Kondomen und Pille anstatt sicherer Langzeitverhütung und in der Folge auch mehr ungewollte Schwangerschaften (vgl. Helfferich et. al. 2019). Auch konnte die Befragung zeigen, dass fast die Hälfte der befragten Frauen ihr Verhütungsverhalten ändern würden, das heißt die Methode wechseln oder mit Verhütung beginnen würden, wenn es eine Kostenübernahme gäbe (bspw. Wechsel von Kondom zur Pille, aber auch von der Pille zur Spirale) (vgl. ebd.).

Damit wird besonders deutlich, dass die Wahlfreiheit für das individuell passende Verhütungsmittel durch die Kosten deutlich eingeschränkt ist. Dies kann Folgen für gesundheitliche Verträglichkeit und für die sichere Anwendung haben. Bspw. betrifft dies Frauen, die die regelmäßige Einnahme der Pille in ihren Alltag nur schlecht integrieren, eine Langzeitverhütung aber nicht auf einmal bezahlen können, oder auch Frauen, die aufgrund von

⁶ Zum Zeitpunkt des Projektstarts galt dies für Frauen ab dem 20. Lebensjahr. Ende März 2019 kam es zur gesetzlichen Neuerung, dass die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten für ärztlich verordnete Verhütungsmittel von Frauen bis zum vollendeten 22. Lebensjahr übernehmen (vormals im Gesetz bis zum 20. Lebensjahr). Nach Inkrafttreten des Gesetzes wurde die Altersgrenze für die letzten Projektmonate auf 22 Jahre hochgesetzt. Privat versicherte junge Frauen bis 20 bzw. 22 müssen meist die Kosten selbst tragen.

⁷ Maßgeblich für diesen Befund sind die Ergebnisse der Studie „frauen leben 3“ der BZgA (Helfferich et al. 2016), vgl. aber auch Gäckle 2006 und 2009 und Busch/Nitz 2014.

Wechselwirkungen mit Medikamenten nicht hormonell, sondern mit der Kupferspirale verhüten möchten.

Die Wahl des Verhütungsmittels bleibt zu oft eine Frage des Geldbeutels, anstatt individuelle Bedürfnisse zu berücksichtigen. 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 sie billiger und für sie finanzierbar sind (Busch/Nitz 2014; Gäckle 2006 und 2009). Eine Untersuchung der Universität Greifswald fand heraus, dass 20 % der untersuchten Sozialleistungsbezieherinnen ihre Verhütung selbst als unsicher bzw. weniger sicher einschätzten (Ulbricht et al. 2018).

Sichere Verhütung und die Vermeidung von ungewollten und ungeplanten Schwangerschaften hängt somit von den finanziellen Möglichkeiten der Frauen ab. Dies zeigt, dass Verhütung ein Thema sozialer Gerechtigkeit in doppelter Hinsicht ist: Zum einen ist der Zugang zu einer individuell passenden Verhütung abhängig von der finanziellen Lage der Frauen und Paare. Zum anderen hat die (Un-)Möglichkeit einer selbstbestimmten Familienplanung Auswirkungen auf weitreichende Lebensentscheidungen wie Ausbildung, Berufseinstieg etc. Damit ist der Zugang zu Verhütung ein Thema von Geschlechtergerechtigkeit und einer gleichberechtigten Teilhabe an Gesellschaft.⁸

2.1 SICHERE VERHÜTUNG HÄNGT VOM WOHNORT AB

Bis 2004 wurden die Kosten für ärztlich verordnete Verhütungsmittel auf Basis des Bundessozialhilfegesetzes als Sonderleistungen vom Sozialamt übernommen. Dies galt für alle, die Sozialhilfe erhalten haben. Auch wenn diese Regelung aus heutiger Sicht bei weitem nicht ausreichend erscheint, ermöglichte sie doch den Zugang zu Verhütungsmitteln für diejenigen, die sehr wenig Geld zur Verfügung hatten. Infolge des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes 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-Empfänger/-innen bleiben Verhütungsmittelkosten unberücksichtigt. Sie müssen über den Regelsatz in Höhe von 16,11 Euro monatlich für „Gesundheitspflege“ mitfinanziert werden. Dies kann in der Realität vieler betroffener Frauen bedeuten, dass sie sich zwischen benötigten nichtverschreibungspflichtigen Arznei- und Pflégemitteln, z. B. Kopfschmerztabletten und Tampons, und der Pille entscheiden müssen.

Neben Frauen und Männern, die Arbeitslosengeld II, Grundsicherungsleistungen oder Wohngeld erhalten, sind auch Geringverdienende, 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 bzw. sich widersprechende Regelungen dazu, dass diese regional unterschiedlich ausgelegt werden. Frauen, die arbeiten, aber kaum mehr als den ALG II-Satz verdienen, sind in einer vergleichbaren Situation. Aus diesem Grund wurden im Modellprojekt biko

⁸ Klein/Wapler sehen die „realen Möglichkeiten einer selbstbestimmten Familienplanung“ sogar als „Indikator für Geschlechtergerechtigkeit einer Gesellschaft“ (Klein/Wapler 2019, S. 21).

diese oben genannten Personengruppen als anspruchsberechtigt definiert. Somit ist der Kreis der Anspruchsberechtigten um einiges weiter gefasst als in der ehemaligen Regelung vor 2004.

Einige Kommunen haben den Mangel erkannt und handeln, indem sie mit sogenannten freiwilligen Leistungen Unterstützung bei der Finanzierung von Verhütungsmitteln einräumen. Die Gruppe der Anspruchsberechtigten ist je nach Kommune unterschiedlich definiert, genauso wie die Auswahl der Verhütungsmittel eingeschränkt sein können. 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 (pro familia Bundesverband 2015, S. 13). Es wird daher von einer „Postleitzahlen-Lotterie“ gesprochen, da vom Wohnort abhängt, ob Menschen mit geringem Einkommen einen Zugang zu Verhütung haben oder nicht. Hinzu kommt, dass Verfügbarkeit der Angebote nicht unbedingt gleichbedeutend mit Zugänglichkeit ist. Nicht selten sind die Fonds kaum bekannt und werden nicht beworben, zudem sind viele bereits im Jahresverlauf ausgeschöpft. Die Antragsteller/-innen müssen ihr Verhütungsanliegen in diesen Fällen einige Monate verschieben. In vielen Bundesländern gibt es gar keine Angebote.

2.2 MENSCHENRECHTLICHE DIMENSIONEN DES MODELLPROJEKTS - 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 Menschenrechtes steht. Sexuelle und reproduktive Gesundheit sind auf der völkerrechtlichen Ebene als Menschenrechte anerkannt (vgl. Klein/Wapler 2019). Zur sexuellen und reproduktiven Selbstbestimmung gehört die „Fähigkeit und Möglichkeit, informierte, freie und verantwortungsvolle Entscheidungen in diesen Belangen zu treffen“ (ebd., S. 20).

Das Menschenrecht auf Familienplanung wurde erstmals 1968 von den Vereinten Nationen in Teheran formuliert und mit der Frauenrechtskonvention (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women - „CEDAW“) 1979 bekräftigt. In Artikel 12 wird die Gewährleistung des gleichen Zugangs von Männern und Frauen zu „Gesundheitsdiensten, einschließlich derjenigen im Zusammenhang mit der Familienplanung“ festgehalten. Darüber hinaus heißt es in Artikel 16, dass geeignete Maßnahmen zu treffen sind, die ein „gleiches Recht auf freie und verantwortungsbewusste Entscheidung über Anzahl und Altersunterschied ihrer Kinder sowie auf Zugang zu den zur Ausübung dieser Rechte erforderlichen Informationen, Bildungseinrichtungen und Mitteln“ gewährleisten.⁹ CEDAW hat in Deutschland den Rang eines Bundesgesetzes (vgl. Rudolf/Chen 2014, S. 43). Entsprechend sollte diese Konvention die Rechtsprechung und Rechtssetzung in der Praxis prägen (vgl. Wersig/Dern 2019). Der CEDAW Ausschuss gibt regelmäßig allgemeine Empfehlungen an die Bundesregierung, die bei der Auslegung der Konvention

⁹ Die deutsche Übersetzung von des Vertragstextes ist zugänglich z.B. auf der Seite des Instituts für Menschenrechte: https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Da-teien/Pakte_Konventionen/CEDAW/cedaw_de.pdf

helfen. Der Zugang zu Verhütungsmitteln und die breite Verfügbarkeit spielt in den Empfehlungen des CEDAW Ausschusses immer wieder eine Rolle, da es hier noch Handlungsbedarf gibt (vgl. Wersig/Dern 2019).

1995 wurden in der Charta der International Planned Parenthood Federation (IPPF) die sexuellen und reproduktiven Rechte ausformuliert. Sie bildet für die Arbeit von Nichtregierungsorganisationen eine wichtige Grundlage und fußt auf dem Aktionsprogramm der Weltbevölkerungskonferenz der Vereinten Nationen (1994). Die Charta spiegelt wesentliche Punkte der Frauenrechtskonvention (CEDAW) in Bezug auf sexuelle und reproduktive Gesundheit wider. Frauen und Männer haben demnach das grundlegende Recht, über die Anzahl ihrer Kinder und den Zeitpunkt der Geburt ihrer Kinder 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 1997, S. 18). Die Voraussetzung für eine selbstbestimmte und informierte Entscheidung zu sexuellen und reproduktiven Lebensfragen ist daher unter anderem, den Zugang zu Informationen und Dienstleistungen im Bereich der Verhütung und Familienplanung für alle zu ermöglichen. Das Menschenrecht auf Familienplanung würde daher bedeuten, den Zugang für alle herzustellen – unabhängig vom Einkommen der Menschen – und Barrieren für Menschen im Zugang zu identifizieren und abzubauen.

Bekräftigungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte finden sich ebenfalls in der Resolution der parlamentarischen Versammlung des Europarats (2008) und in Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO 2014)¹⁰. Neben dem Zugang zu Verhütungsmitteln und Dienstleistungen wird in den Publikationen der WHO auch stets auf die Wichtigkeit der Bereitstellung qualitativ hochwertiger Informationen verwiesen. Dabei ist der Staat verpflichtet, die Menschenrechte „zu achten, zu schützen und zu wahren“ (WHO 2018a, S. 17). Die Dienstleistungen und Informationen „sollten so bereit gestellt werden, dass eine umfassend informierte Entscheidungsfindung sichergestellt ist, die Würde, die Eigenständigkeit, die Privatsphäre und die Vertraulichkeit geachtet sind, und den Bedarfen und Sichtweisen von Menschen Rechnung getragen wird.“ (WHO 2018b, S. 8) Die Stärkung und fachliche Ausarbeitung einer menschenrechtsbasierten Verhütungsberatung ist daher ein wesentlicher Bestandteil des Projektes, der sich aus den Leitlinien und Empfehlungen der WHO ergibt.

Diese internationalen Vereinbarungen, Willensbekundungen und daraus resultierenden Verpflichtungen sind zentrale Bezugspunkte für 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.

¹⁰ Die Empfehlungen der WHO wurden im Rahmen des Modellprojektes ins Deutsche übersetzt. Im Folgenden wird die deutsche Übersetzung von 2018 zitiert.

II. ERGEBNISSE DER EVALUATION

KARI-MARIA KARLICZEK, MEGGI KHAN-ZVORNIČANIN, DORTE SCHAFFFRANKE, BASANTA THAPA, JACOB WUNDERWALD (CAMINO)

Um ihre Ziele zu erreichen, können Modellprojekte nicht auf Handlungsrouniten, vorhandene Standards oder ausgeprägtes Erfahrungswissen zugreifen. Vielmehr ist die Projektumsetzung gerade durch die Modellhaftigkeit und damit auch durch Lernprozesse geprägt. Evaluation und wissenschaftlicher Begleitung kommt dabei u. a. die Aufgabe zu, diese Prozesse zu unterstützen und zu dokumentieren, gute Handlungspraxis und die Stärken der Projektumsetzung herauszustellen, aber auch Defizite und daraus resultierende (Weiter-)Entwicklungsbedarfe zu benennen. Durchgeführt wurde die Evaluation von Camino – Werkstatt für Fortbildung, Praxisbegleitung und Forschung im sozialen Bereich.

Das Ziel der Evaluation war es einerseits, gute Praxis der Kostenübernahme und Beratung aufzuzeigen, um Hinweise für die Ausgestaltung einer gesetzlichen Regelung geben zu können. Andererseits sollte die Evaluation die Bedarfe erfassen und daraus abgeleitet die Kosten einer bundesweiten gesetzlichen Lösung für den Zugang zu kostenfreien Verhütungsmitteln benennen.

Die zentralen Fragen der Evaluation und wissenschaftlichen Begleitung werden im folgenden Abschnitt dargelegt.

- *Bedarf*: Wie viele und welche Frauen erreicht das Modellprojekt biko? Welche Verhütungsmittel werden nachgefragt? Welche Bedarfe an Kostenübernahme haben Frauen in unterschiedlichen Lebenslagen?
- *Gute Praxis*: Wie und mit welchen Schwerpunkten wird Verhütungsberatung umgesetzt? Wie gelingt gute Praxis der Kooperation mit Arztpraxen und Apotheken? Welche Zugangsbarrieren bestehen und wie gelingt die Überwindung von Zugangsbarrieren?
- *Übertragbarkeit und Kosten*: Wie viele Frauen haben bundesweit – nach Maßgabe des Modellprojekts biko – einen Anspruch auf Kostenübernahme für verschreibungspflichtige Verhütungsmittel und wie hoch wären die Kosten der Inanspruchnahme bei einer bundesweiten Umsetzung des Modells?

Im Folgenden sollen die Inhalte der einzelnen Kapitel des vorliegenden Berichtsteils kurz vorgestellt werden.

Das dritte Kapitel dient der Erläuterung des multimethodisch angelegten Evaluationsdesigns. Zudem gibt es einen Überblick über die verschiedenen quantitativen und qualitativen Datengrundlagen.

Im vierten und fünften Kapitel werden die zentralen Ergebnisse zur Inanspruchnahme des Angebots der Kostenübernahme dargestellt. Im vierten Kapitel wird sowohl auf der Grundlage quantitativer Daten als auch realer Fallbeispiele ersichtlich, dass durch die Umsetzung des Modellprojekts biko eine große Bandbreite an Frauen, die sich in sehr unterschiedlichen Lebenssituationen befinden, erreicht werden konnte. Zudem wird im fünften Kapitel dargelegt, welche Verhütungsmittel von den Frauen nachgefragt wurden und welche Bedeutung die Kostenübernahme für eine selbstbestimmte Lebensplanung von Frauen hat.

Im sechsten Kapitel geht es um die Darstellung der durch das Modellprojekt erprobten guten Praxis. Diese Darstellung konzentriert sich auf drei Unterkapitel. Im ersten Unterkapitel wird deutlich, welche Schwerpunkte die Verhütungsberatung des Modellprojekts biko der pro familia setzt. Im zweiten Unterkapitel wird der Fragestellung nachgegangen, wie die guten Kooperationen mit Arztpraxen und Apotheken gelingen konnten. Das dritte Unterkapitel dient der Darstellung von Zugangsbarrieren, die im Rahmen der Umsetzung des Modellprojekts identifiziert wurden, und der Strategien zur Überwindung dieser Barrieren im Sinne guter Praxis.

Im siebten Kapitel werden die Ergebnisse einer Kostenschätzung zum potenziellen bundesweiten Bedarf an Kostenübernahmen für Verhütungsmittel dargestellt sowie zu den geschätzten Kosten, die bei bundesweiter Geltung des biko-Modells entstehen würden. Diese wurden auf der Grundlage von Bevölkerungsdaten und Daten des Modellprojekts ermittelt.

Das abschließende achte Kapitel dient der Zusammenfassung aller im Rahmen der Evaluation und wissenschaftlichen Begleitung dargestellten Ergebnisse aus den vorangegangenen Kapiteln.

3 METHODISCHES VORGEHEN UND DATENGRUNDLAGE

Die Evaluation des Modellprojekts biko basiert auf einem multimethodischen Erhebungsdesign, das in den Jahren 2017 – 2019 an allen sieben Projektstandorten umgesetzt wurde.

In dem vorliegenden Bericht wurden die Ergebnisse des Monitorings der Projektstandorte der Kernquartale der Projektumsetzung einbezogen sowie der Feedbackbefragung von Klientinnen im selben Zeitraum. Die Kernquartale umfassen den Zeitraum vom 1. Juli 2017 bis 30. Juni 2018. Diesen Zeitraum versteht Camino als die „Kernlaufzeit“ des Modellprojekts biko. Während die Anfangszeit des Projekts insbesondere von der Öffentlichkeitsarbeit der Standorte geprägt war, kam es später aufgrund des nahenden Endes des Projekts zu Drosselungen bei den Kostenübernahmen. Entsprechend ist davon auszugehen, dass Kernquartale die optimale Nutzung des Projekts widerspiegeln.

Weiterhin fließen die Ergebnisse einer standardisierten Befragung von Arztpraxen und Apotheken im September 2017 sowie qualitativer Interviews mit Akteur/-innen, die einen jeweils unterschiedlichen Bezug zum Modellprojekt haben, in den Bericht ein.

Durch die Einbeziehung ganz unterschiedlicher Perspektiven sowohl in die qualitativen als auch quantitativen Erhebungen erreichen die Aussagen im Bericht eine hohe interne und externe Validität.

3.1 QUANTITATIVE ERHEBUNG

Bestandteil der quantitativen Erhebung sind das Monitoring, welches Angaben der Beraterinnen sowie Befragungen der Klientinnen dokumentiert, eine standardisierte Befragung von Arztpraxen und Apotheken sowie eine Feedbackbefragung von Klientinnen.

3.1.1 Monitoring

Das Monitoring dokumentiert die Arbeit der jeweiligen Standorte (Selbstangaben der Mitarbeiterinnen über ihre Tätigkeiten), die Merkmale der Klientinnen (Selbstangaben der Klientinnen und ergänzende Angaben der Mitarbeiterinnen) sowie die Leistungen, die die Klientinnen im Rahmen des Modellprojekts erhalten.

Die Daten des Monitorings wurden in einem ersten Schritt quartalsweise erfasst und in einem zweiten Schritt für die Kernquartale der Umsetzung des Modellprojekts 1. Juli 2017 bis 30. Juni 2018 zusammengeführt. Die Auswertung der Daten erfolgte mittels einfacher deskriptiver Statistik und Mittelwertvergleichen. Zu ausgewählten Fragestellungen werden zeitliche Verläufe abgebildet und Zusammenhänge analysiert. Zusammengefasst werden die Ergebnisse in einem Datenreport, der u. a. als Nachschlagewerk über die Kundinnen des Modellprojekts biko der pro familia informieren soll.

Im vorliegenden Bericht werden die Daten des Monitorings überwiegend standortübergreifend genutzt, eine standortspezifische Auswertung für alle erfassten Daten findet sich im Datenreport.

3.1.2 Standardisierte Befragung von Arztpraxen und Apotheken

Die standardisierte Befragung von Arztpraxen und Apotheken wurde mittels eines Kurzfragebogens umgesetzt, der an alle gynäkologischen Praxen und an alle Apotheken der sieben Standorte versendet wurde. Es wurde eine Rücklaufquote von 39 % erreicht, d. h., von den 525 versendeten Fragebögen konnten 205 in die Auswertung einbezogen werden.

Neben einer standardisierten Abfrage zur Einschätzung der Projektpraxis bestand für die Befragten die Möglichkeit, ihre Angaben zu begründen. In einem ersten Auswertungsschritt wurden diese Begründungen verschiedenen Kategorien zugeordnet, sodass auch sie in eine quantitative Auswertung einfließen konnten.

Die Auswertung der Fragebögen erfolgte deskriptiv. Eine angestrebte Typenbildung durch Clusteranalysen schlug fehl. Da die standardisierten Abfragen in den Ergebnissen kaum variierten, konnten nur die offen abgefragten und später kategorisierten Begründungen für dieses Verfahren genutzt werden. Aufgrund der Heterogenität und der teilweisen Inkonsistenz im Antwortverhalten konnten zwar partielle Häufungen gefunden werden, die aber keine Signifikanz erreichten.

Die statistische Auswertung der Befragung findet sich im Anhang dieses Berichts.

3.1.3 Feedbackbefragung

Die Feedbackbefragung der Klientinnen wurde mittels eines Kurzfragebogens umgesetzt, den die Klientinnen wahlweise online oder in einer Papierversion ausfüllen konnten. Der Fragebogen stand in unterschiedlichen Sprachen sowie in Leichter Sprache zur Verfügung.

Insgesamt wurde der Fragebogen in den Kernquartalen 725 Mal vollständig ausgefüllt. Diese Zahl setzt sich zusammen aus 643 vollständigen Online-Feedbacks, was einer Rücklaufquote von 72 % entspricht, sowie 82 Papierfragebögen. Hinzu kommen 26 Fragebögen in Leichter Sprache, die aber aufgrund der abweichenden Frageformulierung gesondert ausgewertet wurden.

Die Auswertung erfolgte deskriptiv und befindet sich im Anhang dieses Berichts.

3.2 QUALITATIVE ERHEBUNG

Qualitative Interviews ermöglichen es, gerade solche Bereiche in den Blick zu nehmen, zu denen es bislang noch wenige Erkenntnisse gibt, und es werden so Personengruppen erreicht, die – aus unterschiedlichen Gründen – mit einer standardisierten Befragung eher nicht angesprochen werden können (Karliczek 2004, 210). Um Daten von einer hohen Qualität zu erlangen, werden die Interviews mit Akteur/-innen geführt, die jeweils einen unterschiedlichen Bezug zum Projekt haben. Die Interviewpartner/-innen werden im Sinne eines „purposeful sampling“ (Patton 1990, 169ff.) ausgewählt. Das heißt, es wird auf eine breite Heterogenität geachtet und darauf, dass sowohl Typisches und Häufiges als auch Besonderes in der Auswahl berücksichtigt werden.

Die Interviews wurden als Expertenbefragung durchgeführt: Mitarbeiterinnen des Projekts, Multiplikator/-innen und Kooperationspartner/-innen sind Expert/-innen in ihrem jeweiligen professionellen Feld und liefern entsprechende Reflexionen, Bewertungen und

Begründungszusammenhänge. Klientinnen und Nichtnutzerinnen stehen als Expertinnen für sich selbst: Sie reflektieren ihr persönliches Erleben des Kostenübernahme- und Beratungsprozesses bzw. begründen dessen Nichtnutzung (vgl. hierzu auch Bindel-Kögel et al. 2016, 31).

3.2.1 Datengrundlage und Erhebung

Für die Beantwortung der Evaluationsfragen wurden insgesamt 83 Personen aus unterschiedlichen Bereichen qualitativ befragt:

Datenquelle	Erläuterung	Anzahl der befragten Personen	Erhebungszeit
Interviews mit Mitarbeiterinnen des Modellprojekts	Es wurden an allen sieben Standorten Expertinneninterviews mit den Beraterinnen, zum Teil gemeinsamen mit der Verwaltungsmitarbeiterin, durchgeführt.	9	Juni – August 2017
Interviews mit Mitarbeiterinnen des Modellprojekts	Es wurden an allen sieben Standorten telefonische Experteninterviews mit den Beraterinnen durchgeführt.	7	Februar 2019
Selbstläufige Gruppendiskussion mit den Mitarbeiterinnen des Modellprojekts	Die Mitarbeiterinnen des Modellprojekts wurden zusätzlich zu den standortspezifischen Interviews in Form einer selbstläufigen Gruppendiskussion befragt. Thema der Gruppendiskussion war der Umgang mit Zugangsbarrieren.	13	Januar 2018
Selbstläufige Gruppendiskussion mit den Mitarbeiterinnen des Modellprojekts	Die Mitarbeiterinnen des Modellprojekts wurden zusätzlich zu den standortspezifischen Interviews in Form einer selbstläufigen Gruppendiskussion befragt. Thema der Gruppendiskussion waren Erfahrungen mit der Praxis der Verhütungsmittelberatung.	12	September 2018

Interviews mit Klientinnen	Es wurden an sechs Standorten leitfadengestützte Interviews ¹¹ mit Klientinnen durchgeführt, die Erziehungsgeld, Wohngeld, BAföG, ALGII erhalten oder über ein geringes Einkommen verfügen.	12	September – November 2017
Interviews mit nicht-deutschsprechenden Klientinnen	Es wurden an drei Standorten telefonische leitfadengestützte Interviews mit nichtdeutschsprechenden Klientinnen durchgeführt. Die Interviews wurden zu den Themen Videodolmetschen und Bedarfe der Kostenübernahme in der jeweiligen Muttersprache der Klientinnen geführt.	13	Juli – November 2018
Interviews mit Nichtnutzerinnen	Es wurden an drei Standorten ¹² leitfadengestützte Interviews mit Frauen durchgeführt, die das Angebot des Modellprojekts trotz einer Anspruchsberechtigung bisher nicht genutzt haben (BAföG, geringes Einkommen).	6	September – November 2017
Gruppendiskussion mit Nichtnutzerinnen und teilnehmende Beobachtung	Es wurden an zwei Standorten Gruppendiskussionen mit Frauen durchgeführt, die trotz einer Anspruchsberechtigung das Modellprojekt bisher noch nicht genutzt haben. Beide Gruppendiskussionen wurden im Anschluss an eine zum Thema Verhütung durchgeführte Informationsveranstaltung umgesetzt, einmal mit Bewohnerinnen einer Mutter-Kind-Einrichtung und einmal mit Frauen, die sich im Rahmen von Hilfen zur Erziehung regelmäßig zu einem Frühstück treffen.	14	September – November 2017

¹¹ An einem Standort konnten keine Klientinneninterviews umgesetzt werden, da die Klientinnen die vereinbarten Termine nicht wahrnahmen.

¹² An zwei weiteren Standorten wurden Gruppeninterviews mit Nichtnutzerinnen umgesetzt. Für zwei Standorte konnten keine Interviewpartnerinnen gewonnen werden.

Interviews mit Multiplikator/-innen	Es wurden an allen sieben Standorten leitfadengestützte Interviews mit Multiplikator/-innen durchgeführt. Für die Interviews wurden Vertreter/-innen aus unterschiedlichen Handlungsfeldern ausgewählt, die für den Projektstandort jeweils eine besondere Relevanz haben. Zu nennen sind Vertreter/-innen von Jobcentern, von Jugendämtern und eine Integrationsbeauftragte als staatliche Akteure. Aus dem Bereich der freien Träger wurden folgende Handlungsfelder berücksichtigt: Schwangerschaftsberatungsstelle, Familienzentrum, Mutter-Kind-Einrichtung, Sozialberatung, betreutes Wohnen für Menschen mit Behinderung, Gemeinschaftsunterkunft für Geflüchtete und Unterstützungsangebot für Prostituierte.	18	August – November 2017
Telefoninterviews mit Arztpraxen und Apotheken	Es wurden an allen Standorten leitfadengestützte Interviews mit Arztpraxen und Apotheken durchgeführt. Die Auswahl der Interviewpartner/-innen erfolgte auf der Basis der Auswertung der standardisierten Befragung dieser Akteure.	14	Dezember 2017 – Januar 2018

3.2.2 Datenauswertung

Alle durchgeführten Interviews – mit Ausnahme der Gruppendiskussionen mit Nichtnutzerinnen und der Telefoninterviews zum Videodolmetschen und mit Arztpraxen und Apotheken – wurden aufgezeichnet, transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet. Leitend für die Auswertung war der Blick der Interviewpartner/-innen auf die Projektpraxis, auf Zugangsbarrieren und Formen der Zusammenarbeit bzw. Kooperation.

Die Gruppendiskussionen mit Nichtnutzerinnen und die Telefoninterviews zum Videodolmetschen und mit Arztpraxen und Apotheken wurden protokolliert. Die Protokolle wurden, geleitet von den oben genannten Fragestellungen, ebenfalls inhaltsanalytisch ausgewertet.

3.2.3 Vorgehen für die Kostenschätzung für eine bundesweite Geltung des Kostenübernahmemodells

Die Kostenschätzung für eine bundesweite Geltung des Kostenübernahmemodells stützt sich auf die Daten des Monitorings für die Kern quartale sowie die Daten des Statistischen Bundesamtes. Um die Berechnungsschritte jeweils im Einzelnen nachvollziehen zu können, werden sie im Kapitel 7 an der entsprechenden Stelle dargelegt.

4 ERREICHTE FRAUEN – HETEROGENITÄT DER NUTZERINNEN

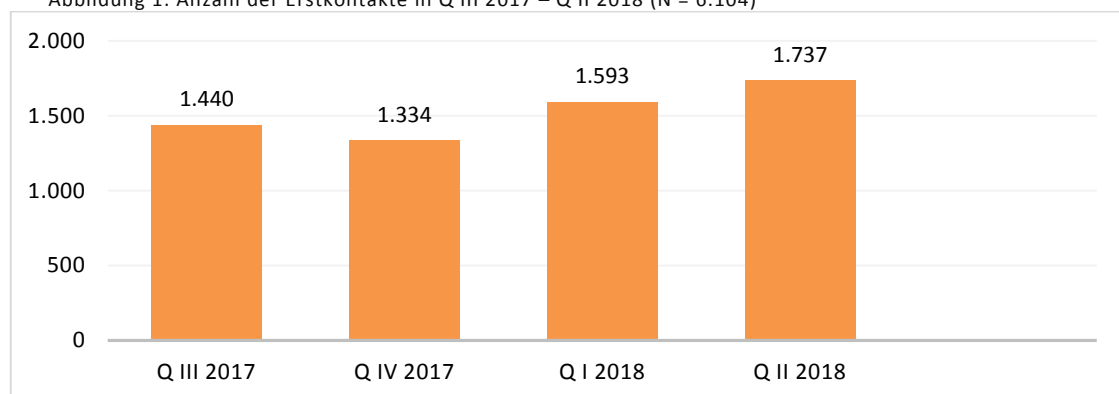
Ein zentrales Ergebnis dieses Kapitels ist der Befund, dass das Spektrum der Frauen, die das Modellprojekt biko der pro familia erreichen konnte, sehr heterogen ausfällt.

Im folgenden Unterkapitel wird dargestellt, wie viele Frauen durch das Modellprojekt biko erreicht wurden und was ihre Anspruchsgründe waren. Im zweiten Unterkapitel wird die Heterogenität der Klientinnen auf der Basis quantitativer soziostruktureller Merkmale, wie Alter, Bildungsabschlüsse, Migrationshintergrund aufgezeigt. Ergänzt wird diese Perspektive im dritten Unterkapitel durch reale Fallbeispiele. Diese illustrieren in qualitativer Hinsicht, wie unterschiedlich die Situationen der Frauen sind, die biko in Anspruch genommen haben.

4.1 WIE VIELE FRAUEN WURDEN MIT WELCHEN ANSPRUCHSGRÜNDEN ERREICHT?

In den vier Kernquartalen 2017/18 fanden über alle Standorte hinweg 6.104 dokumentierte Erstkontakte und 4.751 Beratungsgespräche statt.¹³ 3.046 dieser Beratungsgespräche waren erstmalige Gespräche mit Klientinnen bezüglich der Kostenübernahme. Die Nutzung des Beratungsangebots blieb während der Kernlaufzeit des Modellprojekts biko insgesamt auf einem annähernd gleichbleibend hohen Niveau, wobei im dritten und vierten Kernquartal (Q I 18, Q II 18) eine leichte Steigerung der Inanspruchnahme erkennbar ist. Im ersten Kernquartal (Q III 17) wurden standortübergreifend 1.440 Frauen erreicht, im zweiten Kernquartal (Q IV 17) waren es 1.334 Frauen, im dritten (Q I 18) 1.593 Frauen und im vierten (Q II 18) 1.737 Frauen.

Abbildung 1: Anzahl der Erstkontakte in Q III 2017 – Q II 2018 (N = 6.104)

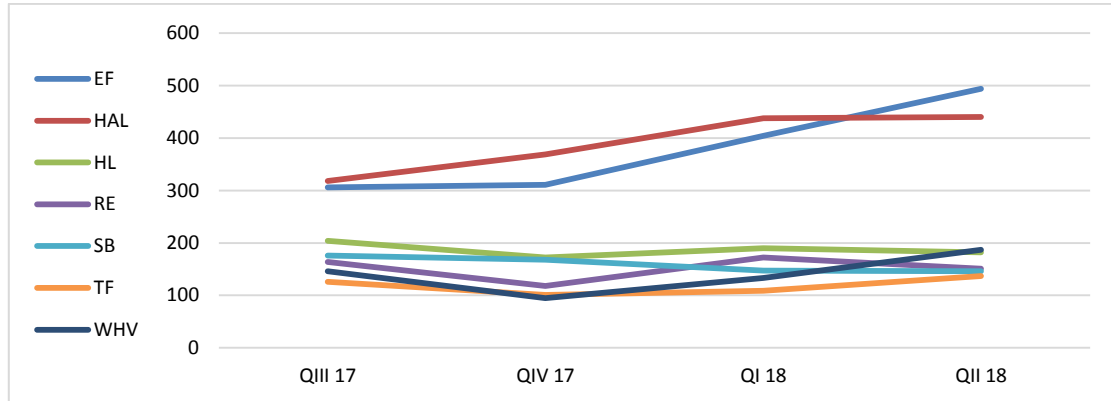


Quelle: Datenreport Kernquartale 2019

¹³ Wie im vorausgehenden Kapitel dargelegt, verstehen wir als „Kernquartale“ vier aufeinanderfolgende Quartale (Q III 17, Q IV 17, Q I 18, Q II 18), in denen eine optimale Ausschöpfung des Projekts hinsichtlich der Kostenübernahmen und Beratungen möglich war. Diesen Zeitraum verstehen wir als die „Kernlaufzeit“ des Modellprojekts biko (vgl. Datenreport Kernquartale 2019).

In einer nach Standorten differenzierten Ansicht (vgl. Abbildung 2) wird deutlich, dass der Zugewinn an Erstkontakten im dritten und vierten Kernquartal vor allem auf zwei Standorte zurückzuführen ist, und zwar auf Erfurt (EF) und Halle (HAL).

Abbildung 2: Anzahl der Erstkontakte in Q III 2017 – Q II 2018 nach Standort im Zeitverlauf (N = 6.104)



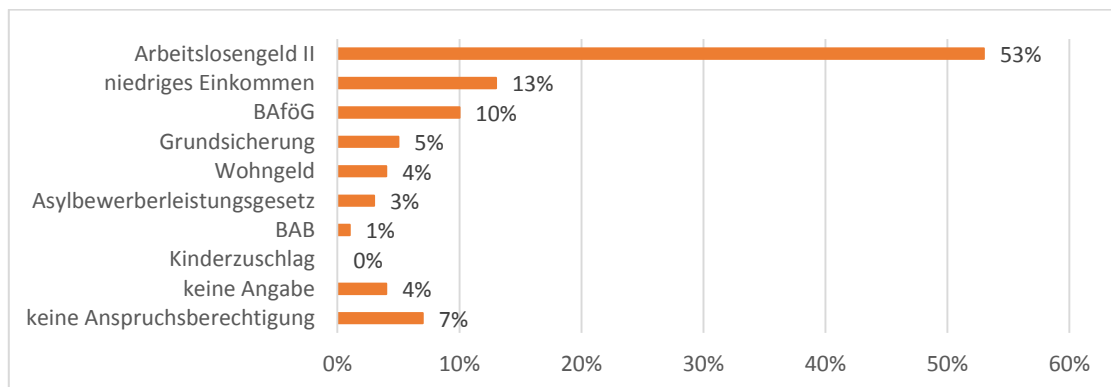
Quelle: Datenreport Kern quartale 2019

Insgesamt wurden im ersten bis vierten Kernquartal in Halle (HAL) 1.565 Frauen erreicht, in Erfurt (EF) 1.515 Frauen, in Lübeck (HL) 748 Frauen, in Saarbrücken (SB) 637 Frauen, in Recklinghausen (RE) 605 Frauen, in Wilhelmshaven (WHV) 561 Frauen und in Ludwigsfelde (TF) 473 Frauen.

4.1.1 Anspruchsgründe der erreichten Frauen

Die überwiegende Zahl der Anspruchsberechtigungen ergab sich während der Kernlaufzeit des Modellprojekts aus dem Bezug von Arbeitslosengeld II (53 %, n = 1.706), gefolgt von einem Einkommen unterhalb der Einkommensgrenze (13 %, n = 402) und von BAföG (10 %, n = 332). Deutlich weniger der anspruchsberechtigten Frauen erhielten Grundsicherung (5 %, n = 150), Wohngeld (4 %, n = 120) oder Leistungen gemäß dem Asylbewerberleistungsgesetz (3 %, n = 86). Lediglich 1 % (n = 35) der Frauen bezog Berufsausbildungsbeihilfe (BAB) und 0 % (n = 16) den Kinderzuschlag. In 4 % (n = 123) der Fälle wurden keine Angaben gemacht und 7 % (n = 232) der Frauen waren nicht anspruchsberechtigt (vgl. Abbildung 3).

Abbildung 3: Anspruchsberechtigung in Erstberatungsgesprächen in Q III 2017 – Q II 2018 standortübergreifend (N = 3.202)

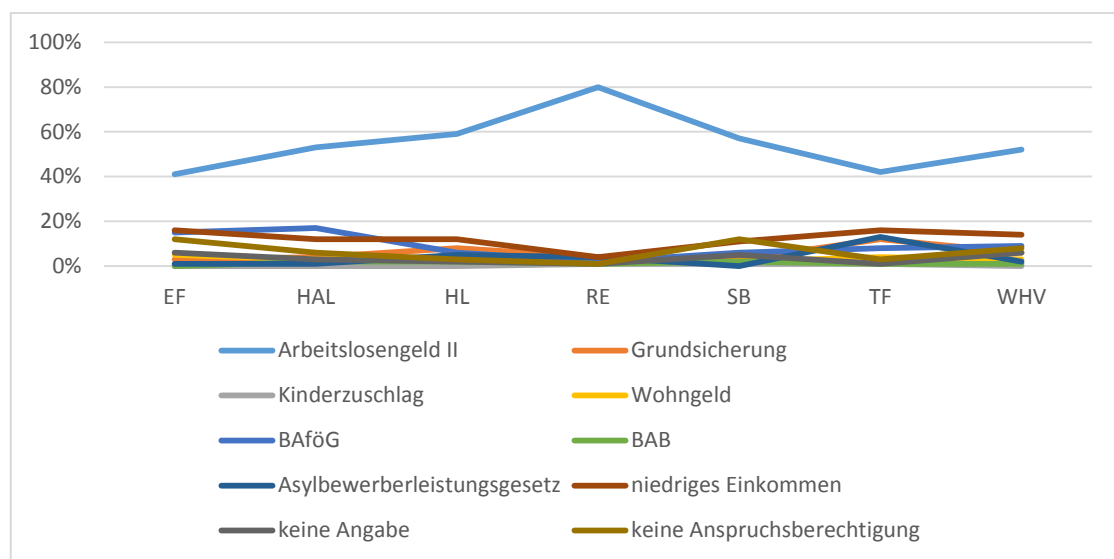


Quelle: Datenreport Kern quartale 2019

Die Anspruchsberechtigung „unterhalb der Einkommensgrenze“ bedeutet, dass das Einkommen der Klientinnen über den Einkommensrechner geprüft wurde. Der Einkommensrechner orientierte sich an den Regelsätzen von Sozialleistungen. Der Betrag ist daher relational.¹⁴

In einer nach Standorten differenzierten Grafik (vgl. Abbildung 4) wird ersichtlich, dass die Verteilung der Anspruchsgründe standortübergreifend relativ ähnlich gelagert ist. So zeigt sich auch hier der Bezug von ALG II als der mit Abstand häufigste Grund für die Inanspruchnahme von biko, gefolgt von einem Einkommen unterhalb der Einkommensgrenze als dem zweithäufigsten Anspruchsgrund.

Abbildung 4: Anspruchsberechtigung in Erstberatungsgesprächen in Q III 2017 – Q II 2018 nach Standorten differenziert (N = 3.202)



Quelle: Datenreport Kernquartale 2019

Geringfügige regionale Unterschiede zeigen sich darin, dass der Anteil der BAföG-Empfängerinnen unter den Klientinnen in Erfurt (EF) mit 15 % (n = 126) und in Halle (HAL) mit 17 % (n = 99) etwas höher liegt als an den übrigen Standorten, während in Ludwigsfelde (TF) der Anteil an Klientinnen, die Leistungen gemäß dem Asylbewerberleistungsgesetz beziehen, mit 13 % (n = 23), leicht erhöht ist (vgl. Abbildung 4).

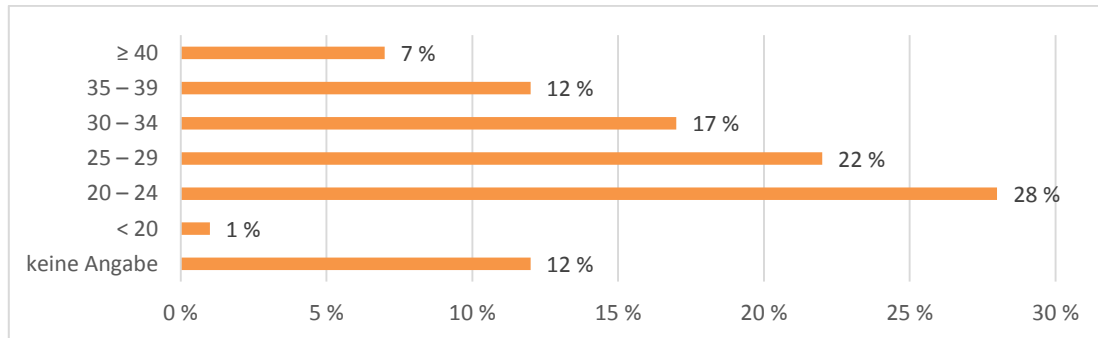
4.2 WELCHE SOZIOSTRUKTURELLEN MERKMALE WEISEN DIE FRAUEN AUF?

Im folgenden Abschnitt soll der Frage nachgegangen werden, welche Merkmale die Klientinnen des Modellprojekts biko kennzeichnen. Grundlage hierfür sind die Monitoring-Daten der vier Kernquartale (QIII 17, QIV 17, QI 18, QII 18).

¹⁴ Der Einkommensrechner berechnete, ob das eigene Einkommen unterhalb folgender Grenze liegt: doppelter Regelsatz für den Haushaltsvorstand plus einfacher Regelsatz für Familienangehörige plus Kosten für Unterkunft plus Heizkosten plus einer Pauschale von 10 % auf die Gesamtsumme.

Die Analyse der Daten zeigt die Heterogenität der Klientinnen in Bezug auf ihre Altersgruppen. In der Kernlaufzeit der Projektumsetzung war die Hälfte der Frauen (n = 1543) zwischen 20 und 29 Jahre alt, 29 % (n = 859) waren zwischen 30 und 39 Jahre alt und 7 % (n = 226) über 40 Jahre (vgl. Abbildung 5).

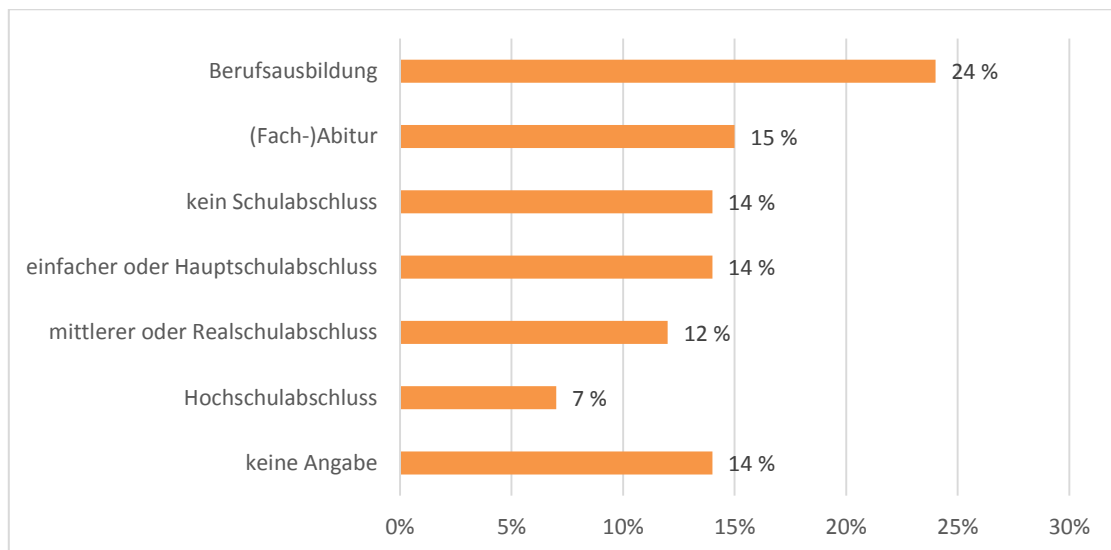
Abbildung 5: Altersgruppen der Klientinnen in Erstberatungsgesprächen in Q III 2017 – Q II 2018 (N = 3.046)



Quelle: Datenreport Kernquartale 2019

Die Klientinnen haben unterschiedliche Bildungsabschlüsse und übten sehr unterschiedliche Tätigkeiten aus. Wie die folgende Grafik zeigt, verfügte die größte Gruppe der Klientinnen (24 %, n = 731) über eine Berufsausbildung und die kleinste Gruppe (7 %, n = 226) über einen Hochschulabschluss (vgl. Abbildung 6).

Abbildung 6: „Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?“ in Erstberatungsgesprächen in Q III 2017 – Q II 2018 standortübergreifend (N = 3.046)

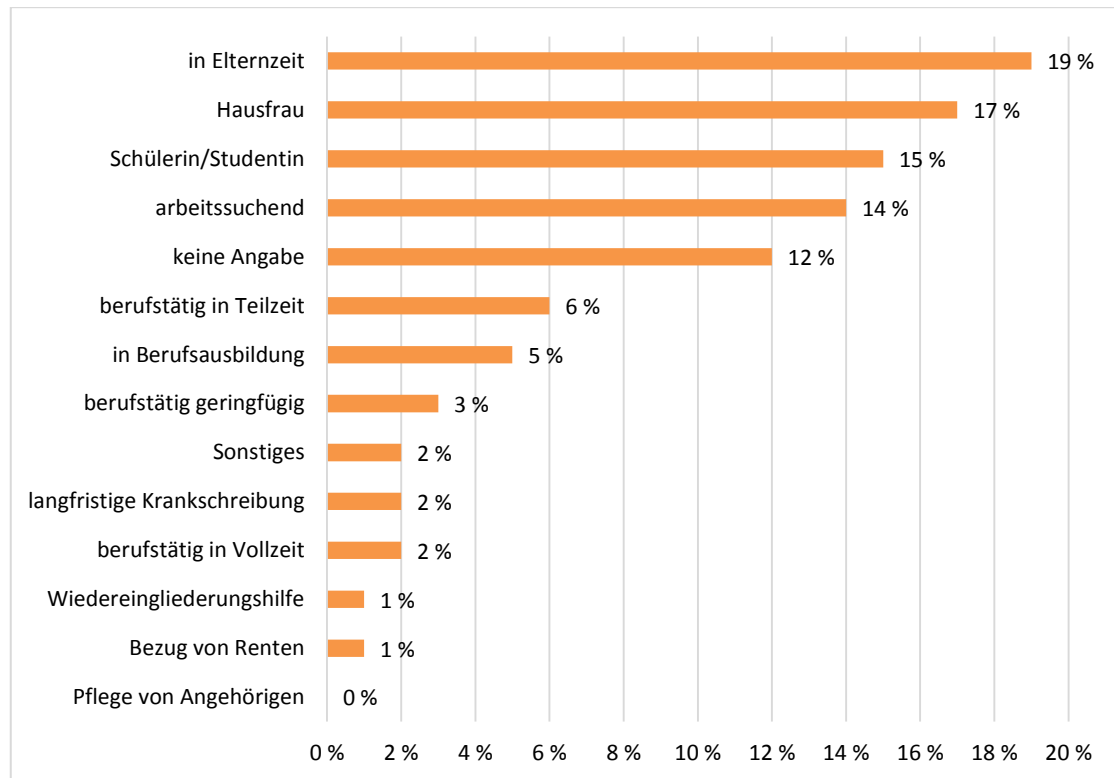


Quelle: Datenreport Kernquartale 2019

Auf die Frage, welcher Beschäftigung sie nachgehen, gab ein großer Anteil der Klientinnen (19 %, n = 638) an, in Elternzeit zu sein. Etwa genauso viele Frauen (20 % n = 692) sagten, dass sie sich in einer berufsqualifizierenden Ausbildung (Studium oder Berufsausbildung) befinden, wobei Studentinnen mit 15 % (n = 514) deutlich häufiger vertreten waren als Auszubildende (5 %, n = 178). Als Hausfrauen stufen sich 17 % (n = 581) der befragten Klientinnen ein. Etwas niedriger ist der Anteil der Frauen (14 %, n = 491), der angab, arbeits-

suchend zu sein. Noch geringer fällt der Anteil der Frauen (13 %, n = 452) in einem Beschäftigungsverhältnis aus. Von diesen 13 % (n = 452) gingen 2 % (n = 70) einer Vollbeschäftigung nach, 6 % (n = 194) einer Teilzeitbeschäftigung, 3 % (n = 119) einer geringfügigen Beschäftigung und 2 % (n = 69) gaben an, langfristig krankgeschrieben zu sein. Jeweils 1 % der Klientinnen nahmen entweder an einer Wiedereingliederungsmaßnahme teil (n = 18) oder bezogen eine Rente (n = 47).

Abbildung 7: „Welcher Beschäftigung gehen Sie nach?“ in Erstberatungsgesprächen in Q III 2017 – Q II 2018 standortübergreifend (n = 3.408, N = 3.046, Mehrfachnennungen möglich)

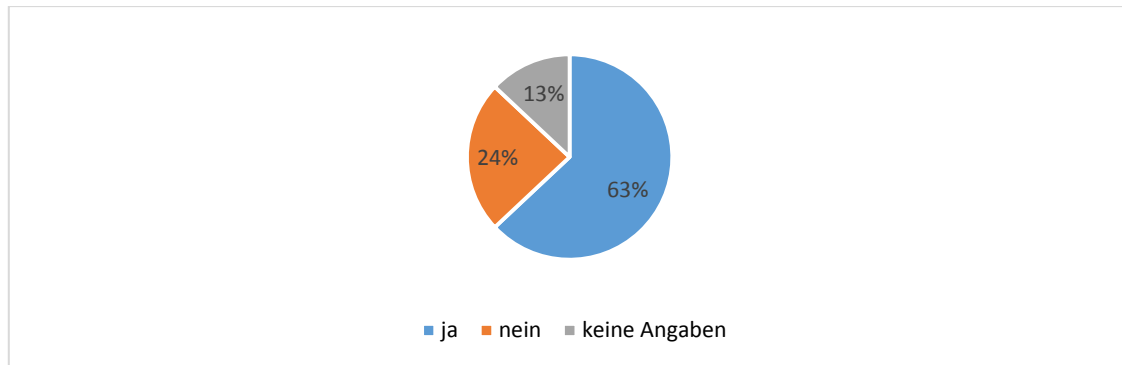


Quelle: Datenreport Kernquartale 2019

Abweichend von den Selbstangaben der Frauen stellt sich deren Tätigkeit dar, wenn der Nachweis der Anspruchsberechtigung zugrunde gelegt wird. Mehr als die Hälfte aller Klientinnen (56 %, n = 1.706) erhielten im ersten bis vierten Kernquartal eine Kostenübernahme aufgrund eines ALG-II-Bezugs – sie waren also arbeitssuchend (vgl. Abbildung 3). In der Selbstauskunft fällt die Zahl der Arbeitssuchenden deutlich geringer aus (vgl. Abbildung 7). Ein niedriges Einkommen war der zweithäufigste Grund für die Bewilligung einer Kostenübernahme (13 %, n = 402; vgl. Abbildung 3).

Ganz überwiegend lebten die Klientinnen des Modellprojekts biko in einer festen Partnerschaft (63 %, n = 1.921). Nur 24 % (n = 720) verneinten dies, für 13 % der Klientinnen (n = 405) liegen hierzu keine Angaben vor (vgl. Abbildung 8).

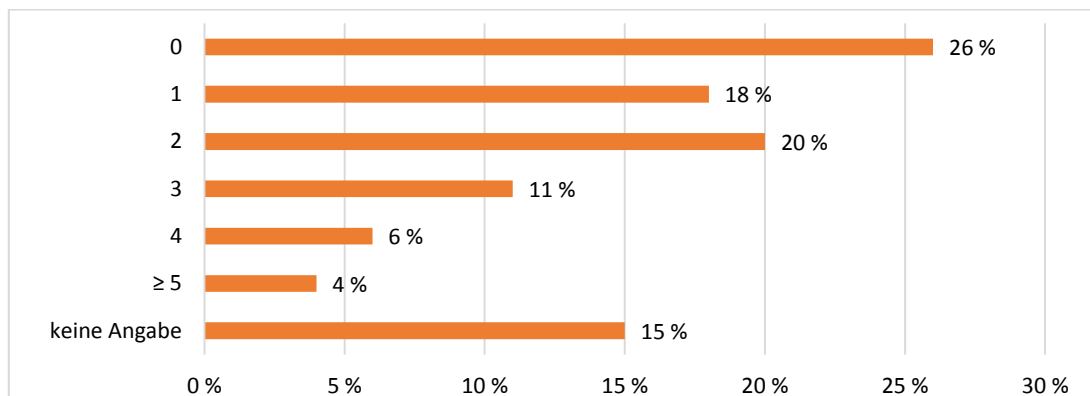
Abbildung 8: „Sind Sie in einer festen Partnerschaft?“ in Erstberatungsgesprächen in Q III 2017 – Q II 2018 standortübergreifend (N = 3.046)



Quelle: Datenreport Kernquartale 2019

Weit über die Hälfte aller Klientinnen (59 %, n = 1.781) haben ein oder mehrere Kinder, rund ein Viertel der Klientinnen hat keine Kinder (26 %, n = 803). 10 % der Klientinnen (n = 310) haben vier und mehr Kinder (vgl. Abbildung 9).

Abbildung 9: „Wie viele Kinder haben Sie?“ in Erstberatungsgesprächen in Q III 2017 – Q II 2018 standortübergreifend (N = 3.046)

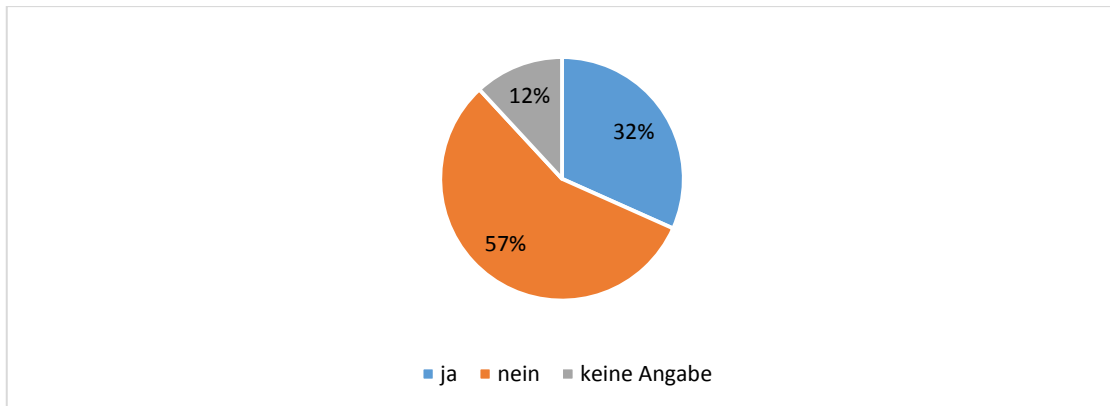


Quelle: Datenreport Kernquartale 2019

Auffällig ist, dass der Anteil an Klientinnen, die angeben drei oder mehr Kindern zu haben mit insgesamt 21 % deutlich über dem Bundesdurchschnitt liegt. Dieser beträgt derzeit rund 16 % (Quelle: BiB 2019, S. 11).

Entsprechend der Definition des Statistischen Bundesamts, also auf formaler Ebene, haben 32 % der Klientinnen einen Migrationshintergrund (n = 967), 57 % der Klientinnen (n = 1.723) haben keinen Migrationshintergrund und bei 12 % (n = 356) liegen keine Angaben zum Migrationshintergrund vor (vgl. Abbildung 10).

Abbildung 10: „Besitzen oder besaßen Sie oder Ihre Eltern eine ausländische Staatsbürgerschaft?“ in Erstberatungsgesprächen in Q III 2017 – Q II 2018 standortübergreifend (N = 3.046)



Quelle: Datenreport Kernquartale 2019

Der Anteil der durch das Modellprojekt erreichten Frauen mit Migrationshintergrund entspricht in etwa dem Anteil an Frauen mit Migrationshintergrund zwischen 20 und 45 Jahren, der bei 28 % der weiblichen Gesamtbevölkerung dieser Altersklasse liegt.¹⁵

Im folgenden Unterkapitel werden die quantitativen soziostrukturellen Daten zu den Klientinnen, die das Modellprojekt biko in Anspruch genommen haben, durch Fallbeispiele ergänzt.

4.3 WIE IST DIE SITUATION VON FRAUEN, DIE DAS ANGEBOT DES MODELLPROJEKTS BIKO IN ANSPRUCH NEHMEN? FALLBEISPIELE

In diesem Unterkapitel wird die Heterogenität der Klientinnen, die durch die Umsetzung des Modellprojekts biko erreicht wurden, auf der Grundlage real existierender Fälle dargestellt. Die Fallbeispiele stammen aus Berichten der Beraterinnen an den sieben Standorten. Die Fälle wurden von den Autorinnen so ausgewählt, dass jeweils typische Merkmale der durch das Modellprojekt biko erreichten Frauen repräsentiert werden. Um den Lesefluss zu erleichtern, werden die Fallbeispiele in der Ich-Form dargestellt und jeweils mit einem Pseudonym versehen.

Wie aus dem Datenreport 2019 hervorgeht, werden durch biko überwiegend jüngere Frauen erreicht; ein Drittel der Frauen ist 30 Jahre und älter. Exemplarisch für die Situation der jüngeren Frauen, die biko in Anspruch nehmen, sind die folgenden beiden Fallbeispiele.

Ayleen S. (22 Jahre), Auszubildende:

Ich bin vor kurzem mit meinem Freund zusammengezogen. Er ist Student. Wir möchten beide unsere Abschlüsse schaffen und danach eine gute Arbeit finden. Wir wollen keine ungeplante Schwangerschaft haben. Im Internet habe ich im Forum „Nachbarschaftshilfe“ bei Facebook über das Projekt biko erfahren und sofort einen Termin bei pro familia vereinbart. In der Beratungsstelle wurde mir alles gut erklärt. Die Kostenübernahme

¹⁵ Vgl. Datenreport 2019.

für die Pille entlastet deutlich unser knappes Budget. Ich habe schon den zweiten Termin für die nächste Kostenübernahme ausgemacht.

Leonie A. (22 Jahre), Studentin:

Für mich steht im Vordergrund, das Studium abzuschließen und beruflich Fuß zu fassen. Später möchte ich auch Kinder haben, aber erst, wenn ich ihnen ein gutes Leben ermöglichen kann. Momentan sind meine Kosten für Miete und den täglichen Bedarf durch BAföG abgedeckt. Das Geld reicht aber nicht, um sich eine Spirale einsetzen zu lassen.

Während die jüngeren Frauen in der Regel noch keine Kinder haben, weil bei ihnen die schulische bzw. berufliche Ausbildung im Vordergrund steht, sind unter den Älteren viele Frauen mit Kindern vertreten. Exemplarisch für die Lebenssituation etwas älterer Frauen, die biko in Anspruch nehmen, sind die folgenden beiden Fallbeispiele.

Sabine K. (42 Jahre), Teilzeitkraft, alleinerziehend:

Ich bin 42 Jahre alt und habe drei Kinder. Das Jüngste besucht den Kindergarten, die beiden Älteren gehen noch zur Schule. Ich bin alleinerziehend und arbeite in Teilzeit bei einem Discounter im Nachbarort. Da mein Einkommen für die vierköpfige Familie nicht ausreicht, beziehen wir ergänzend Leistungen nach SGB II.

Birgit K. (42 Jahre), bezieht Grundsicherung, Familienplanung ist abgeschlossen:

Ich lebe in fester Partnerschaft und beziehe Grundsicherung. Die Familienplanung ist definitiv bei mir abgeschlossen, deshalb habe ich mich für die Kupferspirale entschieden. Durch biko habe ich die Möglichkeit, mit der Spirale zu verhüten, ohne unser knappes Budget zusätzlich zu belasten.

Unter den Anspruchsberechtigten sind Frauen mit Kindern überdurchschnittlich häufig vertreten. Ein Teil dieser Frauen hat einen Migrationshintergrund. Der Anteil der Frauen mit Migrationshintergrund, die biko in Anspruch nehmen, entspricht insgesamt dem Anteil der Migrantinnen an der Gesamtbevölkerung. Die folgenden beiden Fallbeispiele illustrieren die Situation kinderreicher Frauen mit und ohne Migrationshintergrund.

Alia H. (36 Jahre), aus Syrien

Als Mutter von fünf kleinen Kindern habe ich es bisher noch nicht geschafft, an einem Sprach- und Integrationskurs teilzunehmen. Eine erneute Schwangerschaft würde meine Möglichkeiten, einen Kurs zu besuchen, weiter verschieben. Deshalb bin ich sehr froh, dass ich die Kostenübernahme für eine Hormonspirale bei biko beantragen konnte.

Monika D. (39 Jahre), 6-fache Mutter, arbeitslos

Ich bin durch die Familienhelferin des Jugendamtes zu dem biko-Angebot gekommen. Alle meine Schwangerschaften waren ungeplant, jetzt bin ich Ende 30. Mein Mann und ich möchten keine weiteren Kinder. Mein Arzt rät mir schon seit längerem zu einer Hormonspirale, aber als ALG-II-Bezieher konnten wir uns das bisher nicht leisten.

Die Heterogenität der anspruchsberechtigten Frauen wird auch an deren Bildungsabschlüssen deutlich. Es sind gut ausgebildete Frauen in Elternzeit vertreten, Studentinnen, und auch Frauen ohne einen berufsbildenden Abschluss. Die folgenden drei Fallbeispiele sollen diese Vielfalt exemplarisch aufzeigen.

Melissa H. (33 Jahre), Hausfrau, ohne Ausbildung

Wir haben drei Kinder, sie sind 13, elf und fünf Jahre alt. Mein Mann macht gerade eine Umschulung zum Industriekaufmann. Ich selbst habe keine Ausbildung beendet, weil ich mit zwanzig schon unser erstes Kind bekommen habe. Bald darauf sind zwei weitere Kinder gekommen. Von biko habe ich über Handzettel erfahren. Ich habe dort die Kostenübernahme für die Pille erhalten. In der Beratung haben wir auch die Möglichkeit der Spirale besprochen.

Mona A. (28 Jahre), alleinerziehend in Elternzeit

Bevor mein Sohn geboren wurde, habe ich eine Ausbildung als Verwaltungsfachangestellte absolviert und für einige Jahre in diesem Beruf gearbeitet. Mein Verdienst war durchschnittlich gut. Als ich schwanger wurde, lief mein befristeter Arbeitsvertrag aus und wurde nicht mehr verlängert. Der Vater meines Kindes hat sich von uns getrennt, als mein Sohn vier Monate alt war. Derzeit befinde ich mich noch in Elternzeit. Ich möchte bald wieder arbeiten gehen, aber als Alleinerziehende mit einem einjährigen Kind ist es schwierig, eine passende Arbeit zu finden. Durch biko konnte ich mir eine Hormonspirale einsetzen lassen.

Valentina S. (28 Jahre), ausländische Studentin

Ich stamme aus Kolumbien und studiere. Meinen Lebensunterhalt verdiene ich mit Hilfsjobs. Monatlich stehen mir 730 Euro zur Verfügung. Als ich meiner Frauenärztin erzählte, dass ich die Pille aus Kostengründen absetzen wollte, hat sie mich auf biko hingewiesen, und nun kann ich die Pille weiternehmen.

Ein Aspekt der Vielfalt an Lebenslagen und Lebenssituationen der Frauen, die biko in Anspruch nehmen, ist die Tatsache, dass unter diesen Frauen auch solche mit Lernschwierigkeiten vertreten sind. Exemplarisch für die Lebenssituation von Frauen mit Lernschwierigkeiten ist das folgende Fallbeispiel.

Marina O. (32 Jahre), ein Kind

Ich lebe in einer Einrichtung für betreutes Wohnen (für Menschen mit Lernschwierigkeiten, d. R.) und habe ein Kind. Mein Geld ist sehr knapp, denn ich erhalte nur ein Taschengeld. Von dem Geld muss ich alle Extras bezahlen, wie Ausflüge, Geschenke, Süßigkeiten, zum Teil Kleidung und auch Taxifahrten zur pro familia Beratungsstelle. Hier wird einem alles gut und in Ruhe erklärt.

Die oben genannten Fallbeispiele belegen ebenso wie die soziostrukturellen Daten aus dem vorangegangenen Unterkapitel, dass das Modellprojekt biko seinem Anspruch gerecht werden konnte, eine große Bandbreite an anspruchsberechtigten Frauen zu erreichen.

5 INANSPRUCHNAHME DER KOSTENÜBERNAHME

5.1 WELCHE VERHÜTUNGSMITTEL WURDEN NACHGEFRAGT?

Das folgende Kapitel gibt einen Überblick darüber, welche der durch das Projekt angebotenen Leistungen der Kostenübernahme durch die Klientinnen gewünscht und in Anspruch genommen werden.

Das Kapitel gibt einen statistischen Gesamtüberblick, geht aber in einem nächsten Schritt auch der Frage nach, ob Frauen in unterschiedlichen Lebenssituationen unterschiedliche Leistungen abfragen. Hierfür werden Typen gebildet, die unterschiedliche Altersgruppen und Lebenslagen berücksichtigen.

Differenziert wird zunächst zwischen Frauen bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres und Frauen ab dem 35. Lebensjahr. Innerhalb dieser Gruppen wird weiterhin danach unterschieden, ob die Frauen in einer Partnerschaft leben oder nicht und ob sie Kinder haben oder nicht (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Typisierung – Frauen in unterschiedlichen Lebenssituationen

Frauen	Zwischen 20 – 34		Ab 35	
	Kind ja	Kind nein	Kind ja	Kind nein
Partnerschaft ja				
Partnerschaft nein				

Aufgrund ihrer Lebenssituation ist das Thema Verhütung für Frauen mit Lernschwierigkeiten oft besonders sensibel und von verschiedenen Faktoren bestimmt. Deswegen werden die Leistungen, die diese Gruppe Frauen im Projekt biko in Anspruch genommen haben, ebenfalls gesondert betrachtet.

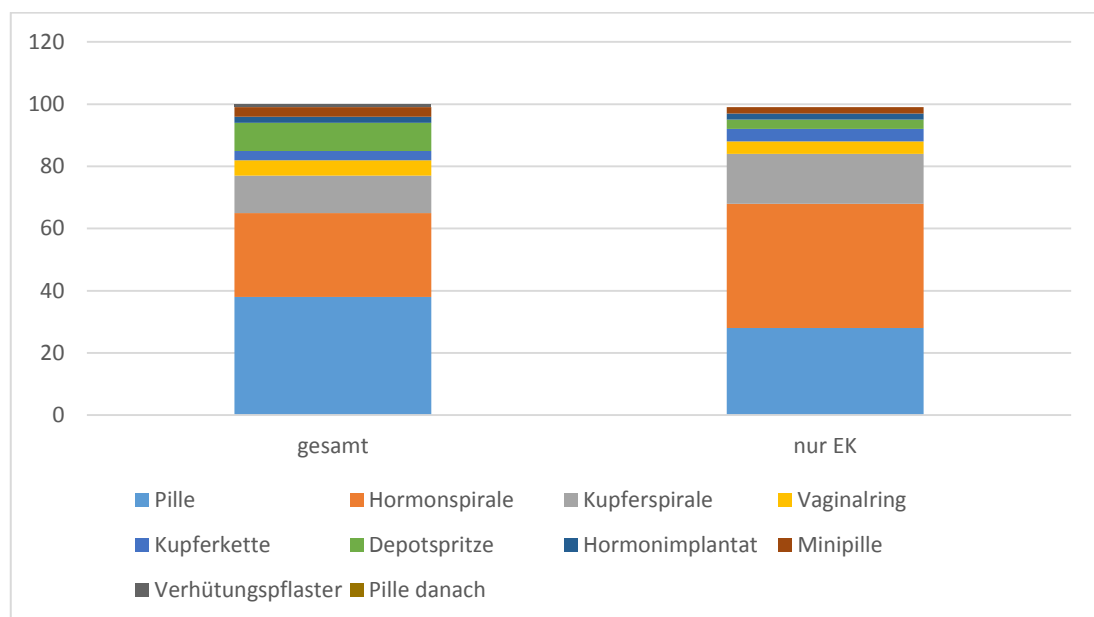
Innerhalb der vier Kernquartale wurden 6.104 Kostenübernahmen angefragt (vgl. Datenreport Kernquartale 2019). In diesen Erstkontakten waren die Pille, die Hormonspirale und die Kupferspirale die am häufigsten gewünschten Verhütungsmittel. 36 % der Frauen erkundigten sich nach der Kostenübernahme für die Pille, 26 % nach der Kostenübernahme für die Hormonspirale und 14 % nach der Kostenübernahme für die Kupferspirale.

Dass nur ein sehr geringer Anteil der Anfragen nicht verschreibungspflichtigen Verhütungsmitteln galt, erklärt sich aus den Rahmenbedingungen des Projekts, die eine Kostenübernahme für diese Verhütungsmittel explizit ausschließen. Obwohl von durchschnittlich 18 % aller Frauen und 23,5 % aller Arbeitslosengeld-II-Empfängerinnen Kondome zur Verhütung benutzt werden (Helfferich 2017, S. 6), galten – um nur ein Beispiel auszuwählen – lediglich fünf der 6.104 Anfragen der Kostenübernahme diesem Verhütungsmittel. Von den nicht kostenübernahmefähigen Verhütungsmitteln wurde am häufigsten die Kostenübernahme für eine Sterilisation nachgefragt (72 von 6.104 Anfragen). Insgesamt wur-

den im Rahmen des Monitorings für die vier Kernquartale 110 Anfragen für nicht kostenübernahmefähige Verhütungsmittel registriert. Während sich einige dieser Frauen offensichtlich für ein kostenübernahmefähiges Verhütungsmittel entschieden, kamen 68 Kostenübernahmen nicht zustande, da die Kosten für das ausgewählte Verhütungsmittel nicht übernommen werden konnten. In 20 Fällen wurde die Kostenübernahme für eine Verhütung durch den Mann nachgefragt, die ebenfalls aufgrund der biko-Vorgaben nicht ausgestellt wurde.

Die 6.104 innerhalb der vier Kernquartale im Erstkontakt angefragten Kostenübernahmen führten in diesem Zeitraum zu 4.480 Kostenübernahmen für Verhütungsmittel. Etwas mehr als ein Drittel (38 %) dieser Kostenübernahmen galt für die Pille, 27 % für eine Hormonspirale und 12 % für eine Kupferspirale. Dass die Kostenübernahmen für eine Pille insgesamt den höchsten Anteil stellen, erklärt sich aus der Notwendigkeit einer wiederholten Kostenübernahme für dieses Verhütungsmittel, da häufig für Zeiträume innerhalb eines Jahres Rezepte von Ärzt/-innen ausgestellt werden. Werden nur die erstmaligen Kostenübernahmen berücksichtigt, liegt der Anteil für die Pille lediglich bei einem Viertel, während sich die meisten Kostenübernahmen auf die Hormonspirale (37 %) beziehen. Auch der prozentuale Anteil der Kupferspirale steigt dann an (15 %) (vgl. Abbildung 11 sowie Datenreport 2019).

Abbildung 11: Verteilung Kostenübernahmen gesamt (N = 4.480) und nur bei Erstkontakt (N = 2.524 n = 2.370 wegen KÜ-Ablehnung) in Prozent in Q III 2017 – Q II 2018 (Abweichung von 100 % aufgrund von Rundungsfehlern)

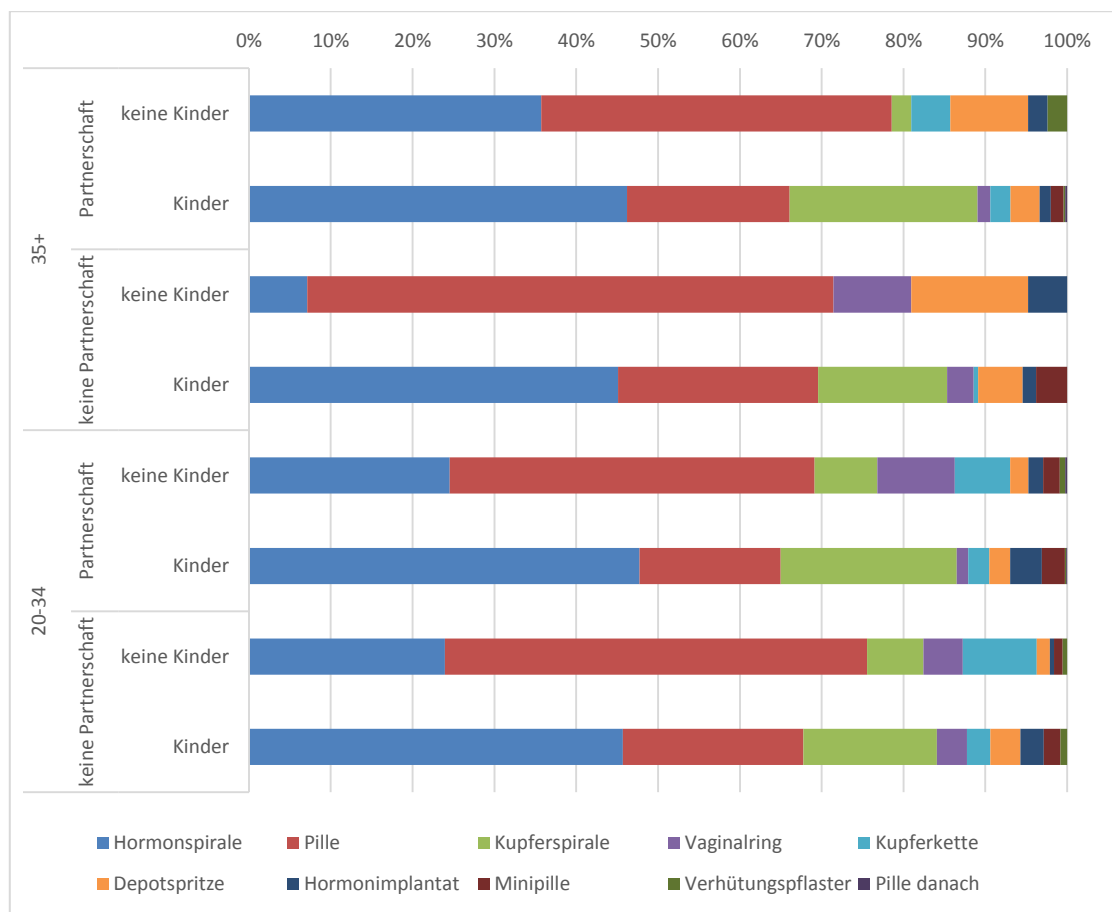


Quelle: Datenreport Kernquartale 2019, Sonderauswertung

Unabhängig vom Alter und auch unabhängig davon, ob sie in einer Partnerschaft lebten, waren es insbesondere Frauen mit Kindern, die die Kostenübernahme für eine Hormonspirale erhielten. Nahezu die Hälfte der Frauen aller Altersgruppen, die bereits Kinder haben, erhielten eine Kostenübernahme für eine Hormonspirale. Für die Pille entschieden sich deutlich weniger (vgl. Abbildung 12). Auch für die Kupferspirale als ein weiteres langwirksames Verhütungsmittel wurde für Frauen mit Kindern deutlich öfter eine Kosten-

übernahme ausgestellt als für Frauen ohne Kinder. Frauen ohne Kinder verzichteten dahingegen eher auf langfristig wirksame Verhütungsmittel. So wurde die Pille von Frauen ab dem 35. Lebensjahr, die in einer Partnerschaft lebten und keine Kinder hatten, etwas häufiger als Mittel der Verhütung genutzt als eine Hormonspirale. Frauen ohne Kinder, die unter 35 Jahre alt waren, nutzten die Pille im Vergleich zur Hormonspirale etwa doppelt so häufig, unabhängig davon, ob sie in einer Partnerschaft lebten oder nicht. Nicht langfristig wirkende Verhütungsmittel wurden insbesondere von Frauen ab dem 35. Lebensjahr genutzt, die keine Kinder hatten und in keiner Partnerschaft lebten. Nur 7 % dieser Gruppe erhielten eine Kostenübernahme für eine Hormonspirale, 64 % dahingegen für die Pille (vgl. Abbildung 12).

Abbildung 12: Erstattete Verhütungsmittel in Erstgesprächen in Q III 2017 – Q II 2018 nach Alter, Partnerschaft und Kindern in % der Klientinnen (N = 2.524; n = 2.370 wegen KÜ-Ablehnung)



Quelle: Datenreport Kernquartale 2019

Eine weitere Gruppe, die durch eine besondere Verteilung der Art der Verhütungsmittel, für die eine Kostenübernahme ausgestellt wurde, auffällt, sind Frauen mit einer Lernschwierigkeit. Diese erhielten deutlich häufiger als andere Frauen eine Kostenübernahme für eine Depotspritze. Von allen Frauen, die einer gesetzlichen Betreuung unterliegen, verhüteten 15 % mit einer Depotspritze, während nur 2 % der Frauen ohne eine gesetzliche Betreuung dieses Verhütungsmittel nutzten. Noch deutlicher wird der Unterschied, wenn die einzelnen Altersgruppen betrachtet werden: 25 % der Frauen ab dem 35. Lebensjahr mit einer gesetzlichen Betreuung erhielten die Kostenübernahme für eine Depotspritze.

Bei Frauen in der gleichen Altersgruppe ohne gesetzliche Betreuung waren es hingegen nur 4 %.

5.2 WELCHE BEDARFE ZUR KOSTENÜBERNAHME HABEN DIE FRAUEN?

In diesem Kapitel wird dargestellt, welche Bedeutung die Kostenübernahme für eine selbstbestimmte Lebensplanung von Frauen hat. Durch eine Kostenübernahme ist es ihnen möglich, eine für sie passende Verhütungsmethode auszuwählen, unabhängig von den Kosten.

Bereits die Auswertung der statistischen Daten zeigte deutlich, dass Frauen je nach Lebenslage unterschiedliche Bedarfe bei der Verhütung haben. Die qualitativen Interviews gewähren zusätzlich einen vertiefenden Einblick in die Bedarfe der Frauen.

Das Monitoring macht deutlich, dass es insbesondere Frauen mit Kindern waren, die eine Kostenübernahme für eine Hormonspirale erhielten. In den qualitativen Interviews wird darüber hinaus erkennbar, dass vor allem Frauen mit mehreren Kindern einen Beratungsbedarf im Hinblick auf langfristig wirkende und sichere Verhütungsmittel hatten. Oft wollten sie eine Kostenübernahme für eine Hormon- oder Kupferspirale. So schilderte eine befragte Klientin, dass sie bereits zwei Kinder bekommen und auch schon drei Fehlgeburten erlitten habe und nun „auf Nummer sicher gehen“ wolle (Int. 29). Allerdings könnte sie in ihrer derzeitigen Situation eine Spirale nicht selbst finanzieren und sei deshalb auf das Projekt angewiesen. Auch die Beraterinnen erleben, dass die Hormon- oder Kupferspirale als relativ kostenintensives Verhütungsmittel von Frauen bevorzugt wurde, deren Familienplanung bereits abgeschlossen ist.

Frauen (unterschiedlichen Alters), die in einer Mutter-Kind-Einrichtung lebten, betonten in einem Gruppengespräch ebenfalls, dass ihnen insbesondere die Sicherheit des Verhütungsmittels wichtig sei. Einige dieser Frauen haben bereits mehrere Kinder, die zum Teil in Pflegefamilien leben. Für sie war deshalb eine Hormon- oder Kupferspirale das Verhütungsmittel der Wahl. Die Betreuerinnen der Mutter-Kind-Einrichtung berichteten, wie schwierig es für die Frauen sei, nach dem Auszug aus der Einrichtung und dem damit verbundenen Ende der Betreuung eine zuverlässige Verhütung sicherzustellen. Oftmals würden sie von der notwendigen Neuorganisation ihres Alltags derart gefordert, dass ihnen eine regelmäßige Einnahme der Pille nicht gelinge. Auch anderen Frauen in schwierigen Lebenslagen fällt es schwer, mit der Pille zu verhüten, so die Erfahrung einer Job-Beraterin. Aber auch Frauen, die aus anderen Gründen – z. B. Schichtarbeit – einen unstrukturierten Alltag haben, bevorzugten ein langfristig wirkendes Verhütungsmittel wie die Hormon- oder die Kupferspirale.

Die Beraterinnen berichteten in den Interviews, dass auch Verhütungsmethoden nachgefragt würden, deren Kosten nicht durch das Modellprojekt übernommen werden. Die Nachfragen waren jedoch gering, wie das Monitoring für die Kernquartale zeigt. Dies ist u.a. mit der Konzeption des Projektes zu erklären, welche die Kostenübernahme für nichtverschreibungspflichtige Verhütungsmittel explizit ausschließt. Gleichwohl gehörten auch nichtverschreibungspflichtige Verhütungsmethoden zu einer selbstbestimmten Verhütung, so die Sicht der Beraterinnen. Verhütungsmittel, die nicht durch biko übernommen

werden (wie z. B. Kondome), wurden häufig von jungen Frauen mit einem höheren Bildungsabschluss nachgefragt sowie von Frauen in einem höheren Lebensalter, die mit ihrem Körper gut vertraut sind. Auch im Übergang zwischen der Geburt eines Kindes und einem möglichen Termin zum Einsetzen der Spirale nutzten Frauen oft natürliche Verhütungsmittel, wie z. B. Barrieremethoden oder Temperaturkalender.

Ebenso ist die Sterilisation eine Form der Verhütung, die von Frauen nachgefragt wurde, deren Kosten jedoch nicht durch das Projekt übernommen werden. In der statistischen Auswertung war dies die am häufigsten nachgefragte der nicht im Leistungskatalog des Projekts verankerten Verhütungsmethoden. Neben den Kosten war es aber auch oft die Position des/der jeweiligen Ärzt/-in, die den Frauen bei der Wahl dieser Verhütungsmethode im Weg stand: So berichtete eine 36-jährige Frau mit einem psychisch erkrankten Sohn, die auf keinen Fall weitere Kinder möchte, dass ihre Gynäkologin es ablehnt, diesen Eingriff vor dem 40. Lebensjahr der Klientin durchzuführen.

Die Wahl eines Verhütungsmittels wurde aber ebenfalls von gesundheitlichen Faktoren bestimmt: So ist die Kupferspirale oder -kette für Frauen, die die Einnahme von Hormonen nicht oder nur schlecht vertragen, eine Möglichkeit der sicheren Verhütung. Umgekehrt gibt es aber auch therapeutische Gründe für eine Hormongabe: Eine Ärztin wies darauf hin, dass eine Hormonspirale z. B. eine Linderung bei starken Menstruations-, aber auch Wechseljahresbeschwerden bewirken kann. Die Beraterinnen berichteten entsprechend, dass insbesondere für Frauen ab 40 auch der therapeutische Aspekt eines Verhütungsmittels an Relevanz gewinnt.

Welche Bedeutung die Kostenübernahme für Verhütungsmittel für eine selbstbestimmte Familienplanung hat, ergibt sich nicht nur daraus, dass sie den Frauen eine weitestgehende Wahlfreiheit ermöglicht, sondern wird auch daraus ersichtlich, dass ein großer Teil der Frauen ansonsten nicht oder mit einer deutlich unsichereren Methode verhüten würde. Von den zwölf Frauen, die danach gefragt wurden, wie sie verhüten würden, wenn sie keine Kostenübernahme erhalten hätten, gaben sechs an, dass sie – zumindest temporär – nicht verhüten bzw. sich auf Barrieremethoden oder natürliche Verhütung verlassen würden. Beide Methoden sind mit hohen Unsicherheiten bzgl. des Verhütungserfolgs verbunden. In Interviews berichteten Frauen davon, dass sie vor der Möglichkeit der Kostenübernahme natürliche Methoden oder Barrieremethoden zur Verhütung genutzt hätten und ungewollt schwanger geworden seien. Auch Multiplikator/-innen sowie Ärzt/-innen haben diese Erfahrung gemacht. Gerade den Ärzt/-innen ist es ein Anliegen, dass Frauen sicher verhüten und ungewollte Schwangerschaften vermieden werden. Allerdings stehen sie dem Kostenproblem zum Teil hilflos gegenüber. Eine Ärztin berichtete, dass sie eine Zeitlang versucht habe, den Frauen über Ratenzahlung den Zugang zu einer Hormon- oder Kupferspirale zu ermöglichen, damit aber keine guten Erfahrungen gesammelt habe. Eine andere Ärztin berichtete von einer Frau, die nach einer Zwillingsgeburt schnell wieder schwanger geworden sei, da sie sich keine Verhütungsmittel habe leisten können. Zum Teil versuchten Ärzt/-innen Frauen mit einem geringen Einkommen durch Probepackungen zu unterstützen, was jedoch naturgemäß nur in einem geringen Umfang Entlastung bringt.

6 ERPROBTE GUTE PRAXIS

6.1 WIE WURDEN MENSCHENRECHTEBASIERTE INFORMATION UND BERATUNG ZU VERHÜTUNG UMGESETZT?

6.1.1 Die konzeptionelle Grundlage der Kostenübernahme und Beratung im Rahmen des Modellprojekts biko

Die Kostenübernahme für verschreibungspflichtige Verhütungsmittel wird im Rahmen des Projekts im Zusammenhang mit freiwilliger, menschenrechtsbasierter, diskriminierungsfreier und individueller psychosozialer Beratung und gut verständlichen Informationen zu Verhütung und Familienplanung in und durch Schwangerschaftsberatungsstellen der pro familia umgesetzt. Wie in der Beschreibung der Projektumsetzung dargelegt, bestand die zentrale Aufgabe an den sieben Standorten des Modellprojekts darin, anspruchsberechtigten Frauen die Übernahme der Kosten für das von ihnen gewählte verschreibungspflichtige Verhütungsmittel zu ermöglichen, ihnen Informationen zu Verhütung und Familienplanung zu geben und sie zu Verhütungsmethoden, Familienplanung und allen angrenzenden Themen zu beraten (vgl. Kapitel 1).

6.1.2 Das Beratungsgespräch

Das Beratungsgespräch kommt in der Regel durch eine telefonische Terminvereinbarung zustande. Es dient gemäß der Konzeption des Projekts der Antragstellung für die Kostenübernahme eines verschreibungspflichtigen Verhütungsmittels und bietet die Gelegenheit, Informationen und Beratung zu Verhütungsmethoden und Verhütungsmitteln sowie zu weiteren angrenzenden Themen zu erhalten. Dieses Angebot ist freiwillig; es ist auch möglich, dass Klientinnen ausschließlich die Kostenübernahme beantragen, ohne das Beratungsangebot zu nutzen. Konzeptionelle Vorgabe für die Beraterinnen an den Standorten sind die fachlichen Beratungsstandards der pro familia, Hintergrundinformationen, Handlungsempfehlungen und Formulare, die von der Projektleitung erarbeitet und im biko-Handbuch zusammengestellt wurden. Weiterhin sind Vorgaben der in Trägerschaft von rechtlich selbstständigen Landesverbänden bzw. in einem Fall eines Ortsverbandes stehenden Beratungsstellen der pro familia für die Beraterinnen leitend; die Fachaufsicht liegt bei den Trägern der Beratungsstelle. Bei Unklarheiten können die Beraterinnen Rücksprache mit den Projektkoordinatorinnen beim Bundesverband der pro familia halten, sich an die Leitungen ihrer Beratungsstellen wenden oder fachliche Unterstützung durch die interdisziplinär zusammengesetzten Beratungsteams in den Beratungsstellen der pro familia erhalten.

6.1.2.1 KLÄRUNG DER ANSPRUCHSBERECHTIGUNG IM BERATUNGSGESPRÄCH, AUFNAHME DES ANTRAGS UND ZUSAGE DER KOSTENÜBERNAHME

Die folgenden Ausführungen basieren auf den Auswertungen der Interviews mit den Beraterinnen.

Bevor es zu einem Beratungsgespräch kommt, werden die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme geprüft, wenn dies nicht bereits telefonisch geklärt wurde. In der Regel bringen die Frauen alle erforderlichen Nachweise über die Anspruchsberechtigung mit, d. h. Bescheinigungen über Sozialleistungen bzw. Einkommensnachweise und gegebenenfalls Nachweise hinsichtlich der Unterhaltspflicht zur Ermittlung der Einkommenshöhe.

Für die Kostenübernahme werden die im biko-Handbuch enthaltenen Formulare für den Antrag und die Zusage verwendet. Im Antrag dokumentiert werden

- die persönlichen Angaben der Frau,
- das Datum und die Gültigkeitsdauer eines Leistungsbescheids, der die Anspruchsberechtigung begründet, alternativ die Höhe des Einkommens nach dem Einkommensrechner, dessen Ausdruck beizufügen ist,
- das Verhütungsmittel mit Datum des Rezepts bzw. des Kostenvoranschlags und Namen der Ärztin/des Arztes, Rezeptdauer und Kosten und
- die Dauer der Zusage zur Kostenübernahme.

Mit Datum und Unterschrift der Beraterin und der Klientin werden die Angaben bestätigt. Kopien werden nicht gefordert, um das Verfahren für die Klientinnen möglichst niedrigschwellig zu gestalten und einen rechtbasierten Zugang zu gewährleisten. Dem Projektkonzept zufolge wird dies bewusst gestaltet, um sich auch von der Form und Ansprache her vom Umgang von Behörden zu unterscheiden. Dieses Vorgehen ist im biko-Handbuch in Form der Formulare hinterlegt und darüber hinaus auch in den regelmäßig stattfindenden Workshops zum Praxisaustausch und zur Qualifizierung mit allen Projektmitarbeiterinnen kommuniziert worden.

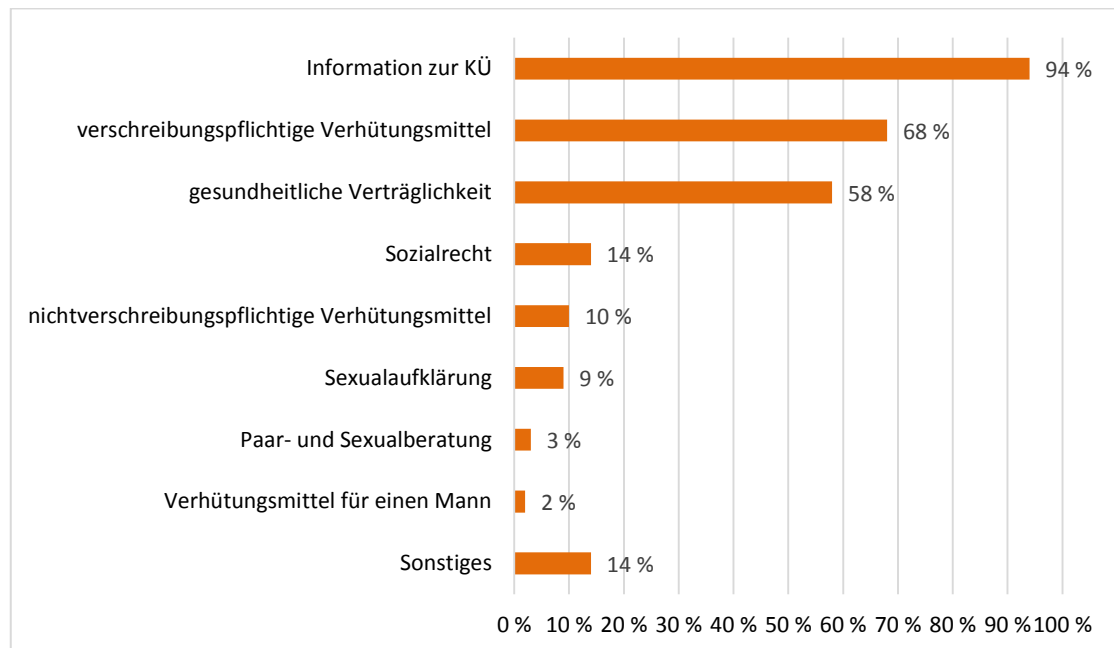
Bei vorliegender Anspruchsberechtigung kann in der Regel bereits beim ersten Gesprächstermin die Zusage zur Kostenübernahme für das gewünschte Verhütungsmittel erteilt werden.

6.1.3 Beratungsleistungen des Modellprojekts biko der pro familia

Innerhalb der Kernquartale wurden insgesamt 4.751 Beratungsgespräche geführt. 3.046 dieser Beratungsgespräche waren erstmalige Gespräche. Diesen 4.751 Beratungsgesprächen stehen 4.480 Kostenübernahmen gegenüber. Darüber hinaus fanden 6 % der Beratungsgespräche ohne Kostenübernahme statt (vgl. Datenreport Kernquartale 2019).

In nahezu allen Beratungsgesprächen erhielten die Frauen Informationen zum Verfahren der Kostenübernahme. Darüber hinaus wurden die Frauen am häufigsten zu den Themen verschreibungspflichtige Verhütungsmittel (68 %) und gesundheitliche Verträglichkeit beraten (58 %) (vgl. Abbildung 13 sowie Datenreport Kernquartale 2019).

Abbildung 13: „Welche Themen wurden im Beratungsgespräch behandelt?“ in Beratungsgesprächen (Erst- und Folgeberatungsgespräche) in Q III 2017 – Q II 2018 in % der Klientinnen (n = 12.951, N = 4.751, Mehrfachnennung möglich)

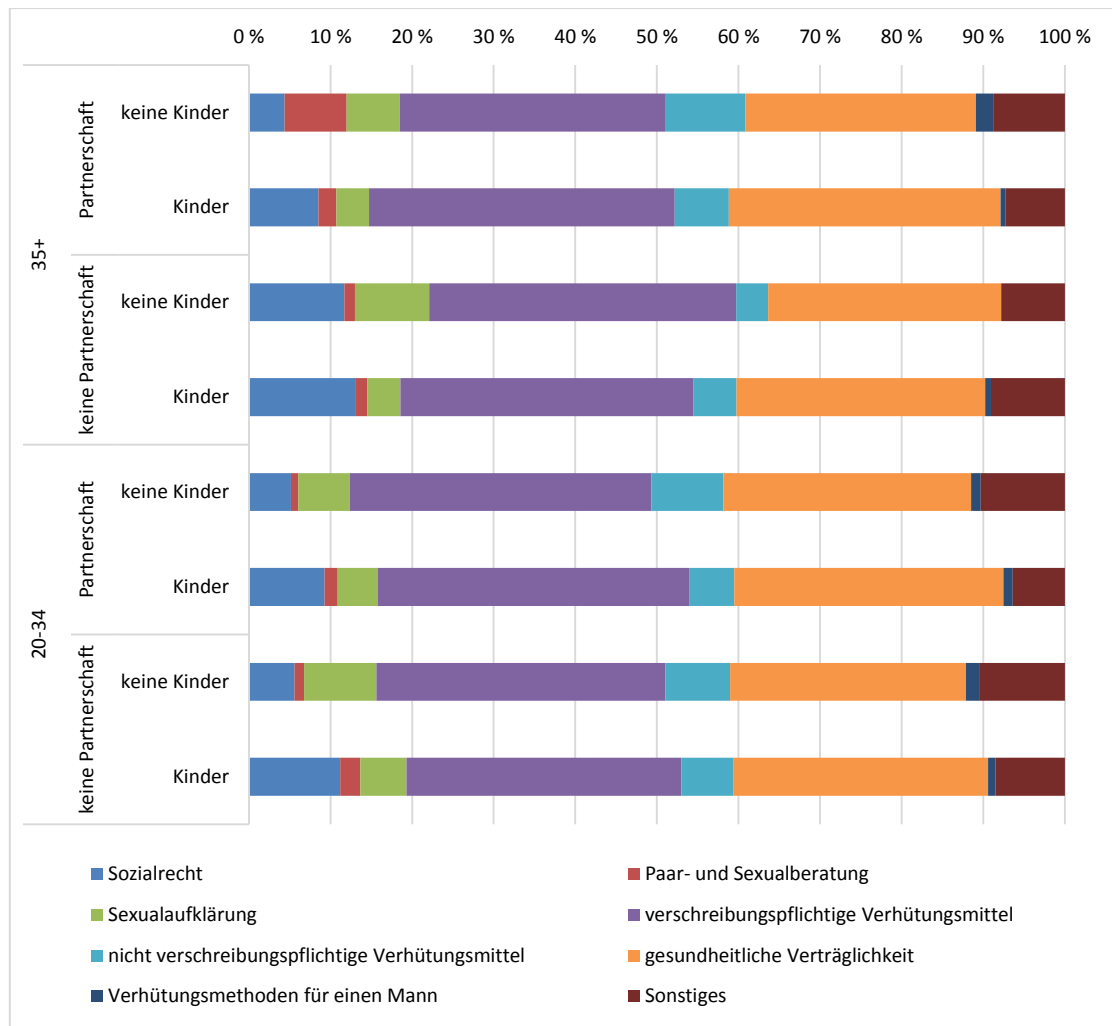


Quelle: Datenreport Kernquartale 2019

Die Themen der in Anspruch genommenen Beratungen unterscheiden sich je nach Lebenslage der Frauen: So sind Fragen zum Sozialrecht insbesondere für Frauen mit Kindern bedeutsam. Insgesamt wurden 21 % der Frauen mit Kindern hierzu beraten. Eine besondere Relevanz hat dieses Thema für Alleinerziehende: 25 % der unter 35-jährigen Alleinerziehenden und 29 % der über 35-jährigen Alleinerziehenden erhielten eine Beratung zu sozialrechtlichen Fragen (vgl. Datenreport Kernquartale 2019).

Frauen, die in einer Partnerschaft leben und keine Kinder haben, erhielten etwas häufiger als andere Frauen eine Beratung zu nichtverschreibungspflichtigen Verhütungsmitteln. 19 % von ihnen nahmen eine solche Beratung in Anspruch: Eine detailliertere Analyse zeigt, dass insbesondere Frauen über 35 Jahren, die in einer Partnerschaft leben und keine Kinder haben, an diesem Beratungsthema interessiert waren (21 %), bei den unter 35-Jährigen in der gleichen Lebenssituation waren es 19 %. Frauen in anderen untersuchten Lebenssituationen fragten dieses Beratungsthema deutlich seltener nach (vgl. Datenreport Kernquartale 2019).

Abbildung 14: B Beratungsthemen in Erstgesprächen in Q III 2017 – Q II 2018 nach Alter, Partnerschaft und Kindern (n = 5.330, N = 2.524, Mehrfachnennungen möglich)



Quelle: Datenreport Kernquartale 2019

Klientinnen, die eine gesetzliche Betreuung hatten, wurden deutlich häufiger im Bereich der Sexuaufklärung beraten (22 %) als Klientinnen ohne eine gesetzliche Betreuung (10 %). Beratungen zum Sozialrecht sowie zu verschreibungspflichtigen Verhütungsmitteln nahm diese Klientinnengruppe dahingegen seltener in Anspruch. Während insgesamt 18 % aller Klientinnen ohne eine gesetzliche Betreuung zu Fragen des Sozialrechts und 79 % zu verschreibungspflichtigen Verhütungsmitteln beraten wurden, sind es bei den Klientinnen mit einer gesetzlichen Betreuung 9 % (Sozialrecht) bzw. 68 % (verschreibungspflichtige Verhütungsmittel) (Datenreport Kernquartale 2019).

6.1.4 Information und Beratung zu verschreibungspflichtigen Verhütungsmitteln

Mehr als zwei Drittel der Klientinnen wurden von den Beraterinnen an den sieben Standorten des biko-Projekts zu verschreibungspflichtigen Verhütungsmitteln beraten. Das deutet auf einen hohen Informationsbedarf, den die Beraterinnen in den Interviews bestätigten. Sie beschrieben, dass ein Teil der Klientinnen, die zu ihnen kommen, in der Wahl des

Verhütungsmittels entschieden seien und keine weiteren Informationen wünschen würden, der größere Teil wolle jedoch Informationen zum verschriebenen Verhütungsmittel. Durch das im Beratungsgespräch offen ausliegende Anschauungsmaterial der großen Bandbreite an Verhütungsmitteln werde für viele Frauen anschaulich deutlich, dass es sich bei dem verschriebenen Verhütungsmittel nur um eines aus einer Vielzahl möglicher Verhütungsmittel handelt.

Die interviewten Klientinnen wünschten sich, dass grundsätzlich mehr über Möglichkeiten der Verhütung und die Nebenwirkungen von Verhütungsmitteln informiert wird. Eine interviewte Klientin hielt es beispielsweise für wichtig, dass Frauen intensiver über Alternativen zu dem am häufigsten verschriebenen Verhütungsmittel, der Pille, informiert werden.

Ein Teil der Klientinnen fragte auch gezielt nach Alternativen zu dem verschriebenen Verhütungsmittel.

„Und hier habe ich dann halt auch gefragt, was gibt es noch so für andere Möglichkeiten? Und dann hat sie [die Beraterin] mir auch so einen großen Katalog gezeigt und ist mit mir alles einzeln durchgegangen, was denn für mich passen könnte. Ich finde es auch sehr gut, dass sie halt auch sehr positiv hormonfreier Verhütung gegenüberstand und mir auch viel drüber erzählen konnte, was ich jetzt bei dem Frauenarzt, wie gesagt, überhaupt nicht erfahren habe. Da hat sie mich wirklich gut beraten.“ (Int. 21)

Die Information und Beratung zu Verhütung durch die biko-Beraterinnen ersetzt nicht die ärztliche Beratung – so die einhellige Auffassung der Beraterinnen. Information und Beratung im Rahmen des Modellprojekts seien ihnen zufolge eine Ergänzung zur ärztlichen Beratung. Sie sind weiterhin der Auffassung, dass es Aufgabe der Ärzt/-innen sei, die gesundheitliche Verträglichkeit eines Verhütungsmittels abzuklären, auch durch eine gynäkologische Untersuchung.

Die Klientinnen wertschätzten die Information und Beratung zu Verhütungsmitteln; sie begriffen sie teils als Chance, noch einmal abzuwägen und ihre Entscheidung für ein bestimmtes Verhütungsmittel zu überprüfen.

Klientin: „... so ein inneres Abwägen, ist das jetzt vielleicht das Richtige, oder was sind noch mal die Vorteile oder Nachteile oder Nebenwirkungen.“ (Int. 22)

Dass sowohl das gewählte Verhütungsmittel als auch andere Verhütungsmittel genau erklärt wurden, sahen die Klientinnen als willkommene Ergänzung zur frauenärztlichen Verhütung.

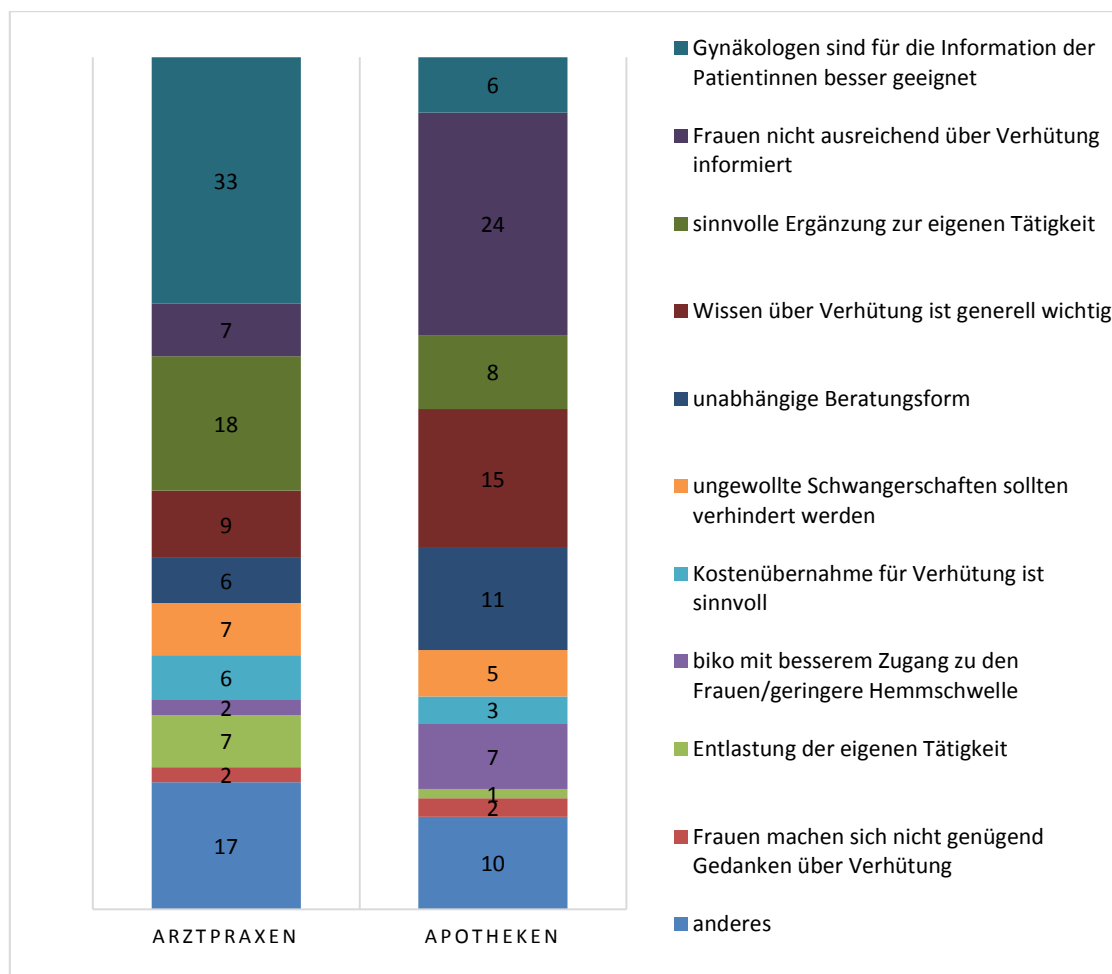
Eine Klientin hob hervor, dass Informationen nicht „distanziert“ gegeben würden, sondern dialogisch und an ihrem Wissensbedarf orientiert.

Klientin: „... nicht wie in der Schule, ... erklärt, erklärt, erklärt und man kriegt nur Input. Also, ich konnte auch Fragen stellen, die wurden dann gut beantwortet, auch meine Sorgen oder meine jetzigen Probleme.“ (Int. 28)

6.1.5 Information und Beratung zu Verhütung über das ärztliche Beratungsangebot hinaus

Von Ärzt/-innen und besonders von Apotheker/-innen wurde hervorgehoben, dass sie es sehr sinnvoll fänden, dass Frauen zu Fragen der Verhütung durch das biko-Projekt beraten werden. Dies gaben 71,6 % der Ärzt/-innen und 95,1 % der Apotheker/-innen in der schriftlichen Kurzbefragung der Ärzt/-innen und Apotheker/-innen an. Auch in Telefoninterviews wurde das Angebot positiv bewertet. Einige begründeten das in Interviews damit, dass Frauen nicht ausreichend über Verhütung informiert seien und dass Wissen über Verhütung für Frauen generell wichtig sei.

Abbildung 15: Begründungen für die Bewertung der Informations- und Beratungsangebote von biko (N = 63 Arztpraxen und 50 Apotheken; 92 fehlend; Mehrfachnennungen möglich)¹⁶



Quelle: Befragung von Arztpraxen und Apotheken

Die in der Grafik angegebenen Begründungen für die Einschätzung beziehen sich sowohl auf Zustimmung als auch auf Bedenken.

Eine Ärztin/ein Arzt begründete dies folgendermaßen:

¹⁶ Da die Begründungen für die Bewertung des Informationsangebots und die Begründungen für die Bewertung des Beratungsangebots vielfach gleich waren, wurden diese beiden Kategorien hier zusammengefasst.

Ärztin/Arzt: „Das Wissen über Verhütung ist generell noch stark vermehrungsfähig. Jede qualifizierte Information ist daher sehr wichtig!“ (Int. 64)

Allerdings war ein geringer Teil der Ärzt/-innen auch der Ansicht, dass Information und Beratung ihre Aufgabe seien; 9,8 % der Ärzt/-innen, die die Kurzbefragung beantwortet hatten, gaben dies an.

Worin besteht die ärztliche Verhütungsberatung und welche Regelungen gibt es dafür? In der Gebührenordnung der Ärzt/-innen, dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), ist keine gesonderte Leistung für eine Verhütungsberatung ausgewiesen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, Einheitlicher Bewertungsmaßstab). Im „Fachärztlichen Versorgungsbereich“ sind im Abschnitt 8 „Frauenärztliche, geburtshilfliche und reproduktionsmedizinische Gebührenordnungspositionen“ aufgeführt, die keine explizite Verhütungsberatung benennen. Die Beratung zu Verhütung ist von der Gebührenseite her im Allgemeinen Teil des EBM als „Beratung im Rahmen der Empfängnisregelung (EBM 2019, Ziffer 01821) und in der „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch“ (Gemeinsamer Bundesausschuss 2016) geregelt. Letztere benennt im Abschnitt B „Empfängnisregelung“, dass die „ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung ... sowohl die Beratung über Hilfen, die geeignet sind, eine Schwangerschaft zu ermöglichen, als auch eine Schwangerschaft zu verhüten, [umfasst]“ (Gemeinsamer Bundesausschuss 2016, 2 ff.). Weiterhin sind hier die „Erhebung der Anamnese, die gynäkologische Untersuchung einschließlich Blutdruckmessung und die zytologische Untersuchung des Portio-Abstrichs“ benannt sowie „Kontrolluntersuchungen während der Dauer der Anwendung eines Mittels zur Empfängnisverhütung“. Eine umfassende Verhütungsberatung, die die Lebenssituation der Frauen berücksichtigt und Informationen zur Bandbreite der möglichen Verhütungsmethoden – verschreibungspflichtiger und nichtverschreibungspflichtiger – einschließt, ist an dieser Stelle nicht vorgesehen. Gleichwohl wird hier der gynäkologische Aspekt der Verhütungsberatung sehr deutlich benannt: die Beratung im Kontext einer gynäkologischen Untersuchung, die Hinweise für die Wahl des geeigneten Verhütungsmittels geben soll.

Nach der oben benannten Regelung zur Abrechnung von Beratungsleistungen zu Verhütung können für eine Beratung 7,68 Euro abgerechnet werden. Das legt den Schluss nahe, dass eine Beratung in der Regel nur mit einer Dauer von unter zehn Minuten durch die Gebührenordnung vorgesehen ist. Dem durch die gesetzlichen Krankenkassen finanzierten Beratungsangebot der Ärzt/-innen zu Verhütung sind damit strukturelle Grenzen gesetzt.

Zudem gibt es Hinweise auf eine nicht immer ausreichende Qualität ärztlicher Verhütungsberatung. Die Verbraucherzentrale Hamburg bemängelt die Beratungsqualität ebenso wie die Tatsache, dass bis dato keine Leitlinien für die ärztliche Verhütungsmittelberatung existieren (Verbraucherzentrale Hamburg 2016).

Sowohl strukturelle Grenzen der ärztlichen Beratung als auch die benannten inhaltlichen Schwerpunkte der Beratung im Kontext einer gynäkologischen Untersuchung sowie die benannten Hinweise auf nicht ausreichende Qualität und nicht ausreichenden Umfang dieser Beratung verweisen auf einen Beratungsbedarf, der über die ärztliche Beratung hinausgeht und bei dem mit ausreichend Zeit die Lebenssituation der Frauen und die Vielfalt der Verhütungsmethoden berücksichtigt werden sollten.

6.1.6 Beratung zu nichtverschreibungspflichtigen Verhütungsmitteln

Nichtverschreibungspflichtige Verhütungsmittel – wie Diaphragma und Portiokappe (Barrieremethoden) – spielten in der Beratung eine untergeordnete Rolle; 10 % der Klientinnen wurden dazu beraten, was durch die Beraterinnen in den Interviews bestätigt wurde. Nichtverschreibungspflichtige Verhütungsmittel wurden beispielsweise von Frauen nachgefragt,

- die sich sehr intensiv mit dem Thema natürlicher Verhütungsmethoden auseinandergesetzt hatten,
- die sich in einer späten Phase der Familienplanung befanden und ihren Körper gut kannten,
- die ein Verhütungsmittel für die Übergangszeit – vor dem Einlegen einer Spirale oder nach einer Geburt – suchten,
- die sich eine hormonfreie Alternative wünschten,
- die sich aufgrund ihrer Lebenssituation ein Verhütungsmittel wünschten, das sie nicht regelmäßig einnehmen mussten,
- die bereits verhütet haben und sich mehr Sicherheit wünschten, weil sie auf jeden Fall eine Schwangerschaft vermeiden wollten.

Die Beraterinnen gaben auf Wunsch Informationen zu den genannten Barrieremethoden, deren Anwendung und Sicherheit. Für eine weitere Beratung zum konkreten Umgang damit und zur Anpassung wurden die Klientinnen an eine/n Ärzt/in verwiesen.

6.1.7 Beratung zu weiteren Themen über Verhütung hinaus

Das Informieren über Verhütungsmittel setzt auch Impulse, durch die die Klientin über ihre Verhütung im Kontext ihrer Lebenssituation, Lebensgestaltung und Lebensplanung nachdenkt und diese besprechen möchte.

Die in **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** anhand des Datenreports ernquartale 2019 abgebildete Vielfalt von Beratungsthemen über das Thema Verhütung hinaus wird in den Interviewergebnissen bestätigt und weiter differenziert. Die am häufigsten in den Interviews genannten Beratungsthemen sind Sozialrecht, Familienplanung, Sexualität, Kinderwunsch, Partnerschaft, Kinderbetreuung, psychische Erkrankungen. Aber auch die berufliche Situation, wie z. B. prekäre Arbeitsverhältnisse und Probleme, die daraus resultieren, finanzielle Notlagen oder die Schwierigkeiten, einen Betreuungsplatz für Kinder angesichts zu geringer Betreuungsplätze der Kommunen zu finden, wurden den Beraterinnen zufolge thematisiert. Insbesondere alleinerziehende Frauen thematisierten Fragen des Berufseinstiegs und der Kinderbetreuung. Schwierigkeiten in der Partnerschaft, wie z. B. Fernbeziehungen und andere Extremsituationen in der Partnerschaft, spielten eine Rolle. Themen des Sozialrechts umfassten den Rechtsanspruch auf einen Kitaplatz oder auf Transferleistungen und resultierten aus der Unkenntnis der Rechtslage. Aber auch Gewalterfahrungen und psychische Probleme der Klientinnen wurden angesprochen.

Den Beraterinnen zufolge ist es so, dass die Frauen die Probleme „einfach mal loswerden“ wollten. Dann wurden die Frauen in der Beratungssituation ermuntert, sich darüber Gedanken zu machen, ob sie die Probleme angehen möchten und ob sie dafür Unterstützung benötigen oder ob sie für diese Klärung eine Beratung in Anspruch nehmen möchten.

Hier wurde auch auf fachlich zuständige Beraterinnen verwiesen, entweder innerhalb der pro familia oder in anderen Institutionen.

Einige Beraterinnen schätzten ein, dass das Beratungsangebot wie ein „Türöffner“ wirken könne. Für die Klientinnen ergab sich die Gelegenheit, andere Themen anzusprechen, die nicht unmittelbar mit Verhütung zu tun haben. Insofern fungierte die Beratung als ein erster Zugang zu einer psychosozialen Beratung. Das ist insbesondere für Frauen wichtig, so meinte eine Beraterin, die von sich aus keine Beratungsstelle im Bereich der sozialen Beratung aufsuchen würden. Es ermöglichte ihnen einen niedrigschwelligen Zugang zu einem solchen Beratungsangebot. Dies schilderte eine Beraterin im Interview.

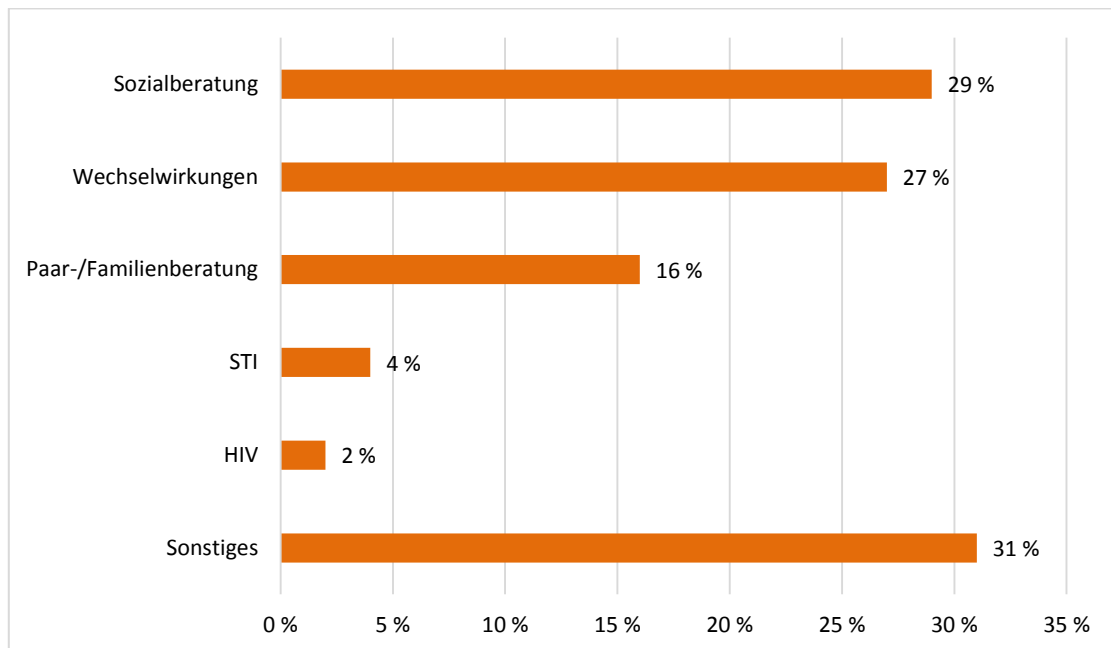
Beraterin: „Die Kostenübernahme ist natürlich auch so ein niedrigschwelliges Angebot, das ist erst einmal unverfänglich. Sie [die Frauen] wollen die Kostenzusage und checken mich ab, sage ich mal: Wer sitzt da und kann ich der irgendwie auch vertrauen? Und wenn dann irgendetwas [hochkommt] ..., dann gibt es die Möglichkeit. Aber es hat nicht immer unbedingt etwas mit der Verhütung zu tun. Das ist dann vielleicht der Türöffner, aber die Geschichte dahinter ist eine andere.“ (Int. 22)

Diese Beraterin hat die Erfahrung gemacht, dass Frauen Probleme immer mal wieder thematisieren müssten und dafür auch unterschiedliche Gelegenheiten nutzen würden, wie z. B. ein Beratungsangebot zum Thema Verhütung, ehe sie von ihnen angesprochen werden. Durch die Verknüpfung der Kostenübernahme mit einer Beratungssituation würden Frauen einen Zugang zu Beratungsmöglichkeiten erhalten, die sie von sich aus sonst nicht wahrnehmen würden. Üblicherweise kämen „gut situierte“ (Int. 22) Frauen zu einer Beratung. Hingegen hätten Frauen in schwierigen Lebenslagen, so die Beraterin, oftmals eine Scheu vor Beratungen, eventuell auch, weil sie bereits schlechte Erfahrungen, z. B. mit Beratungen in Ämtern, gemacht hätten.

6.1.8 Weitervermittlung von Klientinnen zur weiteren Beratung

529 Klientinnen (11 %) wurden nach einer Erst- oder Folgeberatung an eine andere Beratungsstelle verwiesen (Datenreport Kernquartale 2019). Dabei ging es bei 29 % dieser Frauen um eine Sozialberatung, 27 % wurde an eine andere Stelle verwiesen, um sich wegen Wechselwirkungen beraten zu lassen, und 16 % dieser Frauen wurden an eine Paar- bzw. Familienberatung weiterverwiesen (vgl. Abbildung 16 sowie Datenreport Kernquartale 2019).

Abbildung 16: „Bezüglich welcher Themen wurde die Klientin weitervermittelt?“ in Beratungsgesprächen (Erst- und Folgeberatungsgespräche) in Q III 2017 – Q II 2018 in % der Klientinnen (n = 529 von insgesamt N = 4.751 wegen „keine Angaben“)



Quelle: Datenreport Kernquartale 2019

6.2 WIE KONNTEN DIE GUTEN KOOPERATIONEN MIT ARZTPRAXEN UND APOTHEKEN GELINGEN?

In diesem Kapitel geht es um die Zusammenarbeit der Projektmitarbeiterinnen mit externen Akteuren. Zu den wichtigsten Akteuren gehörten lokale Arztpraxen und Apotheken. Diese wurden von den Projektumsetzenden als Kooperationspartner/-innen bezeichnet, da sie an den Projektstandorten im Rahmen des Kostenübernahmeprozesses mit den Beratungsstellen der pro familia kooperierten (vgl. Kapitel 6.2.1). Darüber hinaus erfüllten insbesondere die Arztpraxen eine zentrale Aufgabe bei der Bekanntmachung des Angebots des Modellprojekts biko. So kamen mehr als ein Drittel aller Kostenübernahmen durch eine Empfehlung aus einer kooperierenden Arztpraxis zustande (vgl. Datenreport Kernquartale 2019). Die Bereitschaft, das Angebot des Modellprojekts biko bekannt zu machen, war bei lokalen Arztpraxen und Apotheken gleichermaßen sehr hoch (vgl. Kapitel 6.2.6).

Im Hinblick auf die Kooperationspraxis mit lokalen Arztpraxen und Apotheken konzentrierte sich der Fokus der Evaluation auf die folgenden Fragen:

- Wie bahnen die Projektmitarbeiterinnen die Kooperation mit Arztpraxen und Apotheken an?
- Was sind förderliche und hemmende Faktoren guter Kooperation?
- Wie bewerten kooperierende Arztpraxen und Apotheken das Modellprojekt biko der pro familia und wie bewerten sie die Zusammenarbeit mit diesem Projekt?

6.2.1 Der Kostenübernahmeprozess als Kooperationsgegenstand

Zu den häufigsten ärztlichen Leistungen im Zusammenhang mit Verhütung gehören im Allgemeinen

- die Beurteilung, welches Verhütungsmittel für eine Patientin das richtige ist,
- die Information und Beratung der Patientin,
- das Ausstellen eines Rezeptes,
- die Durchführung eines ärztlichen Eingriffs zur Anwendung des Verhütungsmittels.

Zu den pharmazeutischen Leistungen im Zusammenhang mit Verhütung gehören im Allgemeinen

- das Einlösen eines Rezeptes,
- die pharmazeutische Information und Beratung.

Im Rahmen der Kooperation mit dem Modellprojekt übernahmen Arztpraxen bzw. Apotheken darüber hinaus folgende Aufgaben:

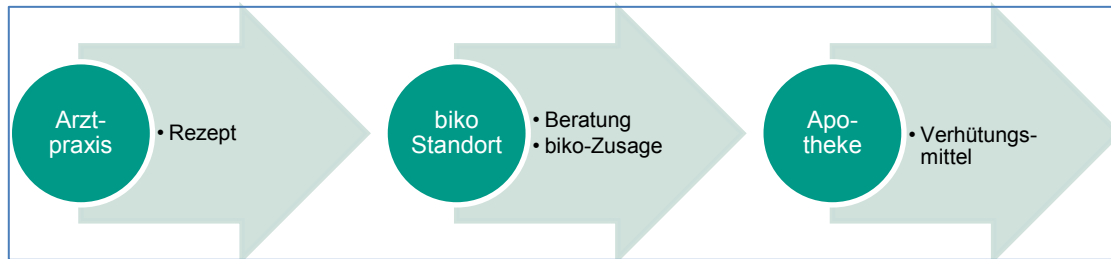
- anspruchsberechtigte Frauen über biko zu informieren,
- ggf. Kostenvoranschläge für Leistungen zur Verhütung zu erstellen,
- Rechnungen an die pro familia zu schicken.

Idealtypisch lassen sich drei Varianten des Kostenübernahmeprozesses unterscheiden. Abhängig von der Art des gewünschten Verhütungsmittels und den jeweiligen Gegebenheiten vor Ort durchliefen die anspruchsberechtigten Frauen drei bis vier Etappen, um ihr gewünschtes Verhütungsmittel zu erhalten. Diese Etappen werden im folgenden Abschnitt beschrieben und grafisch dargestellt.

6.2.2 Etappen des Kostenübernahmeprozesses – Variante I

Idealerweise erfuhr eine anspruchsberechtigte Frau spätestens dann vom Modellprojekt biko, wenn sie eine kooperierende Arztpraxis aufsuchte, um sich ein Verhütungsmittel verschreiben zu lassen. In diesem Fall erhielt sie zusammen mit ihrem Rezept auch Informationen über die Möglichkeit der Kostenübernahme durch die pro familia. Als Nächstes nahm die Frau Kontakt mit der zuständigen pro familia Beratungsstelle vor Ort auf. In der Regel bekam die Frau einen zeitnahen Termin bei einer Projektmitarbeiterin. Sofern alle Voraussetzungen erfüllt waren, stellte diese die biko-Zusage zur Kostenübernahme für Verhütungsmittel aus. Nun konnte die Frau eine kooperierende Apotheke aufsuchen, wo sie ihr Rezept zusammen mit der biko-Zusage abgab. Im Gegenzug wurde ihr das gewünschte Verhütungsmittel ausgehändigt (vgl. Abbildung 17). Im Anschluss stellte die Apotheke die entstandenen Kosten der pro familia Beratungsstelle in Rechnung.

Abbildung 17: Etappen des Kostenübernahmeprozesses – Variante I



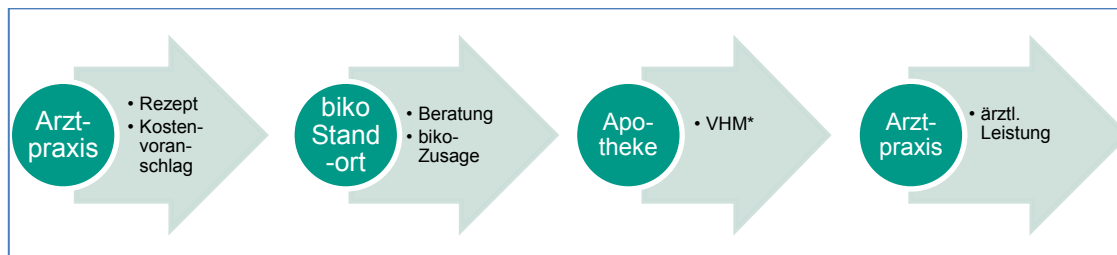
Quelle: eigene Darstellung

6.2.3 Etappen des Kostenübernahmeprozesses – Varianten II und III

Falls sich eine Frau für ein Verhütungsmittel entschied, dessen Anwendung einen ärztlichen Eingriff erforderlich macht (z. B. Spirale, Depotspritze, Hormonimplantat), bedurfte es eines zusätzlichen Verfahrensschritts beim Prozess der Kostenübernahme.

Zunächst begab sich die Frau, wie bei Variante I, in eine kooperierende Arztpraxis, wo sie u. U. erst vom Angebot des Modellprojekts biko erfuhr. Hier erhielt sie ein Rezept für das gewünschte Verhütungsmittel und zusätzlich einen Kostenvoranschlag, in dem die weiteren ärztlichen Leistungen aufgeschlüsselt waren. Anschließend vereinbarte die Frau einen Termin in der zuständigen Beratungsstelle der pro familia. Dort bekam sie nach Prüfung ihrer Anspruchsberechtigung von der Beraterin zwei biko-Zusagen zur Kostenübernahme für Verhütungsmittel – eine zur Vorlage in der Apotheke und eine für die ärztliche Leistung. Daraufhin begab sich die Frau in eine kooperierende Apotheke, wo ihr das verschriebene Verhütungsmittel ausgehändigt wurde. Die anfallenden Kosten stellte die Apotheke der Beratungsstelle der pro familia in Rechnung. Die Frau suchte wieder die Arztpraxis auf, wo sie gegen Vorlage der zweiten biko-Zusage die ärztliche Leistung erhielt (vgl. Abbildung 18). Auch die Arztpraxis stellte der Beratungsstelle der pro familia die entstandenen Kosten in Rechnung.

Abbildung 18: Etappen des Kostenübernahmeprozesses – Variante II

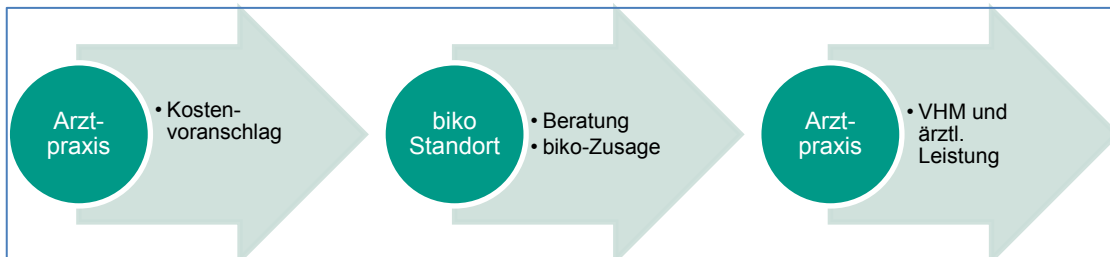


Quelle: eigene Darstellung, *VHM = Verhütungsmittel

Wie aus den Interviews mit kooperierenden Gynäkolog/-innen hervorgeht, wurde die Variante II teilweise auch in verkürzter Form angeboten (vgl. Abbildung 19). Diese setzte voraus, dass das gewünschte Verhütungsmittel (z. B. Spirale) in der Arztpraxis vorrätig war oder kurzfristig von den Angestellten besorgt werden konnte. Wenn sich eine Patientin für ein entsprechendes Mittel entschied, wurde ein Kostenvoranschlag über das Verhütungsmittel und die damit verbundene ärztliche Leistung erstellt. Die Frau legte den Kostenvor-

anschlag in der pro familia Beratungsstelle vor und erhielt nach Prüfung ihrer Anspruchsberechtigung eine biko-Zusage zur Kostenübernahme. Mit dieser begab sie sich wieder in die Arztpraxis, wo sie das Verhütungsmittel und die daran gebundene ärztliche Leistung bekam.

Abbildung 19: Etappen des Kostenübernahmeprozesses – Variante III



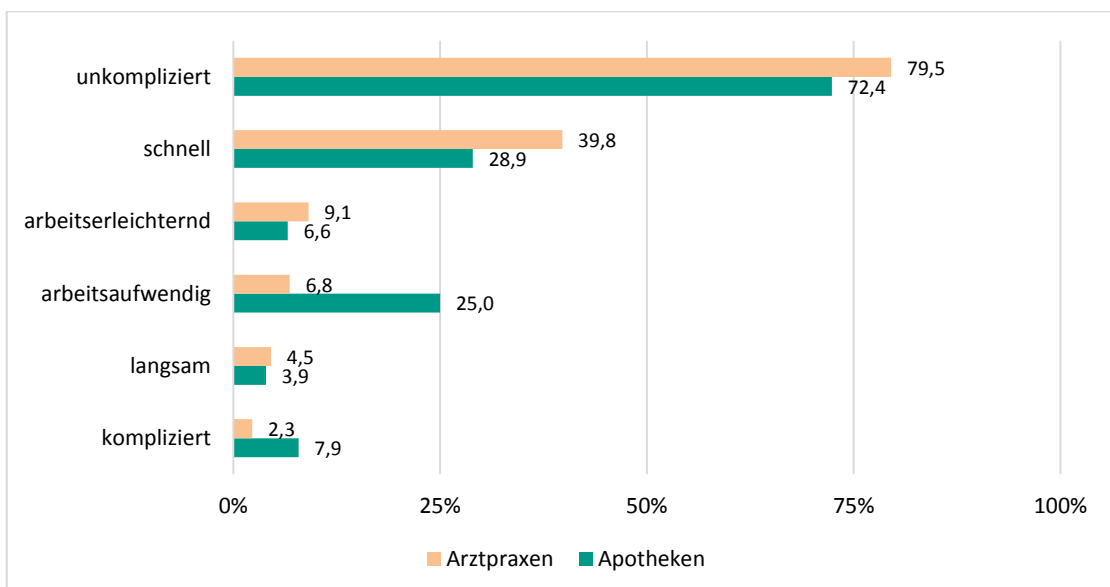
Quelle: eigene Darstellung

Im Vergleich zur zweiten Variante verkürzte sich bei der dritten Variante der Kostenübernahmeprozess für die Frau um eine Etappe, weil die Apotheke in diesem Fall nicht aufgesucht werden musste. Zugleich entstand für die Arztpraxis ein Mehraufwand, da das Verhütungsmittel besorgt und vorschriftsmäßig gelagert werden musste.

6.2.4 Bewertung des Abrechnungsverfahrens

Die Zusammenarbeit mit den Arztpraxen und Apotheken gelang im Modellprojekt biko gut. So geht aus den Telefoninterviews mit Ärzt/-innen und Apotheker/-innen hervor, dass die befragten Personen mit dem Abrechnungsverfahren überwiegend zufrieden waren. Diese Zufriedenheit spiegelte sich auch in einer quantitativen Befragung der Arztpraxen und Apotheken wider (vgl. Abbildung20).

Abbildung 20: Bewertung des Abrechnungsverfahrens (N = 88 Arztpraxen und 76 Apotheken; 41 fehlend, Mehrfachnennungen möglich)



Quelle: Befragung von Arztpraxen und Apotheken

Den Auswertungsergebnissen zufolge wurde das Abrechnungsverfahren überwiegend als „unkompliziert“ (79,5 % Arztpraxen, 72,4 % Apotheken) und/oder „schnell“ (39,8 % Arztpraxen, 28,9 % Apotheken) bewertet. Nur ein kleiner Anteil der Befragten gab dagegen an, dass das Verfahren „kompliziert“ (2,3 % Arztpraxen, 7,9 % Apotheken) und/oder „langsam“ (4,5 % Arztpraxen, 3,9 % Apotheken) sei. Als „arbeitsaufwendig“ wurde das Abrechnungsverfahren vor allem vonseiten der Apotheken bewertet (25,0 %) und deutlich weniger vonseiten der Arztpraxen (6,8 %). Dagegen schätzten 9,1 % der Arztpraxen und 6,6 % der Apotheken das Verfahren als „arbeitserleichternd“ ein.

Wie aus den frei formulierbaren Antworten der Befragungsbögen hervorgeht, sahen insbesondere diejenigen Apotheker/-innen einen Mehraufwand durch das Abrechnungsverfahren gegeben, die ihre Abrechnung von einem Dienstleister erledigen ließen. Diese Einrichtungen wünschten sich eine Verfahrensvereinfachung. Sie favorisierten eine personengebundene Abrechnungsmöglichkeit analog zu den Rezepten der gesetzlichen Krankenkassen oder auch, dass die Klientinnen in Vorkasse gehen, weil es andernfalls immer wieder zu Problemen mit dem beauftragten Abrechnungszentrum kommen kann. In einigen Fällen hat das Abrechnungszentrum die Bearbeitung von Kostenübernahmen verweigert, sodass eine Apotheke die Rechnungslegung selbst durchführen musste. Dies wurde von den Befragten als ein Mehraufwand bewertet.

Im Rahmen eines nachgehenden Telefoninterviews erklärte dagegen eine Apothekerin, die ihre Abrechnungen grundsätzlich selbst erledigt, dass sie keinen Mehraufwand durch die biko-Zusage zur Kostenübernahme von Verhütungsmitteln habe: Wenn eine Frau mit einer biko-Zusage zu ihr komme, betätige sie auf ihrer Kasse einfach den Rechnungsknopf anstelle der Barzahlungstaste. Laut ihrer Schilderung werde dann eine Rechnung ausgedruckt. Diese schicke sie per Post an die pro familia Beratungsstelle. Zum Teil sammle sie die Rechnungen auch, um diese gebündelt abzuschicken. Die hierbei entstehenden Portokosten stellten ihr zufolge kein Problem dar.

Gemäß den Projektmitarbeiterinnen sei es gelegentlich vorgekommen, dass die im Rahmen des Abrechnungsverfahrens anfallenden Portokosten von kooperierenden Arztpraxen oder Apotheken beanstandet wurden. In diesen Fällen hätten die Projektmitarbeiterinnen vorgeschlagen, auch das Porto in Rechnung zu stellen. Mit dieser Lösung seien alle Beteiligten zufrieden gewesen.

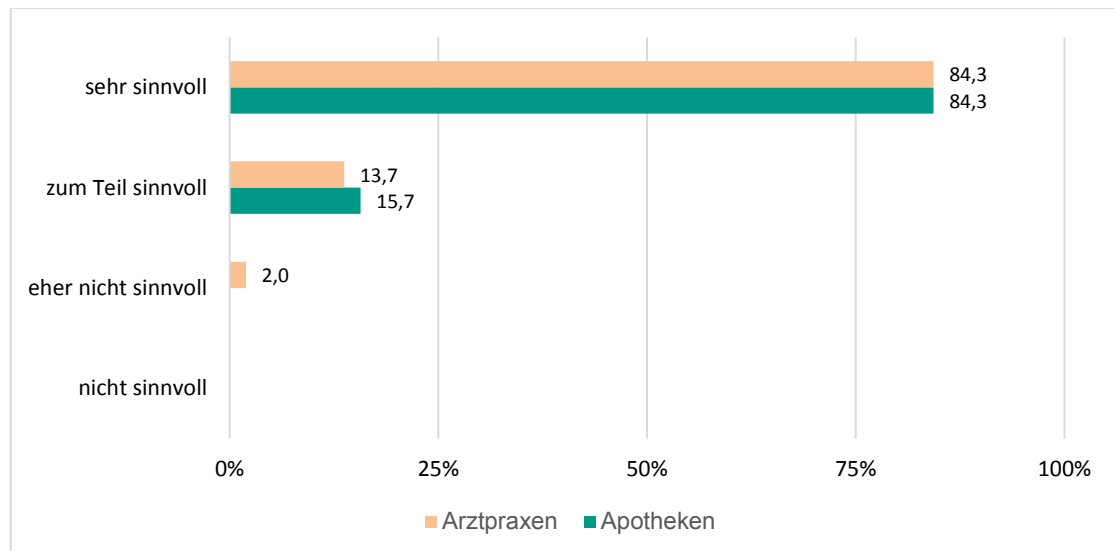
Auch aus den frei formulierbaren Antworten des Fragebogens wird deutlich, dass die befragten Arztpraxen und Apotheken an den verschiedenen Projektstandorten überwiegend mit ihrer Zusammenarbeit mit dem Projekt zufrieden waren. So formulierte fast die Hälfte aller Personen, die diese Antwortmöglichkeit nutzten, dass das Kostenübernahmeverfahren so bleiben solle, wie es ist. Dagegen äußerten lediglich 13 % der Befragten Kritik. Diese gaben an, dass sie sich ein schnelleres und/oder weniger kompliziertes Verfahren wünschten.

6.2.5 Bewertung des biko-Angebots

Die Möglichkeit der Kostenübernahme von Verhütungsmitteln für Frauen mit geringem Einkommen durch das Modellprojekt biko bewerteten fast alle Befragten als „sehr sinn-

voll“ (84,3 % Arztpraxen, 84,3 % Apotheken) (vgl. Abbildung 21). Lediglich ein geringfügiger Anteil war der Meinung, dass ein solches Angebot „*eher nicht sinnvoll*“ sei (2,0 % Arztpraxen). Wie aus den frei formulierten Begründungen hervorgeht, befürchteten die wenigen skeptisch eingestellten Ärzt/-innen, dass eine Kostenübernahme von Verhütungsmitteln bei den anspruchsberechtigten Frauen zu einem erhöhten Anspruchsverhalten oder einem leichtfertigen Umgang mit Verhütungsmitteln führen könnte.

Abbildung 21: Bewertung der Kostenübernahme (N = 102 Arztpraxen und 102 Apotheken; 1 fehlend)

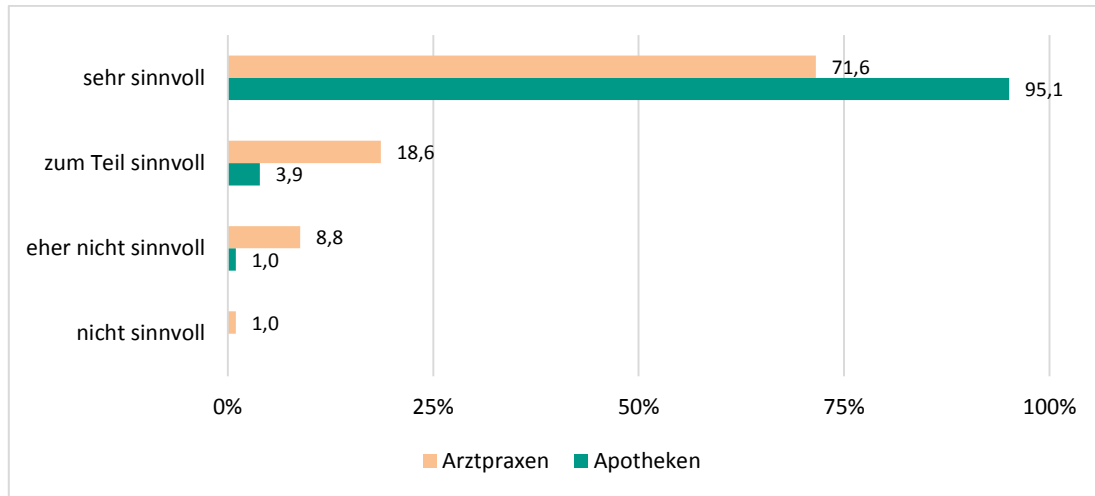


Quelle: Befragung der Arztpraxen und Apotheken

Von den befragten Arztpraxen und Apotheke überwiegend positiv eingeschätzt wurde auch das Informations- und Beratungsangebot des Modellprojekts biko (vgl. Abbildung 22). So bewerteten 95,1 % der Apotheker/-innen und 71,6 % der Ärzt/-innen die Möglichkeit, sich in den Beratungsstellen der pro familia über verschiedene Verhütungsmittel informieren zu können, als „*sehr sinnvoll*“. Lediglich ein kleiner Anteil der Befragten bewertete das Informationsangebot als „*eher nicht sinnvoll*“ (8,8 % Arztpraxen, 1,0 % Apotheken) oder als „*nicht sinnvoll*“ (1,0 % Arztpraxen).

In den frei formulierten Antworten begründeten einige der Ärzt/-innen und Apotheker/-innen die sich kritisch über das Informationsangebot geäußert hatten, ihre Meinung mit der Ansicht, dass es die Aufgabe der Gynäkolog/-innen sei, über Verhütungsmittel zu informieren. Dagegen verwiesen deutlich mehr freie Kommentare darauf, dass das Informations- und Beratungsangebot der pro familia als eine wichtige Ergänzung angesehen werde.

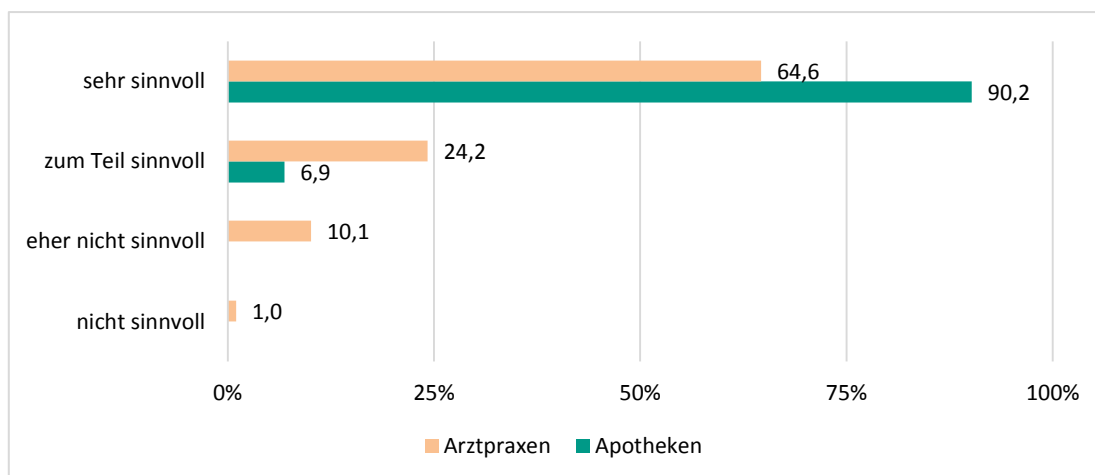
Abbildung 22: Bewertung des Informationsaspekts (N = 102 Arztpraxen und 102 Apotheken; 1 fehlend)



Quelle: Befragung der Arztpraxen und Apotheken

Ähnlich wie der Informationsaspekt des Modellprojekts biko wurde auch der Beratungsaspekt überwiegend positiv von den Kooperationspartner/-innen bewertet (vgl. Abbildung 23). So antworteten 90,2 % der Apotheker/-innen und 64,6 % der Ärzt/-innen, dass sie Beratung zum Thema Verhütungsmittel im Rahmen des Modellprojekts für „sehr sinnvoll“ halten würden. Dagegen war ein kleiner Anteil der Befragten der Ansicht, dass Beratung zu Verhütungsmitteln durch die pro familia Beratungsstellen „nicht sinnvoll“ (1,0 % Arztpraxen) oder „eher nicht sinnvoll“ (10,1 % Arztpraxen) sei. Begründet wurde diese Einschätzung in den frei formulierten Antworten von einigen der Befragten mit der Meinung, dass eine solche Beratung eher die Aufgabe eines/einer Gynäkolog/-in sei. Die gleiche Ansicht äußerte aber auch eine Reihe von befragten Arztpraxen und Apotheken, die auf dem Fragebogen angegeben hatten, dass sie Beratung zu Verhütungsmitteln durch die pro familia Beratungsstellen für „sinnvoll“ oder „eher sinnvoll“ halten würden. Für Letztere bestand offenbar kein Widerspruch darin, Beratung zu Verhütungsmitteln als eine Aufgabe von Gynäkolog/-innen anzusehen und zugleich das Beratungsangebot der pro familia im Rahmen des Modellprojekts biko als „sinnvoll“ zu bewerten.

Abbildung 23: Bewertung des Beratungsaspekts (N = 99 Arztpraxen und 99 Apotheken; 7 fehlend)



Quelle: Befragung der Arztpraxen und Apotheken

Durch die nachgehenden Telefoninterviews mit einigen Ärzt/-innen und Apotheker/-innen wurde deutlich, dass Gynäkolog/-innen mit der zuletzt genannten Antwortkombination das Informations- und Beratungsangebot als eine „*sinnvolle Ergänzung*“ (Int. A 17) zur ärztlichen Beratung betrachteten. Auch wurde der pro familia in dieser Gruppe eine besondere Fachkompetenz zugesprochen, wenn es darum ging, die „*Hemmschwelle*“ (Int. A 27) bei den anspruchsberechtigten Frauen zu überwinden, sich über das Thema Verhütung informieren und beraten zu lassen. Zudem wurde von den Befragten positiv hervorgehoben, dass es sich bei dem Modellprojekt biko – anders als bei Angeboten von Pharmafirmen – um ein „*unabhängiges*“ (Int. A 17) Angebot von einer „*renommierten Beratungsstelle*“ (Int. A 15) handele.

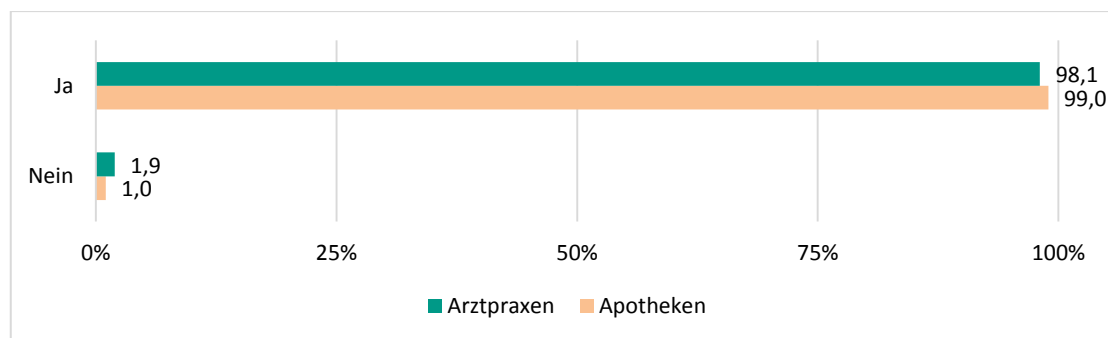
6.2.6 Gewinnung von Klientinnen durch Kooperationen

Aufgrund der Erfahrungen im Projektverlauf kamen an allen Projektstandorten vielfältige und fruchtbare Kooperationsbeziehungen mit lokalen Arztpraxen und Apotheken zustande. Insgesamt hätten die Beraterinnen bei der Kontaktaufnahme eine „*große Akzeptanz ... und eine Bereitschaft zur Unterstützung*“ (Int. 19) erfahren.

Beraterin: „Also ich würde sagen, 80 % [sagen] wirklich: ‚Super, darauf haben wir gewartet, mir fallen sofort ganz viele ein, denen ich das empfehlen kann.‘“ (Int. 1).

Die Bereitschaft der Kooperationspartner/-innen, das Angebot, welches das Modellprojekt biko unterbreitet, an anspruchsberechtigte Frauen weiterzuempfehlen, war sehr hoch. Dies wird auch aus der quantitativen Befragung der Arztpraxen und Apotheken deutlich (vgl. Abbildung 24). So erklärten fast alle Befragten (98,1 % Arztpraxen, 99,0 % Apotheken), dass sie ihren Patientinnen bzw. Kundinnen die Inanspruchnahme des Angebots empfehlen würden. Lediglich 1,0 % der Apotheken und 1,9 % der Arztpraxen würden keine Empfehlung aussprechen.

Abbildung 24: Bereitschaft, das biko-Angebot zu empfehlen (N = 205; keine Angabe: 4)



Quelle: Befragung der Arztpraxen und Apotheken

6.2.7 Gute Praxis – Aufnahme und Pflege von Kooperationen

Wie aus der Auswertung der qualitativen Leitfadeninterviews mit den Projektmitarbeiterinnen hervorgeht, werden hinsichtlich der Anbahnung und Pflege von Kooperationsbeziehungen mit Arztpraxen und Apotheken neben strukturell und personell bedingten Unterschieden auch standortübergreifende Gemeinsamkeiten deutlich.

Eine Gemeinsamkeit im Vorgehen an den sieben Standorten bestand darin, dass zu Beginn der Projektlaufzeit alle lokalen Arztpraxen und Apotheken von den Projektmitarbeiterinnen systematisch erfasst und kontaktiert wurden. Regionale Unterschiede zeigten sich dahingehend, dass an einigen Standorten etwas mehr und an anderen weniger zusätzliche Aufklärungs- und Überzeugungsarbeit zu leisten war. Letzteres hing insbesondere davon ab, ob in einer Region bereits Vorerfahrungen mit einem Verfahren der Kostenübernahme für Verhütungsmittel vorhanden waren.

Eine schriftliche Benachrichtigung allein reichte häufig nicht aus. Wie die Projektmitarbeiterinnen feststellen mussten, wurde die *„Infopost von vielen nicht wahrgenommen“* (Int. 26), weil in den meisten Arztpraxen *„eine unheimliche Überlastung“* (Int. 36) herrscht. Zudem seien gelegentlich auch Bedenken in Bezug auf das Kostenübernahmeverfahren und Ressentiments gegenüber den Klientinnen zu überwinden. In den Interviews schilderten die Beraterinnen verschiedene Herangehensweisen, die sie nutzten, um mit diesen Hürden umzugehen, und welche Erfahrungen sie dabei machten. An allen Standorten wurde ein mehrstufiges Vorgehen gewählt, das sich als erfolgreiche Praxis erwies. Dieses wird im folgenden Abschnitt idealtypisch dargestellt (vgl. Abbildung 25).

In der Regel wurde der Kontakt zu den örtlichen Arztpraxen und Apotheken zunächst in Form einer schriftlichen oder telefonischen Mitteilung angebahnt und zu einem späteren Zeitpunkt im Rahmen eines persönlichen Gesprächs vertieft. Dabei konnte das persönliche Gespräch entweder vor Ort in der Arztpraxis bzw. der Apotheke erfolgen oder wiederum telefonisch. Bei dem Folgekontakt wurden allgemeine Informationen über das Modellprojekt biko der pro familia noch einmal detailliert erläutert. Häufig ging es auch darum, mögliche Bedenken auszuräumen bzw. standortspezifische Fragen zu klären.

Eine schriftliche Vereinbarung zur Zusammenarbeit zwischen den biko-Standorten und den kooperierenden Arztpraxen und Apotheken wurde normalerweise nicht abgeschlossen.¹⁷ Vielmehr galt im Sinne der Projektpraxis des Modellprojekts biko eine Kooperation in dem Moment als erfolgreich zustande gekommen, wenn der/die Kooperationspartner/-in die biko-Zusage zur Kostenübernahme für Verhütungsmittel akzeptierte. Für die Projektmitarbeiterinnen wurde dies daran ersichtlich, dass von dem/der Kooperationspartner/in eine Rechnung oder ein Kostenvoranschlag einging.

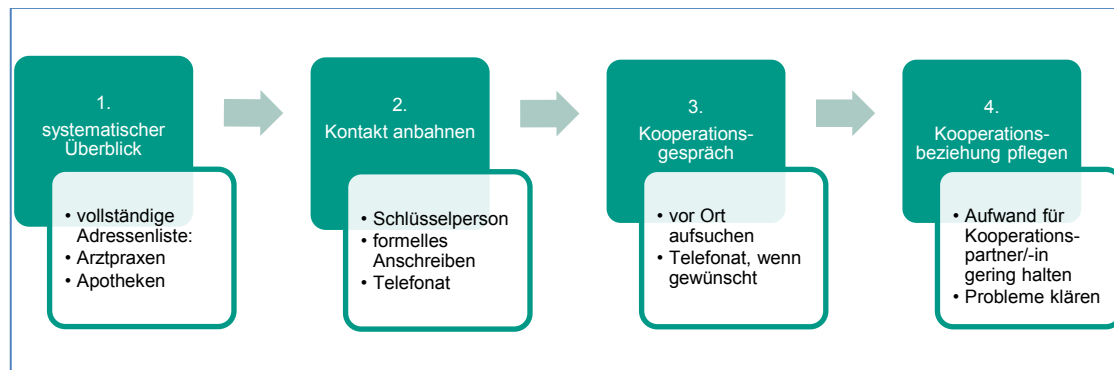
Ergänzend zu dem oben dargestellten Vorgehen, verbesserten die Beraterinnen an einigen Standorten den Zugang zu den Arztpraxen und Apotheken zum Teil auch mithilfe von Schlüsselpersonen, die über Zugänge zu relevanten Zusammenschlüssen und Gremien von Arztpraxen und Apotheken verfügen. Beispielsweise berichtete eine Beraterin von einem *„Vertrauensmann“*, der eine *„übergeordnete Rolle für alle Apotheken“* innehatte und persönlich vom Modellprojekt biko *„begeistert“* sei (Int. 19). Von diesem würden die Informationen über das Modellprojekt an alle anderen Apotheken weitergegeben. An anderen Standorten hatten Beraterinnen Kontakt zu ärztlichen Schlüsselpersonen, die ihnen die Teilnahme an einem *„Gynäkologen-Stammtisch“* (Int. 9) bzw. einem regional aktiven

¹⁷ In Einzelfällen äußerten Apotheker/-innen Bedenken, ohne eine schriftliche Vereinbarung in Vorleistung zu gehen. In diesen Fällen wurde als vertrauensbildende Maßnahme von den Projektmitarbeiterinnen eine schriftliche Bestätigung zur Kostenübernahme verfasst (vgl. hierzu in diesem Kapitel auch den Abschnitt 6.2.9 **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**).

„Qualitätszirkel“ (Int. 26) ermöglichten, wo die Mitarbeiter/-innen das Modellprojekt vorstellen und Fragen beantworten konnten.

Gut funktionierte es gemäß der Erfahrung einiger Beraterinnen auch, sich frühzeitig die Unterstützung übergeordneter Stellen zu sichern wie die des „Landesapothekerverbunds“ (Int. 36) und der „Kassenärztlichen Vereinigung“ (Int. 36). Dies hätte nach Ansicht der betroffenen Beraterinnen bei den nachfolgenden Kooperationsgesprächen „wirklich Wunder gewirkt“ (Int. 36).

Abbildung 25: Aufnahme und Pflege von Kooperationen



Quelle: eigene Darstellung

6.2.8 Umgang mit Vorurteilen und Ressentiments gegenüber anspruchsberechtigten Frauen

An einigen Standorten wurde gelegentlich die Kooperation von den Arztpraxen mit der Begründung abgelehnt, dass die Praxis kaum von anspruchsberechtigten Frauen frequentiert werde und aufgrund von Überlastung auch keine weiteren Patientinnen mehr aufnehmen. Den Beraterinnen zufolge hätten es insbesondere Frauen mit Migrationshintergrund in einigen Regionen schwer, einen Termin zu erhalten. Vereinzelt erlebten die Beraterinnen auch offene Ressentiments und Vorurteile gegenüber anspruchsberechtigten Frauen. Hierbei ging es beispielsweise um die Abwertung von Frauen, die – tatsächlich oder vermeintlich – für andere Dinge Geld hätten, aber nicht für Verhütung. Im nachfolgenden Beispiel zeigen sich vorurteilsbesetzte Bilder von Frauen, die der Zielgruppe zugerechnet werden und mit denen Beraterinnen konfrontiert wurden:

Beraterin: „So diese Entscheidungshoheit, die sie [die Ärzt/-innen] sich rausnehmen manchmal: ‚Ja, also den Frauen empfehle ich das ja, wenn ich hier Studentinnen habe, denen sage ich das schon [dass es das biko-Angebot gibt], aber hier die arbeitslosen Frauen, die haben doch auch immer neue Tattoos und die rauchen doch auch, also die können sich die Pille doch bitte alleine leisten.“ (Int. 36)

Einige Beraterinnen berichteten, dass sie mit denjenigen Gynäkolog/-innen, die anspruchsberechtigten Frauen gegenüber sehr kritisch eingestellt sind, auch in die Argumentation gehen würden, sofern Letztere hierfür offen seien. Bei einer Gelegenheit informierte eine Beraterin die Ärztin/den Arzt darüber, wie hoch der ALG-II-Regelsatz für Medikamente sei und was davon möglicherweise alles gezahlt werden müsse. Außerdem

machte sie darauf aufmerksam, was es für die Frauen bedeute, wenn diese nicht gut verhüten könnten.

Beraterin: „Manchmal passieren Dinge im Leben, auf die die Frauen nicht so viel Einfluss haben. Dann ist es gut, wenn wir vielleicht dieses Problem, wie verhüte ich gut, für sie oder mit ihnen lösen können.“ (Int. 39)

Im oben genannten Fall berichtete die Beraterin, dass ihre Argumentation zu einem „Umdenken geführt“ habe (Int. 39). Auch an einem anderen Standort ließen sich die Mitarbeiter/-innen einer Arztpraxis im Rahmen eines Besuchs vor Ort umstimmen. In dieser Praxis werden nur Privatpatientinnen behandelt. Die Ärztin/der Arzt argumentierte, dass das Angebot, welches das Modellprojekt biko unterbreitet, für seine/ihre Patientinnen nicht in Frage komme. Im Gespräch konnte die Beraterin jedoch deutlich machen, dass unter Umständen ebenfalls Privatpatientinnen in den Kreis der anspruchsberechtigten Frauen gehören. Mittlerweile kommen auch aus dieser Arztpraxis ab und zu Kostenvoranschläge und Rechnungen.

6.2.9 Bedenken bezüglich der Kooperation und Vertrauensbildung

Insgesamt gelang es den Projektmitarbeiterinnen gut, durch gezielte Informationen und Maßnahmen zum Vertrauensaufbau Vorbehalte und bestehende Ängste bei den Kooperationspartner/-innen auszuräumen.

Wie die Projektmitarbeiterinnen in den Interviews berichteten, gab es in einigen Arztpraxen und Apotheken anfänglich „vielfältige Bedenken“ (Int. 36) in Bezug auf eine Kooperation mit dem Modellprojekt biko der pro familia. Neben den im vorangegangenen Kapitel angesprochenen Vorurteilen und Ressentiments gegenüber anspruchsberechtigten Frauen und einem erwarteten „Mehraufwand“ (Int. 36) für das Erstellen von Kostenvoranschlägen und Rechnungen zählte hierzu vor allem die Sorge, einen wirtschaftlichen Schaden zu erleiden.

Beraterin: „Angst, dass sie ihr Geld nicht bekommen oder wie lange das dauert, und woher wissen sie denn wirklich, dass es seriös ist? Was ist mit Fälschungen, ja? Wenn irgendwann Fälschungen im Umlauf sind, wie können sie sich absichern, wer bleibt auf den Kosten sitzen, wenn es Fälschungen sind?“ (Int. 3)

Vor diesem Hintergrund ist es nach Ansicht der Projektmitarbeiterinnen besonders wichtig, „dass immer auch schnell überwiesen wird, wenn eine Rechnung kommt“ (Int. 26). In Bezug auf die Fälschungsproblematik wurde den besorgten Apotheker/-innen angeboten, sich „im Verdachtsfall telefonisch beim biko-Projekt auch eine Rückversicherung einholen“ zu können (Int. 36). An einem anderen Standort äußerten einige Apotheker/-innen vor allem deshalb die Befürchtung, dass die Rechnungen nicht bezahlt werden könnten, „weil es keine schriftliche Kooperationsvereinbarung gibt“ (Int. 9). In diesen Fällen wurde von den Projektmitarbeiterinnen eine schriftliche Bestätigung der Kostenübernahme verfasst.

Des Weiteren betonten die Beraterinnen, für die Vertrauensbildung mit Gynäkolog/-innen sei es wichtig, dass Informationen zu Verhütungsmitteln grundsätzlich so gegeben werden, dass diese nicht die Kompetenz der Ärzt/-innen in Zweifel zögen und auch nicht als eine Bevormundung aufgefasst werden könnten. Die Beraterinnen berichteten, dass dies auch

gut gelinge, denn bisher gebe es in Bezug auf den Beratungsaspekt des Modellprojekts biko keine Beschwerden vonseiten der kooperierenden Arztpraxen.

6.3 WELCHE ZUGANGSBARRIEREN BESTANDEN IM MODELLPROJEKT UND WELCHE STRATEGIEN ZU DEREN ÜBERWINDUNG WURDEN ENTWICKELT?

6.3.1 Zugangsbarrieren und Gegenstrategien

Der konzeptionelle Anspruch von biko liegt darin, einen niedrigschwelligen Zugang zu Beratung und Kostenübernahme zu gewährleisten. Allerdings kann der Zugang zum Modellprojekt durch strukturelle und individuelle Barrieren eingeschränkt sein. Strukturelle Barrieren ergeben sich aus dem Kontext, in dem das Modellprojekt umgesetzt wird (projekt-externe Barrieren), sowie aus den Vorgaben und der Umsetzung des Modellprojekts (projektinterne Barrieren). Individuelle Barrieren resultieren aus den jeweils individuellen Präferenzen, Fähigkeiten und Erwartungen der anspruchsberechtigten Frauen, also aus jenen individuellen Eigenschaften der Frauen, die einer Handlungsentscheidung zugrunde liegen.¹⁸ Die Ausprägung individueller Barrieren kann dementsprechend emotional, kognitiv oder utilitaristisch sein.

strukturelle Barrieren		individuelle Barrieren		
projektextern	projektintern	emotional	kognitiv	utilitaristisch

Nachfolgend werden strukturelle und individuelle Zugangsbarrieren beschrieben, und es wird dargelegt, welche Strategien eingesetzt werden, um diese Barrieren zu überwinden. Bei den dargestellten Zugangsbarrieren handelt es sich um *mögliche* Zugangsbarrieren, sie sind nicht überall und nicht im gleichen Maß ausgeprägt.

6.3.2 Strukturelle Zugangsbarrieren

6.3.2.1 PROJEKTEXTERNE ZUGANGSBARRIEREN

Für das Modellprojekt biko der pro familia relevante projektexterne Zugangsbarrieren können sein:

- eine schlechte Erreichbarkeit der Beratungsstelle,
- eine fehlende Unterstützung durch regionale Strukturen,
- eine unzureichende gynäkologische Versorgung in der Region.

Schlechte Erreichbarkeit des Modellprojekts

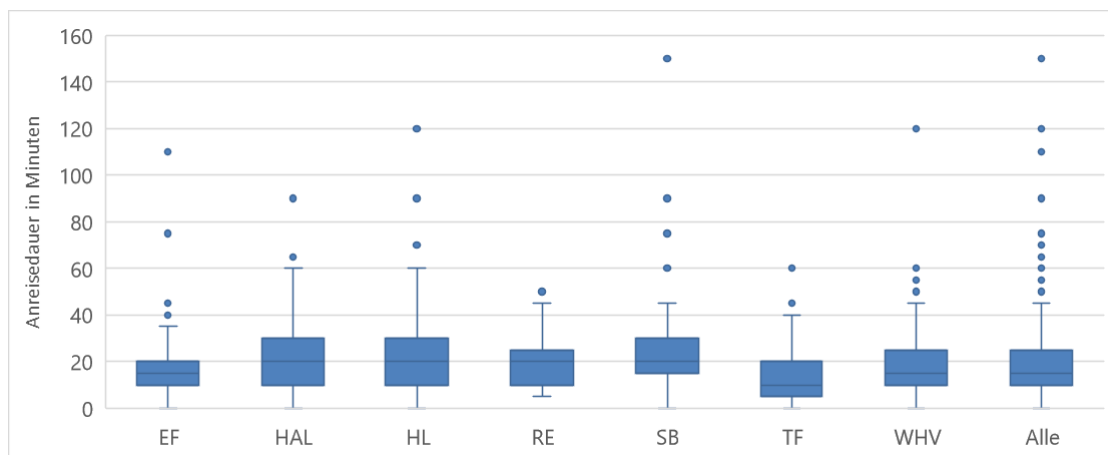
¹⁸ Akteure handeln in einer selbstdefinierten Situation. Diese Definition hängt ab von den strukturellen Bedingungen als objektivem Rahmen und von individuellen Bedingungen (Präferenzen, Erwartungen an das Ergebnis, Fähigkeiten).

Eine schlechte Erreichbarkeit des Modellprojekts resultiert aus der Lage der Beratungsstelle, der Organisation des öffentlichen Personennahverkehrs in einer Region sowie aus dem Zuschnitt des Einzugsgebiets.

Beispiel: Ein Projektstandort umfasst einen Flächenlandkreis. Orte des Landkreises liegen bis zu 70 km voneinander entfernt. Die Beratungsstelle der pro familia befindet sich an der Peripherie dieses Landkreises. Von einigen Ortschaften des Landkreises dauert die Anreise zur Beratungsstelle mit den öffentlichen Verkehrsmitteln 90 Minuten und mehr.

Auch wenn die durchschnittliche Anreisedauer bei 20 Minuten liegt, zeigt sich, dass ein Teil der Frauen deutlich längere Wege zurücklegen musste. An zwei Standorten haben einige Klientinnen einen Anreiseweg von bis zu einer Stunde in Kauf genommen, an vier Standorten dauerte die Anreise zum Teil mehr als 40 Minuten (vgl. Abbildung 26).

Abbildung 26: Boxplot durchschnittliche Anreisedauer zu Erstberatungsgesprächen (KÜ4) in Q III 2017 – Q II 2018 nach Standort (N = 3.046, n = 2.647 aufgrund fehlender Angaben)

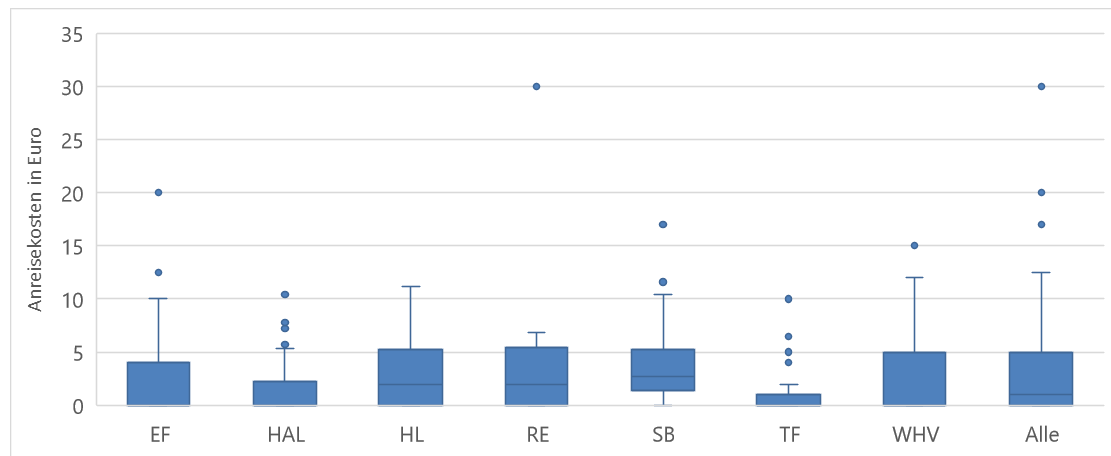


Quelle: Datenreport Kernquartale 2019

Für die anspruchsberechtigten Frauen war ein Besuch einer schlecht erreichbaren Beratungsstelle nur unter Aufwendung erheblicher zeitlicher, zum Teil auch finanzieller Ressourcen möglich. Dies ließ sie eine Abwägung treffen, ob sie das Angebot in Anspruch nehmen wollen oder nicht.

Aus Sicht der Beraterinnen sei die Erreichbarkeit des Projekts insbesondere dann problematisch, wenn ein Besuch der Beratungsstelle mit hohen Kosten für die Frauen verbunden ist. Bei Frauen, die die Pille oder die Dreimonatsspritze zur Verhütung nutzen, war die Entlastung durch die Kostenübernahme damit teilweise wieder aufgehoben. Dementsprechend würden Frauen, die hohe Reisekosten hätten und eine Kostenübernahme für ein nicht langfristig wirkendes Verhütungsmittel wollten (Pille, Dreimonatsspritze, Vaginalring), das Modellprojekt eher nicht in Anspruch nehmen. Die durchschnittlichen Kosten für die Anreise variieren zwischen den Standorten von 3,73 Euro bis 5,15 Euro. Es gibt aber in den Standorten Ausschläge nach oben, Klientinnen haben zum Teil Kosten von über 10 Euro (vgl. Abbildung 27).

Abbildung 27: Boxplot durchschnittliche Anreisekosten für Erstberatungsgespräche (KÜ4) in Q III 2017 – Q II 2018 nach Standort (N = 3.046, n = 1.408 aufgrund exklusiver Zeitkarten und fehlender Angaben)



Quelle: Datenreport Kernquartale 2019

In einer Region wurde die Lage der Beratungsstelle der pro familia in einer Brennpunktregion als Barriere problematisiert. Neben der schlechten Erreichbarkeit der am Stadtrand gelegenen Beratungsstelle thematisierten hier sowohl die Klientinnen und die Multiplikator/-innen als auch die Beraterin selbst, dass die offen sichtbaren sozialen Problemlagen bestimmte Gruppen anspruchsberechtigter Frauen davon abhalten könnten, die Beratungsstelle und somit auch das Modellprojekt biko aufzusuchen.

Beraterin: „Aber hier ist eher so ein sozialer Brennpunkt, Hartz IV viele, viele, die wirklich auf das Jobcenter angewiesen sind. Also, wir kriegen es ja auch mit, oben in der vierten Etage ist der Neurologe. Und die haben auch ein Methadonprogramm, was die mit anbieten, und ja, die sammeln sich bei schönem Wetter direkt bei uns vorm Fenster und das ist halt so, man merkt das, das ist manchmal so ein bisschen – na ja, nicht so schön. Ja, es sammelt sich schon hier auf der Ecke.“ (Int. 1)

Multiplikator/-in: „Ich meine, wenn Studenten das auch in Anspruch nehmen und dort rausfahren, ist es doch eine Überwindung für den einen oder anderen.“ (Int. 5)

Fehlende Unterstützung durch regionale Strukturen

Eine weitere projektexterne Barriere kann es sein, wenn die Unterstützung durch regionale Strukturen fehlt. Gemeint ist hier die Unterstützung durch Netzwerke oder durch Multiplikator/-innen, die im Rahmen ihrer beruflichen oder ehrenamtlichen Tätigkeit mit bestimmten Frauengruppen in Kontakt sind und diese in diesem Rahmen ermutigen, das Angebot der pro familia wahrzunehmen.

Beispiel: Während in einer Region das Modellprojekt biko durch einen Träger, der, wie auch die pro familia, Schwangerschaftsberatung und Schwangerschaftskonfliktberatung anbietet, aufgrund der Konkurrenzsituation nicht unterstützt wird, gibt es in einer anderen Region eine enge Zusammenarbeit mit einem im Bereich der Schwangerschaftsberatung und Schwangerschaftskonfliktberatung konkurrierenden Träger. Frauen werden auf das Angebot des Modellprojekts aufmerksam

gemacht, der Träger stellt stundenweise seine Räume für die Beratung im Rahmen des Modellprojekts biko zur Verfügung.

Die Multiplikator/-innen beschrieben als Leistungen, die sie im Sinne des Modellprojekts erbringen können, zum einen das Informieren der Frauen über das Projektangebot, gegebenenfalls sogar die Unterstützung der Frauen bei der Herstellung des Erstkontakts.

Multiplikator/-in: „Das ist zwar jetzt eigentlich nicht mein Job, aber ich hab‘ mich einfach so gefreut, dass es so was gibt. Und bin dann rein [in die Klasse für Geflüchtete] und hab‘ gesagt: ‚Wir haben was ganz, ganz Tolles ...‘ Ich sage: ‚Wir können es auch so machen, wenn ihr euch nicht traut: Ich ruf‘ da an, ich mach‘ einen Termin, entweder ich begleite euch, oder ihr geht alleine hin, wie ihr das möchtet‘.“ (Int. 40)

Zum anderen können Multiplikator/-innen den Beraterinnen Zugang zu Netzwerken und Arbeitskreisen ermöglichen.

Multiplikator/-innen problematisierten jedoch auch, dass es nicht in allen Kontexten ohne Weiteres möglich sei, das Verhütungsverhalten der Klientinnen anzusprechen. Aus Sorge, ihre eigene professionelle Beziehung zu den Frauen zu stören, verweisen sie nicht auf das Angebot des Modellprojekts biko, auch wenn sie einen Bedarf erkennen.

Multiplikator/-in (Jobcenter): „Und wie gesagt, unsere Vermittler, die betreuen so viele Kunden, und da geht wahrscheinlich alles andere durch den Kopf. Leider, denn wir haben mit den Frauen, die es betrifft, die sind wahrscheinlich zu 90 Prozent im Leistungsbezug, von denen, die das biko-Projekt in Anspruch nehmen.“ (Int. 05)

Unzureichende gynäkologische Versorgung

Eine unzureichende gynäkologische Versorgung stellte insbesondere für geflüchtete Frauen eine Zugangsbarriere dar. Sie kommen neu in einer Region an und sind darauf angewiesen, einen Zugang zu einer medizinischen Versorgung zu erhalten.

Beispiel: Geflüchtete Frauen, die in einer Gemeinschaftsunterkunft untergebracht sind, bekommen bei dem/der Gynäkolog/-in vor Ort keinen Termin, weil diese/r bereits stark überlaufen ist und keine neuen Patientinnen mehr aufnimmt. Die Frauen werden stattdessen in die nächstgelegene Großstadt geschickt.

In manchen Regionen werden von der Mehrzahl der Gynäkolog/-innen keine Patientinnen mehr aufgenommen.

6.3.2.2 PROJEKTINTERNE ZUGANGSBARRIEREN

Aus den Vorgaben für die Projektumsetzung sowie aus der Organisation der Projektarbeit können sich Zugangsbarrieren ergeben, ebenso aus der Bekanntheit des Modellprojekts. Insbesondere die nachfolgend aufgeführten Aspekte bergen die Gefahr, Barrieren zu generieren:

- Vorgaben für die Projektpraxis:
 - Erforderlichkeit des persönlichen Erscheinens der Klientin,
 - Nachweis des Wohnsitzes und des Einkommens.
- Organisation der Projektpraxis:

- Terminplanung und Wartezeiten,
- Form der Kostenübernahmebescheinigung.
- Verbreitung von Wissen über die Angebote des Modellprojekts.

Vorgaben für die Projektpraxis

Zu den Vorgaben für die Projektpraxis gehört es, dass die Klientinnen jeweils persönlich in der Beratungsstelle erscheinen müssen, um einen Antrag auf Kostenübernahme zu stellen. Die Beraterinnen problematisierten diesen Zwang als eine Zugangsbarriere zur Projektnutzung, da es mit einem zeitlichen Aufwand sowie mit Kosten für die Anreise verbunden ist. Der Zwang, persönlich zu erscheinen, ist insbesondere dann eine Barriere, wenn Frauen auf eine Begleitung angewiesen sind.

Beraterin: „Also es war mal eine Frau da, die hatte schwere MS, die war dann gerade an einem Tag da, wo es ganz gut ging, die aber gesagt hat, wenn sie das nächste Mal, wenn sie ihr neues Rezept hat, wenn es ihr da gerade schlecht geht und sie liegt im Bett, dann kann sie nicht hierherkommen und einen Antrag stellen. ‚Kann denn niemand kommen und das in Vollmacht quasi für mich übernehmen?‘“ (Int. 9)

Für den Umgang mit Klientinnen, deren Lebenssituation es nicht zulässt, entsprechende Dokumente vorzulegen, gibt es keine abschließenden Vorgaben für die Projektpraxis.

Beispiel: In der Projektregion tätige Prostituierte aus Osteuropa können oftmals keinen Einkommens- und Wohnortnachweis erbringen. Meist sind sie in ihrem Herkunftsland gemeldet. Auch Frauen, die der Gruppe der Sintize und Romnja angehören, können oft keine entsprechenden Nachweise erbringen. Diese Frauen können das Angebot des Modellprojekts nicht nutzen.

Die Notwendigkeit des Nachweises von Einkommen bzw. Leistungsbezug und dem Wohnort stellt nicht nur für die im Beispiel angeführten Gruppen von Frauen eine Barriere dar. In den Interviews mit Beraterinnen und Multiplikator/-innen wurden weitere Gruppen benannt: Auch für obdachlose Frauen entsteht hier eine Zugangsbarriere, ebenso für Frauen, die über keinerlei Einkommen verfügen und von Angehörigen oder Freunden versorgt werden bzw. kostenfrei bei ihnen wohnen.

Ebenso ist es für Studentinnen oder Auszubildende, die kein BAföG oder BAB beziehen, sondern von ihren Eltern Unterhalt bekommen und/oder im Elternhaus leben, schwierig, ihr Einkommen nachzuweisen.

Wenn eine finanzielle Abhängigkeit zu den Eltern oder anderen Angehörigen besteht, führt dies zu der Situation, dass diese in den Prozess der Beantragung einer Kostenübernahme einbezogen werden, was für einige Klientinnen sehr unangenehm sein kann.

Organisation der Projektpraxis

Im Rahmen der Organisation der Projektpraxis sind es insbesondere die Praxis der Terminvergabe sowie gegebenenfalls notwendige Wartezeiten, die die Gefahr in sich bergen, zu einer Barriere zu werden. Zur Projektpraxis gehört es, Termine möglichst zeitnah und bedarfsorientiert zu vergeben und Wartezeiten zu vermeiden.

Eine bedarfsorientierte Terminvergabe ermöglicht es, den Frauen gegebenenfalls auch kurzfristig Informationen und Beratungen zur Verhütung anzubieten sowie eine Zusage

zur Kostenübernahme auszustellen. Des Weiteren gewährleistet die bedarfsorientierte Terminvergabe die Niedrigschwelligkeit des Angebots, da so die Lebensumstände der Frauen (Arbeit, Studium, Kinderbetreuung etc.) berücksichtigt werden können.

Eine kurzfristige Terminvereinbarung ist insbesondere für Frauen wichtig, denen es schwerfällt, ihr Leben zu strukturieren.

Klientin: „Aber ich glaube, das ist zum einen die Wartezeit [bis zum Termin], die man da dann hat. ... Dass das so ein Nahziel ist. Und nicht in vier Monaten. Das ist dann nämlich so ein Ziel, was man ganz schnell wieder verliert, weil man ist ja höchst motiviert, wenn man irgendwas gerade will; das ist ja nicht nur bei diesem Termin, sondern bei vielen anderen Sachen auch so. Und wenn das dann so weit in die Ferne rückt, kann es durchaus sein, dass dieser Termin nicht zustande kommt, weil man nicht daran denkt, weil der einfach zu weit weg ist“ (Int. 40)

Für die Beraterinnen bedeutet eine bedarfsorientierte Termingestaltung jedoch oftmals, dass sie Termine außerhalb der regulären Öffnungszeiten der Beratungsstelle anbieten müssen. Dies ist nur begrenzt möglich. Die Flexibilität in der Terminvergabe ist auch dann eingeschränkt, wenn am Projektstandort keine eigenen Räume für das Modellprojekt biko zur Verfügung stehen und so zusätzliche Abstimmungsprozesse erforderlich sind, sollte ein Beratungsraum benötigt werden.

Weitere Einschränkungen entstehen durch die steigende Nachfrage nach den Angeboten des Modellprojekts bei gleichbleibenden Ressourcen. Dies führt inzwischen dazu, dass sich die Wartezeiten für Termine zunehmend verlängern.

Die Ausstellung der Kostenübernahmebescheinigung im A4-Format ist eine weitere aus der Organisation der Projektumsetzung resultierende Zugangsbarriere. Aufgrund der Größe der Bescheinigung ist es schwierig, sie diskret zu nutzen. Einige Frauen befürchteten, dass dies zu einer Stigmatisierung führen könne. Eine Klientin berichtete, dass sie deshalb eine Apotheke aufgesucht habe, die möglichst weit weg von ihrem Wohnort lag.

Klientin: „Für mich als jemand, der arbeitet, der Wert darauf legt, dass es zu Hause sauber ist, dass es mit dem Kind alles gut klappt, dass er seine sozialen Kontakte hat, sein soziales Umfeld, genauso wie ich das weiter habe als Frau und als Mama, war das ganz schwer, dahin zu gehen, einen Zettel abzugeben, der für mich auch einen Stempel bedeutet hat in diesem Augenblick, und nicht erklären zu können und zu dürfen, dass ich nicht eine von denen bin, die das vielleicht sonst abgeben. ... Das ist, wie ... wenn ich meinen Kontoauszug dahingelegt hätte. Also, das war nicht schön.“ (Int. 40)

Bekanntheit des Modellprojekts biko der pro familia

Die interviewten Klientinnen erfuhren oft durch ihre/-n Gynäkolog/-in vom Angebot des Modellprojekts biko: In den Kernquartalen fanden 34 % (n = 1.392) so den Weg zum Modellprojekt, weitere 15 % (n = 591) kamen auf Anraten von Freund/-innen. Frauen in einem Betreuungsverhältnis (beispielsweise Mutter-Kind-Einrichtung, sozialpädagogische Familienhilfe) bezogen ihr Wissen über das Modellprojekt zumeist von den sie betreuenden Personen. Einige Frauen berichteten, dass sie bei Internetrecherchen zum Thema Verhütungsmittel über kommerzielle Seiten auf das Modellprojekt biko gestoßen seien.

Allerdings erreicht das Wissen über das Projektangebot nicht alle anspruchsberechtigten Frauen. Frauen, die das Angebot des Modellprojekts bisher nicht nutzten, begründeten dies zum Teil mit einem fehlenden Wissen.

Nichtnutzerin: „Nein, also, ich kannte das allgemein gar nicht. Also, wenn es um Verhütung ging, dann hab' ich mich mit meiner Frauenärztin besprochen und da ging es immer um die Pille und ich wusste überhaupt nichts von so einer Organisation ...“ (Int. 39)

Eine unzureichende Bekanntheit des Modellprojekts wird nicht nur dann zur Zugangsbarriere, wenn anspruchsberechtigte Frauen nichts über das Angebot der Beratung und Kostenübernahme wissen, sondern auch dann, wenn sie zwar das Modellprojekt kennen, ihnen aber das grundlegende Wissen über die Projektumsetzung und die Anspruchsberechtigung fehlt. So beschrieben einige der interviewten Frauen zum Teil Unsicherheiten darüber, wann eine Anspruchsberechtigung besteht.

Nichtnutzerin: „Es ist eigentlich so ein Informationsding. Also, ich wusste noch nicht genau, ob ich dafür infrage komme und was ich genau machen müsste, um es zu bekommen. Ja, das ist eigentlich so der Hauptgrund [für die Nichtnutzung].“ (Int. 16)

Diese Unsicherheiten zeigten sich einerseits bei Frauen mit einem geringen Einkommen, andererseits in Bezug auf die Frage, ob eine Anspruchsberechtigung auch bei Elterngeld besteht. So berichtete eine Klientin aus ihrer Stillgruppe:

Klientin: „Die eine Mama fand blöd, dass eben, wenn man Elterngeld bekommt, hat man ja auch nicht viel Geld, aber Elterngeld ist da nicht explizit aufgeführt. Also, das wäre noch so ein Punkt, dass eben die Mütter, die gerade Mutter geworden sind und gerade Elterngeld bekommen, dann eben auch die Möglichkeit haben, da Zugang zu haben.“ (Int. 34)

Berater/-innen berichteten, dass manche Frauen auch Schwierigkeiten mit den in der Projektkonzeption aufgeführten Begriffen haben, wie beispielsweise „Arbeitslosengeld-II-Leistungen“, welche sie nicht ohne Weiteres mit ihrer Situation in Verbindung bringen.

6.3.3 Individuelle Zugangsbarrieren

Individuelle Zugangsbarrieren beschreiben Eigenschaften anspruchsberechtigter Frauen, die diese gegebenenfalls davon abhalten, die Angebote des Modellprojekts biko zu nutzen. Diese Eigenschaften können kognitiv, emotional oder utilitaristisch begründet sein.

6.3.3.1 ZUGANGSBARRIEREN AUF KOGNITIVER EBENE

Die kognitive Ebene beschreibt die Fähigkeiten der Frauen, Erkenntnisse zu generieren und Informationen zu verarbeiten. Ganz grundsätzlich gehen die Beraterinnen davon aus, dass anspruchsberechtigte Frauen eine gewisse Grundkompetenz und Ressourcen aufweisen müssen, um das Angebot des Modellprojekts in Anspruch nehmen zu können.

Beraterin: „Man braucht eine gewisse Kompetenz, um bei uns zu landen. Man muss telefonieren können in der Regel, den Hörer in die Hand nehmen, Nummern kennen, wählen. [Man braucht ein] Guthaben auf dem Handy oder muss die Fahrkarten zahlen können.“ (Int. 41)

Insbesondere werden kognitiv begründete Zugangsbarrieren dann bedeutsam, wenn die Inhalte des Projektangebots nicht oder nur eingeschränkt erfasst werden können oder wenn die Frauen vermuten, dass der Prozess der Antragstellung ihre Fähigkeiten übersteigt. Relevante Zugangsbarrieren sind dementsprechend:

- mangelndes inhaltliches Sprachverständnis,
- Analphabetismus/Legasthenie,
- fehlende Deutschkenntnisse.

Mangelndes inhaltliches Sprachverständnis

Für Frauen mit Defiziten im inhaltlichen Sprachverständnis ist es schwer, die Angebote des Modellprojekts zu erfassen und eine eigene Anspruchsberechtigung zu erkennen. Um die Inhalte von Information und Beratung (in herkömmlicher Form) zu erfassen, benötigen sie Unterstützung.

Dies trifft insbesondere für Frauen mit einer Lernbehinderung zu. Voraussetzung für die Nutzung der Kostenübernahme und des Beratungsangebots ist es in diesen Fällen, dass die Frauen durch Dritte – in der Regel über ihre Betreuung – über das Modellprojekt informiert werden. Häufig müssen sie bei den für die Kostenübernahme notwendigen Schritten (Erlangung von Rezept oder Kostenvoranschlag, Terminvereinbarung, Zusammenstellung von Unterlagen, Information und Beratung) begleitet werden.

Beispiel: Die Betreuerin einer Frau, die in begleiteter Elternschaft in einer Mutter-Kind-Einrichtung lebt, wies ihre Klientin auf das Modellprojekt biko hin und übernahm es, Termine bei dem/der Gynäkolog/-in und bei dem Modellprojekt zu vereinbaren. Sie begleitete ihre Klientin in die Beratung, um spätere Nachfragen beantworten zu können. Aus Sicht der Betreuerin ist die Begleitung eine Voraussetzung für die Nutzung des Angebots gewesen.

Analphabetismus, Legasthenie und fehlende Deutschkenntnisse

Frauen, die von Analphabetismus oder Legasthenie betroffen sind, können sich nur bedingt eigenständig über das Angebot des Modellprojekts informieren. Faktisch sind sie auf eine Informationsweiterleitung durch Dritte angewiesen.

Eine weitere Barriere ergibt sich für diese Frauen aus dem Antragsprozedere. Aufgrund ihrer Erfahrungen als Transferleistungsbezieherinnen verbinden sie einen Antrag mit einem persönlich auszufüllenden Formular und damit mit einer nicht oder nur schwer überwindbaren Hürde sowie mit der Sorge, bloßgestellt zu werden.

Multiplikator/-in: „Wir haben einen Kurs und das ist prozentual gesehen, also, das ist echt eine Dunkelziffer, wir haben ja hier auch ganz viele Analphabeten, also, die wirklich nicht lesen können. So was zum Beispiel ist auch ein Hemmnis. ‚Ich muss dahin, ich muss einen Antrag ausfüllen und ich kann nicht schreiben und ich kann nicht richtig lesen. Und wenn, dann dauert das so lange. Nein, geht nicht!‘ So was ist zum Beispiel auch noch eine Hemmschwelle.“ (Int. 40)

Ähnliches lässt sich ebenfalls über Frauen mit unzureichenden Deutschkenntnissen sagen. Auch sie können sich nur bedingt eigenständig über das Angebot des Modellprojekts informieren – nicht überall liegen Flyer in unterschiedlichen Sprachen aus. Für Frauen mit

unzureichenden Deutschkenntnissen kann es bereits eine Schwierigkeit sein, in der Arztpraxis nach einem Kostenvoranschlag zu fragen. Frauen zögern unter Umständen auch, über ein privates Thema wie Verhütung zu sprechen und dabei auf eine/-n Dolmetschende/-n Dritte/-n angewiesen zu sein.

6.3.3.2 ZUGANGSBARRIEREN AUF EMOTIONALER EBENE

Auf der emotionalen Ebene ist es insbesondere die negative Besetzung des Leistungsbezugs, die zu einer Zugangsbarriere werden kann. Verbunden damit sind negative Gefühle wie Scham oder Angst. Die Merkmale der Anspruchsberechtigung sind nicht mit dem Selbstbild der Frauen kongruent bzw. stehen im Widerspruch zu denjenigen, die die Frauen gern vermitteln möchten. Sie befürchten, dass der Leistungsbezug als individuelles Versagen bewertet wird. Einige Frauen erwarten, abfällig behandelt zu werden, wenn sie den Bezug von Transferleistungen oder ein geringes Einkommen sichtbar machen.

Einigen Frauen fällt es auch schwer, um Unterstützung zu bitten, sie haben den Anspruch, aus eigener Kraft mit der Situation zurechtzukommen.

Klientin: „Schwierig war zu fragen, ob jemand die Kosten dafür übernimmt. Es geht ja um mich, um meine Verhütung. Dann kommst du dir irgendwie so mittelmäßig vor und dann denkst du: ‚Kannst du dir keine Verhütung leisten? Bis du so gesunken oder was?‘“ (Int. 29)

6.3.3.3 ZUGANGSBARRIEREN AUF UTILITARISTISCHER EBENE

Die utilitaristische Ebene beschreibt die Zielorientierung der anspruchsberechtigten Frauen. Zugangsbarrieren entstehen dann, wenn der zu erbringende Aufwand, um das Ziel – hier eine gute Verhütung – zu erreichen, in der Wahrnehmung der Frauen den erwarteten Nutzen übersteigt.

Zugangsbarrieren auf dieser Ebene sind eng an andere bereits beschriebene Barrieren gekoppelt. In den Abwägungsprozess fließen als Aufwand beispielsweise Wege oder Wartezeiten ein (vgl. 6.3.2.1). Aber auch die Erwartung negativer Erfahrungen (vgl. 6.3.3.2) fließt als Aufwand, der erbracht werden muss, um das Angebot des Modellprojekts zu nutzen, in den Abwägungsprozess ein.

6.4 HANDLUNGSSTRATEGIEN ZUR ÜBERWINDUNG VON ZUGANGSBARRIEREN

Um den beschriebenen Barrieren entgegenzuwirken, wurden durch die jeweiligen Standorte unterschiedliche Strategien genutzt. Dabei richtete sich ein großer Teil der beobachteten Strategien auf strukturelle Zugangsbarrieren. Strategien zum Umgang mit individuellen Zugangsbarrieren waren zum Teil bereits in der Projektkonzeption angelegt – wie beispielsweise das Videodolmetschen oder mehrsprachige Flyer. Weitere Strategien zum Umgang mit individuellen Zugangsbarrieren wurden durch die Mitarbeiter/-innen des Modellprojekts situativ entwickelt und umgesetzt. Als situative und intuitive Strategien entsprechen diese pädagogischen Standards, wurden aber nicht kommuniziert und selten explizit einer Reflexion unterzogen. Oft repräsentierten diese Strategien Praktiken, die einem psychosozialen Fachverständnis entspringen. Zu nennen sind hier beispielsweise die

ermutigende Ansprache bereits bei der Terminvereinbarung und eine Betonung des Anrechts auf die Kostenübernahme, um so Zugangsbarrieren auf der emotionalen Ebene zu überwinden.

Im Folgenden werden verschiedene gezielt eingesetzte Handlungsstrategien zur Überwindung von Zugangsbarrieren vorgestellt und diskutiert.

6.4.1 Außenstelle und aufsuchende Beratung

Um eine schlechte Erreichbarkeit des Modellprojekts auszugleichen, wurde in einigen Modellregionen das biko-Angebot an unterschiedlichen Standorten unterbreitet. Genutzt wurden hierfür entweder existierende oder neu eingerichtete Außenstellen der Beratungsstelle pro familia oder die Räume eines anderen Trägers.

Die Beraterinnen boten in den Außenstellen regelmäßig eine Sprechzeit für Frauen an, die den Hauptstandort des Modellprojekts biko nur sehr schlecht erreichen können. Die Sprechzeiten beschränkten sich zumeist auf einen halben bis ganzen Tag pro Woche. Diese Strategie ist geeignet, um den Frauen weite Wege und damit verbundene Kosten zu ersparen, schränkt aber die Flexibilität in der Terminvergabe ein. Termine können nur an dem vorgesehenen Beratungstag vereinbart werden. Sollte der in der Außenstelle angebotene Beratungstag für die Frauen ungünstig liegen, gibt es keinen Handlungsspielraum – die Frau muss in diesem Fall die weit entfernte Beratungsstelle aufsuchen, wenn sie das biko-Angebot nutzen will. Dies gilt auch, wenn die Frau einen zeitnahen Termin benötigt. Aufgrund der zeitlichen Beschränkung des Angebots in der Außenstelle stand nur eine begrenzte Anzahl an Terminen zur Verfügung, sodass es zu langen Wartezeiten kommen konnte.

Beraterin: „Und ich habe da wirklich schon die Erfahrung gemacht, dass die Frauen dann sagen: ‚Nein, für mich lohnt es sich nicht, jetzt nach X [Standort der Beratungsstelle] zu kommen, ich kaufe lieber für einen Monat die Pille selber und ich warte, wenn Sie dann hier in Y (Außenstelle) sind‘.“ (Int. 41)

Aus Sicht von Multiplikator/-innen wäre es wünschenswert, noch mehr Außenstellen einzurichten, um so einen guten Zugang zum Projektangebot zu gewährleisten.

Eine andere Strategie, um die schlechte Erreichbarkeit einzelner Projektstandorte auszugleichen, bestand darin, eine aufsuchende Beratung anzubieten. Dieses Angebot wurde insbesondere Einrichtungen unterbreitet, in denen Frauen leben oder arbeiten, die einen starken Betreuungsbedarf haben und für die es besonders schwierig ist, weite Wege zu bewältigen.

Multiplikator/-in: „Im Bedarfsfall wird das [die Begleitung] natürlich gewährleistet, aber in der Breite ist das immer schwierig, so was einzurichten und zu organisieren. Und in diesem Atemzug hatte dann Frau X angeboten, herzukommen. Wir haben dann oder ich hab' in dem Fall den Bedarf abgefragt. Wir haben zwei gemeinsame Termine ausgemacht, zu denen dann die Nutzerinnen zu uns gekommen sind und beraten wurden.“ (Int. 24)

Auch Multiplikator/-innen aus anderen Einrichtungen, wie z. B. Unterkünften für Geflüchtete oder Mutter-Kind-Einrichtungen, würden eine aufsuchende Beratung, verbunden mit

der Kostenübernahme, begrüßen. Dadurch verringere sich nicht nur der Aufwand für die Betreuenden, sondern es werde aus ihrer Sicht auch eine dauerhafte Anregung gegeben, sich mit dem Thema Verhütung auseinanderzusetzen.

Zu bedenken ist bei der Nutzung dieser Strategie, dass gegebenenfalls durch die Mitarbeiter/-innen der Einrichtungen ein Beratungsdruck aufgebaut wird, da es aus ihrer Sicht sehr praktisch erscheint, das unterbreitete Angebot zu nutzen. Nicht die Situation und der Bedarf der Klientin entscheiden in diesem Fall über die Inanspruchnahme, sondern die Verfügbarkeit des Angebots zu einer bestimmten Zeit.

Beides, die Einrichtung von Außenstellen sowie auch die aufsuchende Beratung, unterliegen aufgrund der begrenzten Ressourcen der Beratungsstellen einer Beschränkung: Je höher die Nachfrage nach dem Angebot der Beratung und Kostenübernahme, desto weniger Arbeitszeit können die Beraterinnen für solche zusätzlichen Angebote aufwenden.

6.4.2 Bedarfsorientierte Termingestaltung und Vermeidung von Wartezeiten

Die an den Bedarfen der Frauen orientierte und zeitnahe Vergabe von Terminen war eine wichtige Strategie, um Zugangsbarrieren abzubauen. Die Mitarbeiterinnen des Modellprojekts biko versuchten, dem so weit als möglich gerecht zu werden. Da eine kurzfristige und flexible Terminvergabe nicht immer möglich war, wurden zum Teil offene Sprechstunden angeboten, zu denen Frauen ohne Termin kommen konnten. Weil eine kurzfristige Terminvergabe mit zunehmender Bekanntheit des Modellprojekts immer schwieriger wurde, kann die offene Sprechstunde eine Möglichkeit sein, um zumindest in dringenden Fällen schnell reagieren zu können.

Beispiel: Einer Frau wurde von ihrem/-ihrer Gynäkolog/-in die Verhütung mittels Spirale empfohlen. Gleichzeitig informierte er/sie die Frau über die Möglichkeit der Kostenübernahme durch das Modellprojekt biko. Da am gleichen Tag die Menstruation der Frau einsetzte, musste die Kostenübernahme schnell erfolgen. Aufgrund der Kurzfristigkeit war keine Terminvereinbarung möglich. Der Frau wurde angeboten, die Option der „freien Sprechstunde“ zu nutzen. Die Chance, kurzfristig und – obwohl kein Termin vereinbart war – ohne lange Wartezeit eine Kostenübernahme zu erhalten, wurde von der Frau als sehr positiv bewertet.

In einigen Fällen wurden Beratungstermine auch am Abend vergeben, um Frauen in Arbeit oder auch Studentinnen einen Zugang zum Modellprojekt zu ermöglichen. Dieses Vorgehen ist allerdings nur in Ausnahmefällen umsetzbar und geht stark zu Lasten der Beraterinnen.

Beraterin: „Oder wir machen es dann manchmal so, dass ein bisschen nach Dringlichkeit abgewogen werden muss, und dann halt X [Verwaltungsmitarbeiterin] mich fragt: ‚Na ja, können wir es noch dazwischenschieben, wie bist Du drauf oder geht es nicht?‘ Also, dass wir dann gucken, dass wir es irgendwie noch mit reingeschoben kriegen. ... Weil gerade, also, ich möchte einfach nicht jeden Tag bis 18:00 Uhr im Büro sitzen, also, das kann ich nicht. Deswegen kann ich nicht so viele Abendtermine anbieten als einzelne Beraterin.“ (Int. 41)

6.4.3 Bedarfsorientierte Praxis

Die Vorgaben des Modellprojekts erfordern es, dass die Anspruchsberechtigung über den Nachweis eines Transferleistungsbezugs oder eines geringen Einkommens sowie über den Nachweis eines Wohnsitzes im Einzugsbereich des jeweiligen Projektstandorts geprüft wird. Dies war aus unterschiedlichen Gründen nicht allen Frauen möglich. Alternative Möglichkeiten könnten darin bestehen, andere Formen des Nachweises zu suchen. Frauen ohne Wohnsitz könnten bspw. über die Bestätigung der Obdachlosenhilfe über eine Unterbringung der Klientin einen Nachweis erbringen. Das würde bedeuten, Zugänge über andere Träger der Sozialen Arbeit herzustellen.

Auch wenn in einzelnen Fällen so eine Lösung im Sinne der betroffenen Frau gefunden werden könnte, würde hierdurch jedoch die Niedrigschwelligkeit des Verfahrens der Kostenübernahme aufgehoben. Die Einbeziehung Dritter in das Antragsverfahren schafft zum einen eine neue Zugangshürde, zum anderen kann die Vertraulichkeit nicht mehr vollständig gewährleistet werden.

6.4.4 Überwindung von Sprachbarrieren – Videodolmetschen

Um Sprachbarrieren zu überwinden, nutzte das Modellprojekt biko der pro familia die Möglichkeit des Videodolmetschens. Das Videodolmetschen ist ein Angebot, das Informationen zur Verhütung sowie bei Bedarf Beratung zu weiteren Themen für Frauen ermöglicht, die nicht oder nicht ausreichend gut Deutsch sprechen. Hierbei erfolgt eine konsequente Übersetzung per Videoschaltung. Um den Bedürfnissen der Klientinnen gerecht zu werden, werden entsprechende Termine angemeldet, sodass ganz überwiegend eine Frau als Dolmetscherin zur Verfügung stand.

Die Beraterinnen wurden im Rahmen von Workshops auf die Arbeit mit diesem Instrument vorbereitet und auch über das biko-Handbuch sind Verfahrenshinweise für das Videodolmetschen zugänglich. Insgesamt war es in den Kernquartalen in 513 Fällen (11 %) notwendig zu dolmetschen, in 135 Fällen wurde das Videodolmetschen genutzt. Das entspricht 3 % aller Fälle bzw. 26 % aller zu dolmetschenden Fälle. In der Mehrzahl der zu dolmetschenden Fälle wurde durch eine Begleitperson übersetzt.

Das Videodolmetschen entlastet die Beraterinnen insbesondere in Bezug auf die Beratung und Vermittlung von Informationen über Verhütungsmittel. Das Videodolmetschen „macht es [das Gespräch] zu einem ganz normalen Beratungsgespräch“ (Int. 19). Während die Beraterinnen bei einer Übersetzung durch Angehörige einer Klientin nicht sicher sein können, ob in ausreichender Qualität und ausreichendem Umfang gedolmetscht wird, können sie sich beim Videodolmetschen auf eine qualitativ hochwertige und wertfreie Übersetzung verlassen. Verschiedene Klientinnen gaben an, dass sie das Gefühl hätten, ihre Verwandten oder Freundinnen würden nur grob inhaltlich und längst nicht alles übersetzen, was gesagt wird.

Klientin: „Ich war ein paar Mal wegen verschiedener Papiere mit einer Freundin auf dem Amt. Sie hat nicht alles übersetzt, sondern nur die groben Inhalte. Ich brauche aber mehr. Beim Videodolmetschen hatte die Frau keine Eile. Sie hat sich Zeit genommen, um mir alles zu erklären. Sie war sehr geduldig und wirklich sehr nett.“ (Int. 53, Übersetzung Camino)

Beraterinnen berichteten, dass es bei einer Übersetzung durch Angehörige schon mal zu Streitgesprächen kommen kann, die durch die Beraterin aufgrund fehlender Sprachkenntnisse nicht geschlichtet werden können bzw. bei denen sie den Eindruck haben, es werde Einfluss auf die Frauen genommen. Gerade für so private Themen wie Verhütung sei ein direktes Dolmetschen durch eine unabhängige Person wichtig, so eine Multiplikatorin.

Multiplikatorin: „Ich denke, bei solchen wichtigen Gesprächen, die auch das Leben oder einen selbst beeinträchtigen oder beeinflussen, dass da eine ganz klare Übersetzung stattfinden muss. Und deswegen dieses Videodolmetschen, deswegen hab' ich das überhaupt erst in dieser Frauengruppe dann angesagt.“ (Int. 40).

Mehrere Klientinnen berichteten, dass es für sie unangenehm sei, über das Thema Verhütung vor Verwandten, Freunden oder Bekannten zu sprechen, wenn diese sich als Dolmetscher/in zur Verfügung stellen.

Die Klientinnen, die diese Möglichkeit nutzten, betrachteten das Videodolmetschen als große Hilfe. Eine Klientin betonte, dass durch die Verwendung ihrer Muttersprache Missverständnisse vermieden werden konnten. Auch die Beraterinnen schätzten ein, dass das Videodolmetschen zu einer vertrauensvollen Atmosphäre beitrage.

Beraterin: „Ich war ein bisschen nervös bei den ersten Malen, aber allein, wenn sie [die Klientinnen] in ihrer Muttersprache begrüßt werden, und dann ist so ein Lächeln da, und dann ist da die Tür einfach offen für ein Gespräch und für Fragen.“ (Int. 01)

Thematisch stehen die Besonderheiten verschiedener Verhütungsmethoden und die Anwendung von Verhütungsmitteln im Zentrum der Beratung. Für die Klientinnen ist dies insbesondere deshalb bedeutsam, weil oftmals die sprachliche Verständigung in den Arztpraxen schwierig war.

6.4.5 Netzwerkarbeit und Kontakt zu Multiplikator/-innen

Die Unterstützung regionaler Strukturen ist für die erfolgreiche Umsetzung des Modellprojekts biko bedeutsam. Netzwerke und Multiplikator/-innen tragen zur Bekanntheit des Modellprojekts bei; sie unterstützen anspruchsberechtigte Frauen bei der Nutzung des Projektangebots und wirken so individuellen Barrieren entgegen. Darüber hinaus ermöglichen sie den Zugang zu besonders schwer zu erreichenden Zielgruppen. Im Folgenden werden Strategien beschrieben, die gezielt genutzt werden, um die Zusammenarbeit mit Multiplikator/-innen zu verbessern.

Um eine solche Unterstützung zu erreichen, suchen die Mitarbeiterinnen des Modellprojekts gezielt Kontakt zu Multiplikator/-innen und Netzwerkakteuren. Unterstützt werden sie hierbei von den Kolleg/-innen in den Beratungsstellen der pro familia sowie zum Teil durch die Landesverbände. Kolleg/-innen ermöglichen den Mitarbeiterinnen des Modellprojekts biko Zugang zu Netzwerken, in denen die pro familia vertreten ist, und vermitteln Kontakte zu Multiplikator/-innen, die ihnen wichtig erscheinen.

Beraterin: „Also, viel [läuft] über die Kolleginnen in der Beratungsstelle. Die sind ja ganz regelmäßig zu Qualitätszirkeln, Kooperationskreisen, Arbeitskreisen und mit verschiedenen Schwerpunkten. Und da sind natürlich viele Träger vertreten und da haben die [Beraterinnen der pro familia Beratungsstelle] mich mitgenommen.“ (Int. 01)

Die Beraterinnen des Modellprojekts recherchieren darüber hinaus weitere als Multiplikator/-innen relevante Akteure und sprechen diese an.

Beraterin: „Ich habe quasi eine Übersicht gemacht, was gibt es für Stellen, die irgendwie interessante Multiplikatoren sein können, und dann hab' ich es genauso gemacht wie mit den Ärztinnen und Ärzten und hab die angesprochen, angeschrieben, angerufen und bin dann halt eben hingegangen.“ (Int. 19)

Um eine gute Zusammenarbeit mit Multiplikator/-innen zu erreichen, ist ein persönliches Gespräch zwischen der Projektberaterin und dem/der jeweiligen Multiplikator/-in wichtig. Dabei sollte über Erwartungen und Möglichkeiten der Unterstützung aus beiden Perspektiven gesprochen werden.

Sowohl die Netzwerkarbeit als auch die Ansprache von Multiplikator/-innen ist sehr zeitaufwendig, ohne dass dieser Aufwand ein klar kalkulierbares Ergebnis hat. Das ist der Nachteil dieser Strategie. Die Erfahrung der Projektmitarbeiterinnen zeigt jedoch, dass oft auch Akteure das Modellprojekt unterstützen, von denen dies zunächst nicht erwartet wurde.

Beraterin: „Also, ich bin total überrascht auch über das Jobcenter, dass die da so engagiert sind und uns da auch so unterstützen.“ (Int. 01)

In einer Situation, in der die Arbeitskapazitäten des Modellprojekts weitestgehend ausgeschöpft sind, ist abzuwägen, wie viele Ressourcen in die Netzwerkarbeit und die Herstellung von Kontakten zu Multiplikator/-innen fließen sollten.

6.4.6 Öffentlichkeitsarbeit und Informationsveranstaltungen

Neben der Netzwerkarbeit und der Zusammenarbeit mit Multiplikator/-innen ist die Öffentlichkeitsarbeit eine wichtige Strategie, um das Modellprojekt biko der pro familia bekanntzumachen. Durch Informationsveranstaltungen wird – wenn auch kleinteilig – Wissen über die Inhalte und die Verfahrensweisen des Modellprojekts an die anspruchsberechtigten Frauen, aber auch an Multiplikator/-innen vermittelt.

Homepage, Flyer, Visitenkarten und seit dem letzten Quartal 2017 ebenso ein Plakat sind die im Modellprojekt eingesetzten Standardinstrumente der Öffentlichkeitsarbeit.

Darüber hinaus wurden an allen Standorten Kontakte zu lokalen Medien geknüpft. Während in einigen Regionen auch größere Tageszeitungen und regionale Rundfunksender über das Modellprojekt berichteten, waren es in anderen Regionen kostenlose Zeitungen.

Medienberichte sind gut geeignet, um anspruchsberechtigte Frauen zu erreichen, unterliegen jedoch einer zeitlichen Beschränkung. Insofern ist es wichtig, für eine wiederholte Berichterstattung zu sorgen.

Eine weitere Möglichkeit, die genutzt wurde, um das Modellprojekt bekannt zu machen, betraf Hinweise auf das Modellprojekt auf den Homepages einschlägiger Akteure und Institutionen. So wird beispielsweise auf der Homepage einer Kommune auf das Modellprojekt aufmerksam gemacht. In anderen Regionen wurde auf den Homepages der Integrationsbeauftragten, eines sozialen Dachverbands, einschlägiger Netzwerke und auch einer Arbeitsloseninitiative auf das Modellprojekt hingewiesen.

Für ein Gelingen der Öffentlichkeitsarbeit ist es wichtig, dass die Mitarbeiter/-innen Unterstützung aus den Landesverbänden erhalten. So können die Geschäftsstellen ihre bereits etablierten Kontakte zu den Medien nutzen, um auf das Modellprojekt biko der pro familia aufmerksam zu machen, und es können Ressourcen von Mitgliedern genutzt werden. Dies ist insbesondere deshalb bedeutsam, weil Öffentlichkeitsarbeit mit einem erheblichen Zeitaufwand verbunden ist: Flyer müssen nachgelegt werden, es müssen Kontakte zu Medien gepflegt und Berichte zum Teil selbst geschrieben und abgestimmt oder aber begleitet werden.

Neben der Verbreitung von Informationen über das Modellprojekt ist es wichtig, auch über Verfahrensweisen zu informieren. An einigen Standorten werden hierzu Informationsveranstaltungen in Einrichtungen oder Beratungsstellen wie Gemeinschaftsunterkünften, Nachbarschaftszentren oder den Einrichtungen der Familienhilfe angeboten, die zu meist an regelmäßig stattfindende Treffen gekoppelt werden. Die teilnehmenden Frauen werden über die verschiedenen Möglichkeiten der Verhütung sowie über das Angebot des Modellprojekts informiert, sie können unmittelbar nachfragen und gewinnen einen Eindruck von der Beraterin und einer möglichen Beratungssituation. Die Form der Informationsveranstaltung ist nicht nur geeignet, Wissen über das Modellprojekt zu vermitteln, sondern auch, um individuelle Zugangsbarrieren abzubauen.

Beispiel: Im Rahmen eines Frauenfrühstücks wird über Verhütungsmethoden informiert und das Angebot des Modellprojekts biko vorgestellt. Die Frauen nehmen die Informationen über Verhütung sehr interessiert auf und erkundigen sich nach dem Angebot des Modellprojekts. Mehrfach vergewissern sie sich, dass die Kosten übernommen werden, dass nichts zurückgezahlt werden muss, und fragen nach, für welche Verhütungsmittel das Angebot gilt. Aus dem konkreten Interesse zweier Frauen entwickeln sich Zwiegespräche mit der Beraterin. Die teilnehmenden Frauen bewerten die Informationsveranstaltungen als interessant und berichten, dass sie „etwas gelernt haben.“ (Int. 08)

Insbesondere für Frauen mit Lernschwierigkeiten, mit geringen Deutschkenntnissen, aber auch für Frauen, die sozial benachteiligt sind, sei es aus Sicht von Multiplikator/-innen sinnvoll, diesen Weg der Informationsvermittlung zu wählen, da diese Frauen oftmals keinen Zugang zu anderen Informationsmedien hätten.

Multiplikator/-in: „Also, wir haben das einmal gemacht in dem Angebot, was wir für geflüchtete Frauen haben, und das war einfach eine tolle Atmosphäre und es gab viele Fragen und es gab noch mal sozusagen die Möglichkeit für Frauen, gerade für geflüchtete Frauen ..., die einfach sich das erst mal anhören konnten, was es da überhaupt gibt, weil sie von alleine gar nicht auf die Idee gekommen wären oder sich geschämt hätten, dahin zu gehen und dann auch Fragen gestellt haben. Also, das finde ich für den Bereich, in dem ich arbeite, also mit Familien, wo viele auch bildungsfern sind oder die Sprache nicht so gut können, einfach gut, [einen] solchen Rahmen zu schaffen, wo man sich das einfach mal ganz unverbindlich angucken kann.“ (Int. 24).

Ein Vorteil von Informationsveranstaltungen im Rahmen anderer Angebote ist es, dass ansonsten schwer erreichbare Zielgruppen so gut angesprochen werden können. Allerdings

wurde bei teilnehmenden Beobachtungen deutlich, dass im Rahmen des Gruppensettings die Grenze zwischen Information und Beratung verschwimmen kann.

7 KOSTENSCHÄTZUNG FÜR EINE BUNDESWEITE GELTUNG DES KOSTENÜBERNAHMEMODELLS

Dieses Kapitel trifft Aussagen darüber, wie viele Frauen potenziell einen Anspruch auf die Kostenübernahme für verschreibungspflichtige Verhütungsmittel hätten, wenn nach den Maßgaben des Modellprojekts „Beratung, Information und Kostenübernahme bei Verhütung – biko“ eine bundesweite Umsetzung erfolgen würde. Auf dieser Basis findet eine Schätzung der Kosten statt, die in diesem Fall aufgewendet werden müssten.

Hierfür wird in einem ersten Schritt anhand statistischer Daten ermittelt, wie viele Frauen bundesweit ein so geringes Einkommen haben, dass sie nach Maßgabe des Modellprojekts einen Anspruch auf Kostenübernahme haben. In einem zweiten Schritt wird das Annahmeverhalten der Frauen im Modellprojekt ermittelt. Hierfür werden die anspruchsberechtigten Frauen in den Regionen, in denen das Modellprojekt umgesetzt wird, ins Verhältnis zu den tatsächlichen Nutzerinnen gesetzt (Ausschöpfungsgrad). Diese Zahl dient dazu, um in einem dritten Schritt, gemeinsam mit der Anzahl der bundesweit anspruchsberechtigten Frauen, die Kosten für eine bundesweite Übertragung des Projekts abzuschätzen.

Im Folgenden werden zunächst die Datengrundlage und das Vorgehen dargestellt.

7.1 BERÜCKSICHTIGTE DATEN UND METHODISCHES VORGEHEN

Die Anspruchsberechtigung für Frauen im Projekt biko setzt neben dem Alter zwischen 20 und 45 Jahren und dem Wohnort in einer der Projektregionen die Erfüllung eines der folgenden Kriterien voraus:¹⁹

- Leistungsbezug nach dem SGB II (Arbeitslosengeld II/ALG II),
- Leistungsbezug nach dem SGB XII (Grundsicherung),
- Leistungsbezug nach § 6a BKGG (Kinderzuschlag),
- Leistungsbezug nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG),
- Leistungsbezug von Berufsausbildungshilfen (BAB),
- Leistungsbezug nach dem Wohngeldgesetz (Wohngeld),
- Leistungsbezug nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG),
- geringes Einkommen, unterhalb einer von verschiedenen Faktoren abhängigen Schwelle (gEK).²⁰

Für diese Anspruchsberechtigungen werden im Rahmen des Monitorings flächendeckend für alle Standorte die Daten zu den Kostenübernahmen erfasst. Für die Berechnung des Ausschöpfungsgrades der jeweiligen Projektregion werden die erhobenen Monitoringdaten für das dritte und vierte Quartal 2017 sowie das erste und das zweite Quartal 2018 (vgl. Datenreport Kern quartale 2019) herangezogen.

¹⁹ Dabei können Frauen auch mehrere Anspruchsberechtigungen gleichzeitig auf sich vereinen.

²⁰ Alle Anspruchsberechtigungen erfüllen automatisch auch die Anspruchsberechtigung gEK.

Weiterhin wurden so weit möglich für diese Anspruchsberechtigungen die Daten der statistischen Landes- und Bundesämter²¹ für Frauen zwischen 20 und 45 abgefragt, um die relevanten Grundgesamtheiten in den Modellregionen sowie bundesweit zu ermitteln.

7.1.1 Berücksichtigung amtlicher Statistiken

Die Abfrage der amtlichen Statistiken für die Anspruchsberechtigung unterlag aufgrund der Erfassungs- und Auswertungspraxis der statistischen Landes- und Bundesämter verschiedenen Begrenzungen. Tabelle 2 zeigt, welche Statistiken zu Anspruchsberechtigungen in welcher Qualität vorliegen. Erläuterungen folgen weiter unten.

Tabelle 2: Übersicht Verfügbarkeit und Verwendung von Statistiken zu Anspruchsberechtigungen

Statistik Anspruchsberechtigung ²²	Beste verfügbare räumliche Auflösung ²³	Differenziertheit der verfügbaren Statistiken ²⁴	Für Ausschöpfungsgrad verwendet?
Anzahl Frauen im Alter von 20 bis 45	Gemeinde	Nach Alter und Geschlecht ausreichend differenziert	Ja
Anzahl ALG-II-Beziehende	Gemeinde	Nach Alter und Geschlecht ausreichend differenziert	Ja
Anzahl BAB-Beziehende	Gemeinde	Nach Alter und Geschlecht ausreichend differenziert	Ja
Anzahl Grundsicherung-Beziehende	Kreisebene	Nach Alter und Geschlecht ausreichend auf Bundeslandebene differenziert	Ja
Anzahl AsylbLG-Beziehende	Gemeinde	Nach Alter und Geschlecht ausreichend auf Bundeslandebene differenziert	Ja
Anzahl Kinderzuschlag-Beziehende	Landesebene	Nicht nach Alter und Geschlecht differenziert	Nein

²¹ Es wurden eine Anfrage an das Statistische Landesamt Berlin-Brandenburg als anfragenkoordinierende Einrichtung sowie eine Anfrage an die Statistikstelle der Bundesagentur für Arbeit gestellt, um die Anzahl der Frauen in den jeweiligen Projektgebieten festzustellen, die die Voraussetzungen für die Kostenübernahme zu verschreibungspflichtigen Verhütungsmitteln nach Maßgabe des Projekts erfüllen.

²² Die Statistiken zur Anspruchsberechtigung beziehen sich immer auf Frauen im Alter von 20 bis 45 Jahren.

²³ Die biko-Standortgebiete stimmen zum Teil mit den entsprechenden Landkreisen überein, für die relevante Statistiken vorliegen. Einige Statistiken sind lediglich auf Ebene der Bundesländer verfügbar. Nur bei hinreichender räumlicher Auflösung kann jedoch eine Berücksichtigung erfolgen. Für die Kategorie Grundsicherung wurde für den Standort Recklinghausen eine proportionale Umrechnung der Landkreisdaten für die beteiligten Städte vorgenommen.

²⁴ Die statistischen Landesämter und die Bundesagentur für Arbeit haben nicht für alle Statistiken der Anzahl der jeweiligen Merkmale auch die Eigenschaft Geschlecht und Alter kombiniert verfügbar. In diesem Fall kann für die Schätzung nicht bestimmt werden, wie hoch die Anzahl der Anspruchsberechtigten in einem bestimmten Gebiet ist, sodass die entsprechenden Kategorien bei der Hochrechnung auf Basis der Projektdaten nicht berücksichtigt werden können.

Statistik Anspruchsberechtigung ²²	Beste verfügbare räumliche Auflösung ²³	Differenziertheit der verfügbaren Statistiken ²⁴	Für Ausschöpfungsgrad verwendet?
Anzahl Wohngeld-Beziehende	Landesebene	Nach Alter nicht ausreichend differenziert, nach Geschlecht schon	Nein
Anzahl BAföG-Beziehende	Landesebene	Nach Alter und Geschlecht differenziert	Nein
Anzahl Frauen mit gEK	Kreisebene	Grenzwerte zu variabel, Datenlieferung ausstehend	Nein

Daten zur Anspruchsberechtigung nach ALG II, BAB, Grundsicherung sowie Asylbewerberleistungsgesetz konnten in geeigneter Aufbereitungsart beschafft werden. Statistiken zu den Anspruchsberechtigungen auf BAföG, Wohngeld und Kinderzuschlag liegen in der amtlichen Statistik nicht in hinreichend detaillierter Erhebung vor. Daher fließen diese Anspruchsberechtigungen nicht in die Bestimmung des Ausschöpfungsgrades ein. Zur Abschätzung des hypothetischen Umfangs an Kostenübernahmen werden sie dennoch herangezogen.

Problematisch ist zudem die Bestimmung der Anzahl von Frauen im Alter von 20 bis 45 Jahren mit geringem Einkommen (gEK) im Sinne der Projektdefinition. Die Grenze, was als gEK definiert ist, ist im Projekt biko von Fall zu Fall verschieden, liegt aber über der Armutsgefährdungsschwelle. Nach der Projektdefinition des gEK fließen nach Alter und Anzahl der Haushaltsmitglieder gewichtete Pauschalen und die Kosten der Unterkunft mit ein. Da so keine feste Einkommensgrenze, insbesondere nicht bezogen auf das Medianeinkommen, bestimmt werden kann, lassen sich keine Statistiken zur entsprechenden Einkommensverteilung in der relevanten Bevölkerung bei den statistischen Ämtern erfragen. Daher kann der Grad der Inanspruchnahme für die Anspruchskategorie gEK nicht ermittelt werden. Somit wird die Kategorie gEK im Rahmen der Bestimmung des Ausschöpfungsgrades nicht berücksichtigt.

Da einige der Statistiken nicht hinreichend differenziert nach Alter und Geschlecht vorliegen, musste punktuell, beispielsweise bei Wohngeld und Kinderzuschlag, eine proportionale Ableitung des Anteils von Frauen im Alter von 20 bis 45 Jahren erfolgen. Hierzu wurde der Anteil von Frauen im entsprechenden Alter an der weiblichen Bevölkerung des Bundeslandes auch für den Leistungsbezug dieser Transferleistungen unterstellt und so konnten Werte für das Bundesland und den Bund geschätzt werden.

7.1.2 Berücksichtigte Monitoringdaten

Insgesamt wurde im Zeitraum der Kern quartale von 3.029 Klientinnen erstmalig eine Kostenübernahme beantragt, für die 3.065 Nennungen von Anspruchsberechtigungen doku-

mentiert sind. Diese Kostenübernahmen wurden in einem Erst- oder Folgegespräch gewährt. Nicht für alle Anspruchsberechtigungen lassen sich Sozialstatistiken in hinreichender räumlicher und sächlicher Auflösung beschaffen und dementsprechend kann für die entsprechenden Anspruchsberechtigungsgründe keine Berechnung des Ausschöpfungsgrades erfolgen. Daher gehen im Rahmen der Hochrechnung auf Basis der Projektdaten die Daten von 2.120 Klientinnen in die Abschätzung des Ausschöpfungsgrades ein, was ca. 69,2 % der insgesamt im Monitoring erfassten Nennungen der Anspruchsberechtigungen von Klientinnen mit erstmaliger Kostenübernahme entspricht.

7.1.3 Berücksichtigte Standorte

Die biko-Projektregionen sind in der folgenden Tabelle aufgeführt. Dargestellt ist die Anzahl der Frauen im projektrelevanten Alter (20 bis 45 Jahre) im entsprechenden Gebiet.

Tabelle 3: Projektregionen mit Anzahl der Frauen zwischen 20 bis 45 Jahren.

Lokaler biko-Standort	Definition Einzugsgebiet	Anzahl Frauen 20 – 45 Jahre im Einzugsgebiet ²⁵
Erfurt (EF)	Erfurt, Artern (nicht der ganze Kyffhäuser Kreis)	34.955
Halle (HAL)	Halle an der Saale (kreisfreie Stadt)	38.392
Lübeck (HL)	Lübeck (kreisfreie Stadt)	33.564
Recklinghausen (RE)	Recklinghausen, Marl, Gladbeck	37.389
Saarbrücken (SB)	Saarbrücken (kreisfreie Stadt)	28.823
Ludwigsfelde (TF)	Ludwigsfelde/Landkreis Teltow-Fläming (Stand Anfang 2017)	21.096
Wilhelmshaven (WHV)	Wilhelmshaven (kreisfreie Stadt) und Landkreis Friesland	22.285
Summe	/	216.504
Nachrichtlich: Deutschland	/	12.196.708 ²⁶

Quelle: Bundesamt für Statistik

²⁵ Gemäß Datenlieferung des Statistischen Bundesamts, Stichtag 31.12.2016

²⁶ Die Anzahl der Frauen in den biko-Projektgebieten im Alter von 20-45 entspricht ca. 1,78% der bundesweiten Anzahl von Frauen im Alter von 20-45 Jahren.

Die Einzugsgebiete sind nicht in jedem Fall deckungsgleich mit den Landkreisen. Entsprechend können die statistischen Daten, deren Auflösung nur bis auf die Landkreisebene reicht, nicht passgenau zugeordnet werden.

Der Anteil der Frauen zwischen 20 und 45 Jahre, die mindestens eine der vier für den Ausschöpfungsgrad berücksichtigten Anspruchsberechtigungen (ALG II, BAB, Grundsicherung, AsylbLG) aufweisen, liegt in den ausgewählten Standorten im Mittel mit ca. 18,85 % deutlich über dem bundesweiten Anteil von ca. 11,85 %.²⁷ Es ist nicht absehbar, inwieweit sich Kontexteffekte der Sozialstruktur bei anderen potenziellen Standorten auswirken und so das Schätzergebnis beeinflussen würden (vgl. 7.1.5).

Der Standort Erfurt schließt die nicht mehr zum Erfurter Stadtgebiet zählende Gemeinde Artern ein. Da die Kommune Artern nur 1,7 % der weiblichen Bevölkerung von 20 bis 45 Jahren der Stadt Erfurt aufweist, wird diese in die Schätzung für diese Region inkludiert. Für Artern selbst liegen keine ausreichend fein aufgelösten Sozialstrukturdaten vor, sodass eine Schätzung für Artern unter Annahme der Sozialstruktur Erfurts erfolgt und in die Schätzung für die Projektregion Erfurt eingeht.

7.1.4 Stichtagsverfügbarkeit

Die amtlichen Statistiken werden auf Stichtage bezogen zur Verfügung gestellt. Für die Schätzung konnten nur Daten mit dem Stichtag 31.12.2016, bzw. für den Leistungsbezug von ALG II der Monat Dezember 2016, genutzt werden. Dadurch kann Einheitlichkeit über alle Statistiken gewährleistet werden, insbesondere bei der Ermittlung des Ausschöpfungsgrades. Im Zeitverlauf kommt es permanent zu Zu- und Abgängen bei den Gruppen der Anspruchsberechtigungen, was bei den Stichtagsdaten unberücksichtigt bleibt.²⁸

7.1.5 Limitationen der Hochrechnung und Kostenschätzung

Die hier vorliegende Hochrechnung und Kostenschätzung weist grundlegende Limitationen auf. Eine erste Limitation ergibt sich aus der Stichtagsverfügbarkeit der statistischen Daten, die mögliche Schwankungen im Verlauf eines Jahres nicht berücksichtigt. Weitere Limitationen zeigen sich auf methodischer Ebene:

Die Hochrechnung bezieht sich auf das vorgegebene Kombinationsmodell von Beratung und Kostenübernahme und ist an die Beobachtungen an einzelnen Standorten gebunden. Dadurch kann nur ein grobes Modell des Annahmeverhaltens erstellt werden. Es handelt sich um eine Schätzung, da sich die Verwirklichung einer Flächendeckung des Modells auf das Annahmeverhalten der potenziell Berechtigten auswirken könnte. Mögliche Änderungen im Nutzungs- und Annahmeverhalten bei Kostenübernahmen werden nicht modelliert, sondern aus den Monitoringdaten abgeleitet. Entsprechend ist nur bei modellgemäßem Konstanthalten der Modalitäten der Kostenübernahme eine Aussage für die Zukunft möglich.

²⁷ Eigene Berechnung auf Basis der Monitoringdaten und der Datenlieferung vom Statistischen Bundesamt, Stichtag 31.12.2016.

²⁸ Zum Zeitpunkt der Berichtslegung waren keine Auswertungen hinsichtlich der Schwankungen verfügbar.

Weiterhin ist mit Kontexteffekten auf den ermittelten Ausschöpfungsgrad zu rechnen. Die Standorte sind im Schnitt soziostrukturell deutlich ‚schwächer‘ als der Bundesschnitt. Es ist möglich, dass soziostrukturell anders zusammengesetzte Regionen abweichende Ausschöpfungsgrade aufweisen würden. Da die der Hochrechnung zugrundeliegende Auswahl nicht repräsentativ ist und nicht genügend Standorte für eine differenzierte Hochrechnung zur Verfügung stehen, wird die Hochrechnung nach der Annahme erstellt, dass sich das Nachfrageverhalten von Frauen unterschiedlicher Regionen mit unterschiedlicher Soziostruktur nicht systematisch unterscheidet. So wird z. B. unterstellt, dass das Annahmeverhalten bei Regionen mit 3 % oder mit 20 % ALG-II-Bezugsquote gleich wäre.

Die Nichtberücksichtigung der Anspruchskategorie ‚geringes Einkommen‘, welches statistisch nicht erfasst wird, hat zur Folge, dass bei der Hochrechnung der bundesweit potenziell Anspruchsberechtigten und des damit zusammenhängenden Finanzierungsbedarfs das Gesamtpotenzial für Kostenübernahmen zunächst unterschätzt wird.

Eine Frau kann nach den rechtlichen Gegebenheiten mehrere Anspruchsberechtigungen gleichzeitig aufweisen. Dies wird im Rahmen des Monitorings berücksichtigt, und es können mehrere Anspruchsberechtigungen erfasst werden. Daher muss unterschieden werden zwischen einer klientinnen- und einer nennungsbezogenen Darstellung der Werte. In den Kernquartalen gab es für 3.029 Klientinnen eine erstmalige Kostenübernahme, für die 3.065 Nennungen von Anspruchsberechtigungen dokumentiert sind. Nicht für alle Anspruchsberechtigungen lassen sich, wie oben dargestellt, amtliche Statistiken in hinreichender räumlicher und sächlicher Auflösung beschaffen. Daher fließen im Rahmen der Hochrechnung auf Basis der Projektdaten die Daten von 2.120 Klientinnen in die Abschätzung des Ausschöpfungsgrades ein, was, wie bereits dargelegt, 69,2 % der insgesamt im Monitoring erfassten Nennungen von Anspruchsberechtigungen von Klientinnen mit erstmaliger Kostenübernahme entspricht. Damit einher geht zwangsläufig ein Informationsverlust, der zu einer Fehleinschätzung des Ausschöpfungsgrades führen kann.

Nach Auswertung öffentlich zugänglicher Quellen und Anfragen an das zuständige Statistische Landesamt kann nicht nachvollzogen werden, wie viele Personen mehrere Anspruchskriterien auf sich vereinen. Die Zahl dürfte jedoch so gering sein, dass allein dadurch das Schätzergebnis nicht maßgeblich beeinflusst wird. Die für die Hochrechnung der bundesweiten Anzahl von Anspruchsberechtigten erforderliche Bestimmung der Anzahl von anspruchsberechtigten Frauen im Alter von 20 bis 45 Jahre muss in Ermangelung entsprechend aufbereiteter Statistiken per Schätzung erfolgen und kann daher unzutreffend sein.

Da es sich bei der Datenerhebung des Monitorings nicht um eine zufallsgesteuerte Stichprobe handelt, liegt kein repräsentatives Sample vor. Schlussfolgerungen können somit nicht zuverlässig für die Grundgesamtheit gezogen werden. Die Schätzung kann lediglich Hinweise auf das Annahmeverhalten bieten.

Mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Information über einen Schwangerschaftsabbruch vom 12.02.2019 (Drucksache 19/7693) wurde die Altersgrenze für Erstattungen von Verhütungsmitteln von 20 auf 22 Jahre angehoben. Diese Anhebung wird im Rahmen des Monitorings und der Hochrechnung nicht berücksichtigt, da das Modellpro-

jekt biko im Fokus des Erkenntnisinteresses steht. Aufgrund des Zeitpunkts der Gesetzesänderung konnte die hieraus resultierende Altersverschiebung für die Kostenschätzung nicht berücksichtigt werden, da die regionalen Grundgesamtheiten der Anspruchsberechtigten für die Altersgruppe der 20- bis 22-Jährigen nur mit erneuten Anfragen bei den Statistischen Ämtern ermittelt werden könnten und damit nicht mit dem Berichtstermin vereinbar war.

Perspektivisch ist aufgrund der demographischen Entwicklung damit zu rechnen, dass die Anzahl von Frauen im Alter von 20 bis 45 Jahren in Deutschland abnimmt. Damit würde unter sonst gleichen Bedingungen ebenso der Bedarf an Kostenübernahmen sinken. Allerdings ist dieser auch von weiteren Faktoren wie der konjunkturellen Entwicklung, Migration, der Bereitschaft zur Verwendung von Verhütungsmitteln, der Bereitschaft zur Inanspruchnahme von Kostenübernahmen sowie der Gesetzgebung und Gesetzesimplementa-tion im Zusammenhang mit der Kostenübernahme für Verhütungsmittel abhängig, die nur mit großer Unsicherheit abgeschätzt werden können. Daher wird im Rahmen der Hochrechnung auf Basis der Projektdaten nur der zeitliche Nahbereich unter annahmegemäß gleichbleibenden demographischen Bedingungen betrachtet.

Der zu erwartende Ausschöpfungsgrad wird auf Grundlage der erstmaligen Kostenübernahmen im Zeitraum der Kernquartale der Pilotierung geschätzt. Gleichzeitig werden für die Schätzung der jährlichen Kosten Pro-Kopf-Werte aus Erst- und Folge-Kostenübernahmen herangezogen. Wegen der durchschnittlich höheren Kosten von erstmaligen Kostenübernahmen, etwa aufgrund der höheren Kosten für Kupferspiralen, kommt es so voraussichtlich zu einer Überschätzung der Pro-Kopf-Kosten, was die Unterschätzung des Ausschöpfungsgrades kompensiert.

Im Folgenden werden nun die Schritte zur Abschätzung der Ausschöpfungsgrade vorgenommen.

7.2 WIE VIELE KLIENTINNEN NEHMEN DIE MÖGLICHKEIT DER KOSTENÜBERNAHME IN ANSPRUCH?

Zunächst wird ein Überblick über die Daten des Monitorings gegeben, anschließend werden die für die weiteren Schritte relevanten Zahlen dargestellt. Da, wie oben ausgeführt, nicht alle Daten von allen Standorten in die Ermittlung des Ausschöpfungsgrades Eingang finden können, sind die einfließenden Daten grau unterlegt und fett gesetzt. Für die weiteren Berechnungen werden dann nur diese herangezogen, soweit nicht anders vermerkt. An dieser Stelle werden erstmalige Kostenübernahmen, die sowohl aus Erst- als auch aus Folgegesprächen resultieren können, betrachtet. Im Datenreport liegt der Fokus auf den erstmaligen Gesprächen; aufgrund der anderen Bezugsgröße ergeben sich Abweichungen bei den Nennungen der Anspruchsberechtigungen.

Tabelle 4: Verteilung Anzahl und standortweise Anteile von nennungsbezogenen Anspruchsberechtigungen Q III 2017 – Q II 2018 nach Anspruchskategorie und Standort; für erstmalige Kostenübernahmen (n = 2.120, N = 3.065; exklusive 3 Fälle von ‚keine Angabe‘ bei Anspruchsberechtigungen, die vermutlich auf Eingabefehler zurückgehen)

Standort	EF	HAL	HL	RE	SB	TF	WHV	Gesamt
ALG II	368	332	304	293	261	87	192	1.837
in %	49,7 %	57,6 %	61,9 %	82,1 %	69,4 %	43,5 %	59,3 %	59,9 %
Grundsicherung	26	25	37	12	11	21	21	153
in %	3,5 %	4,3 %	7,5 %	3,4 %	2,9 %	10,5 %	6,5 %	5,0 %
Kinderzuschlag	4	2	1	4	3	2	1	17
in %	0,5 %	0,3 %	0,2 %	1,1 %	0,8 %	1,0 %	0,3 %	0,6 %
Wohngeld	48	16	21	11	10	9	10	125
in %	6,5 %	2,8 %	4,3 %	3,1 %	2,7 %	4,5 %	3,1 %	4,1 %
BAföG	131	102	31	7	29	15	33	348
in %	17,7 %	17,7 %	6,3 %	2,0 %	7,7 %	7,5 %	10,2 %	11,4 %
BAB	1	8	9	3	9	2	4	36
in %	0,1 %	1,4 %	1,8 %	0,8 %	2,4 %	1,0 %	1,2 %	1,2 %
AsylbLG	10	8	28	14		24	10	94
in %	1,3 %	1,4 %	5,7 %	3,9 %	0,0 %	12,0 %	3,1 %	3,1 %
geringes Einkommen	153	83	60	13	53	40	53	455
in %	20,6 %	14,4 %	12,2 %	3,6 %	14,1 %	20,0 %	16,4 %	14,8 %
Summe	741	576	491	357	376	200	324	3.065
davon für Ausschöpfungsgrad berücksichtigt	405	373	378	322	281	134	227	2.120
in %	54,7 %	64,8 %	77,0 %	90,2 %	74,7 %	67,0 %	70,1 %	69,2 %

Quelle: Datenreport Kernquartale 2019

7.3 WIE VIELE FRAUEN SIND POTENZIELL ANSPRUCHBERECHTIGT

In Tabelle 5 werden die verfügbaren Daten, also die Anzahl der nach den verwendeten Anspruchsberechtigungen anspruchsberechtigten Frauen, in den relevanten Projektgebieten ausgewiesen.

Tabelle 5: Anzahl der anspruchsberechtigten Frauen nach Kriterien je Standort²⁹

Standort	Anzahl Frauen ALG II	Anzahl Frauen Grundsicherung	Anzahl Frauen AsylbLG	Anzahl Frauen BAB	Summe anspruchsberechtigter Frauen	Anzahl aller Frauen 20 – 45 im Gebiet
EF	4.815	271	265	150	5.501	34.955
HAL	7.066	422	361	161	8.010	38.392
HL	5.555	382	316	129	6.382	33.564
RE	7.753	378	273	131	8.535	37.389
SB	5.585	333	43	139	6.100	28.823
TF	2.522	154	159	86	2.921	21.096
WHV	3.304	231	493	99	4.127	22.285
Summe anspruchsberechtigte Frauen obige Gebiete	36.600	2.171	1.910	895	41.576	216.504
Summe anspruchsberechtigter Frauen nachrichtlich Bund	1.218.688	87.543	114.773	28.254	1.449.258	12.196.708
entspricht anteilig Bund	3,00 %	2,48 %	1,66 %	3,17 %	2,87 %	1,78 %

Quelle: Bundesamt für Statistik

Im folgenden Kapitel wird dargestellt, wie viele Frauen von der Kostenübernahme Gebrauch machen, und daraus wird anschließend der Ausschöpfungsgrad in Bezug auf die Standortbevölkerung bestimmt. Dabei stellen die Werte von Tabelle 4 die Bezugsgrundlage dar.

7.3.1 Bestimmung des Ausschöpfungsgrads in Bezug auf anspruchsberechtigte Frauen

Für jede Projektregion wird ein Ausschöpfungsgrad bezogen auf die Grundgesamtheit von Anspruchsberechtigungen in der Region errechnet. Dazu wird die Anzahl der Frauen, für

²⁹ Stichtag ist der 31.12.2016. Die Zahlen sind gemeindegau ausgewiesen. Für die Grundsicherung und Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz musste entsprechend dem Anteil an der weiblichen Bevölkerung im Alter von 20 bis 45 Jahren der Anteil hochgerechnet werden (s.o.). Da Mehrfachnennungen möglich waren, kann für die Erhebung der Anspruchsberechtigungen nicht immer garantiert werden, dass alle Anspruchsberechtigungen pro Klientin erfasst worden sind. Die Ausweisung der Fallzahlen erfolgt, sofern nicht anders angegeben, nennungs- und nicht klientinnenbezogen. Es fehlen einige Anspruchsberechtigungsstatistiken, da diese nicht in entsprechender Gebietszuordnung zu beschaffen waren (s. Kapitel 2.1 und 3).

die eine Kostenübernahme erfolgt ist, durch die Anzahl der anspruchsberechtigten Frauen geteilt:

$$\frac{\text{Anzahl Klientinnen}_{\text{tatsächlich}}}{\text{Anzahl Frauen}_{\text{Anspruch}}} = a_{\text{Gebiet}}$$

Anzahl Klientinnen_{tatsächlich} = Anzahl der Frauen, die den Anspruch wahrgenommen haben (gültige Fälle aus dem Monitoring für Kostenübernahmen innerhalb einer bestimmten Zeitspanne)

Anzahl Frauen_{Anspruch} = Anzahl der anspruchsberechtigten Frauen (auf Basis amtlicher Statistik zum Stichtag)

a_{Gebiet} = Ausschöpfungsgrad für ein bestimmtes Gebiet

Die Anzahl der Klientinnen und die Anzahl der Frauen mit Anspruchsberechtigung ergeben sich jeweils durch einfache Summierung der Häufigkeiten der Anspruchsberechtigungen je Projektgebiet. Die einzelnen Ausschöpfungsgrade je Anspruchsberechtigung und je Gebiet werden dabei nach der relativen Häufigkeit des Berechtigungsgrundes je Standort gewichtet. Nicht sämtliche Berechtigungsgründe konnten, wie bereits erläutert, berücksichtigt werden, da nicht zu allen Daten der amtlichen Statistik vorlagen. Für die einzelnen Anspruchsberechtigungen wird der Ausschöpfungsgrad ermittelt, indem der Mittelwert der Werte der Standorte je Anspruchsberechtigung gebildet wird.

Der Gesamtausschöpfungsgrad wird als Mittelwert der standortweisen Ausschöpfungsgrade je Anspruchskategorie gebildet. Dabei wird dieser entsprechend dem Anteil der entsprechenden Anspruchskategorie an der Anzahl aller Anspruchsberechtigten gewichtet. Das Verfahren berücksichtigt so den Einfluss der aufkommensstärkeren Anspruchsberechtigungen und standardisiert den Einfluss der Größe der Standorte und von möglichen Kontextfaktoren wie dem relativen Anteil von BAB- oder ALG-II-Bezieherinnen.

Im Projektverlauf erhalten manche Klientinnen mehrfach eine Kostenübernahme, beispielsweise, wenn sie ein regelmäßig anzuwendendes Verhütungsmittel, wie die Pille, nutzen, sodass sie im Laufe eines Jahres mehrere Kostenübernahmen erhalten können. Daher wird zwischen Erst- und Folge-Kostenübernahme unterschieden. Da Klientinnen je Verhütungsmittel in unterschiedlicher Frequenz eine Erstattung bekommen können, findet zur Bestimmung des Ausschöpfungsgrades die Anzahl der Erstzusagen, bei der Bestimmung der Kosten hingegen die Summe und Anzahl aller Kostenübernahmen Berücksichtigung. So ist sichergestellt, dass die Kosten pro Kopf erfasst werden. Je nach Verhütungsmittel bildet sich so ein bestimmter Wert pro Kopf und Jahr.³⁰

³⁰ Nicht berücksichtigt werden können aufgrund des Erhebungsdesigns mögliche Veränderungen im Nutzungsverhalten bei einzelnen Frauen.

7.3.2 Erreichte Ausschöpfungsgrade der Standorte

Die im Folgenden dargestellten Ausschöpfungsgrade wurden nach dem oben beschriebenen Vorgehen berechnet, berücksichtigen die Quartale III und IV 2017 sowie I und II 2018 der Monitoringdaten und umfassen somit ein Jahr der Projektumsetzung.³¹

Tabelle 6: Ausschöpfungsgrad je Anspruchskategorie und Standort; nennungsbezogen, erstmalige Kostenübernahme, Mehrfachnennungen möglich (N = 2.120)

Gebiet	Ausschöpfungsgrad ALG II	Ausschöpfungsgrad Grundsicherung	Ausschöpfungsgrad AsylbLG	Ausschöpfungsgrad BAB	Ausschöpfungsgrad je Standort	Anteil Monitoring an allen Frauen 20 – 45
EF	7,64 %	9,59 %	3,77 %	0,67 %	7,36 %	2,12 %
HAL	4,70 %	5,92 %	2,21 %	4,97 %	4,66 %	1,50 %
HL	5,47 %	9,69 %	8,87 %	6,98 %	5,92 %	1,46 %
RE	3,78 %	3,17 %	5,13 %	2,29 %	3,77 %	0,95 %
SB	4,67 %	3,30 %	0,00 %	6,47 %	4,61 %	1,30 %
TF	3,45 %	13,64 %	15,09 %	2,33 %	4,59 %	0,95 %
WHV	5,81 %	9,09 %	2,03 %	4,04 %	5,50 %	1,45 %
Ausschöpfungsgrad als Mittelwert der Standorte	5,08 %	7,77 %	3,96 %	5,30 %	5,20 %	1,42 %

Quelle: eigene Berechnungen

³¹ Die Beratungsstellen haben ihre Arbeit erst im Laufe des ersten Quartals 2017 aufgenommen. Der Bekanntheitsgrad steigerte sich kontinuierlich. Das Monitoring wurde erst flächendeckend zum zweiten Quartal eingeführt. Ab dem dritten Quartal kann also von einem hinreichenden Bekanntheitsgrad ausgegangen werden. Da ab dem dritten Quartal 2018 ressourcenbedingt die Anzahl der Kostenübernahmen rückläufig war, erfolgt hier eine Konzentration auf die Kernquartale des Projektzeitraums. „Keine Angaben“ wurden ausgelassen und lagen im Aufkommen unter zehn Fällen.

7.4 KOSTEN FÜR VERHÜTUNGSMITTEL JE KOSTENÜBERNAHME

Im nächsten Schritt wird dargestellt, für welche Verhütungsmittel im Projekt in welcher Anzahl die Kosten übernommen wurden und wie sich die durchschnittlichen Kosten der Kostenübernahmen gestalteten.

Die sich aus den Monitoringdaten ergebenden durchschnittlichen Kosten pro erstmaliger und folgender Kostenübernahme liegen bei ca. 156,41 Euro (siehe Tabelle 7) pro Jahr und Frau. Bei der ersten Kostenübernahme werden durchschnittlich ca. 197,30 Euro erstattet, bei Folge-Kostenübernahmen durchschnittlich ca. 68,27 Euro. Dabei entfallen bei Folge-Kostenübernahmen ca. 60 % der Kostenübernahmen auf die Pille und ca. 25 % auf Depot-spritzen. Die höheren Kosten bei erstmaligen Kostenübernahmen erklären sich aus dem deutlich höheren Anteil von Spiralen.

Tabelle 7: Durchschnittliche Kosten in Euro je Kostenübernahme nach Standort, Q III 2017 – Q II 2018, (n = 4260, N = 4329).³²

Gebiet	Erst-KÜ	Folge-KÜ	Alle KÜ
EF	196,88	76,88	160,41
HAL	159,87	59,77	119,40
HL	196,21	54,99	155,86
RE	264,45	85,81	221,50
SB	171,94	64,87	138,98
TF	196,17	96,37	161,62
WHV	223,06	67,20	177,12
Durchschnitt	197,30	68,27	156,41

Quelle: eigene Berechnungen

Im Folgenden zeigt Tabelle 8 die Anzahl der Kostenübernahmen je Verhütungsmittel und Standort die entsprechende prozentuale Verteilung je Standort.

³² Abweichungen zu Tabelle 7 aufgrund fehlender Angaben zu den Kosten.

Tabelle 8: Anzahl der Erst- und Folge-Kostenübernahmen nach Verhütungsmittel je Standort, Q III
2017 – Q II 2018 (n = 4.469, N = 4.480)

Verhütungs- mittel	EF	HAL	HL	RE	SB	TF	WHV	Summe Verhü- tungs- mittel
Pille	381	446	233	104	192	133	196	1.685
in %	36,5 %	47,8 %	34,0 %	22,1 %	35,8 %	41,0 %	41,2 %	37,7 %
Hormon- spirale	329	215	176	194	99	52	151	1.216
in %	31,5 %	23,0 %	25,7 %	41,3 %	18,5 %	16,0 %	31,7 %	27,2 %
Kupferspirale	88	54	123	87	127	28	36	543
in %	8,4 %	5,8 %	17,9 %	18,5 %	23,7 %	8,6 %	7,6 %	12,2 %
Depotspritze	70	60	76	31	28	63	53	381
in %	6,7 %	6,4 %	11,1 %	6,6 %	5,2 %	19,4 %	11,1 %	8,5 %
Vaginalring	77	83	20	23	22	9	9	243
in %	7,4 %	8,9 %	2,9 %	4,9 %	4,1 %	2,8 %	1,9 %	5,4 %
Minipille	49	44	5	10	21	20	3	152
in %	4,7 %	4,7 %	0,7 %	2,1 %	3,9 %	6,2 %	0,6 %	3,4 %
Kupferkette	23	16	43	3	19	9	5	118
in %	2,2 %	1,7 %	6,3 %	0,6 %	3,5 %	2,8 %	1,1 %	2,6 %
Hormonim- plantat	23	5	6	16	20	10	19	99
in %	2,2 %	0,5 %	0,9 %	3,4 %	3,7 %	3,1 %	4,0 %	2,2 %
Verhütungs- pflaster	1	11	3	2	4	0	2	23
in %	0,1 %	1,2 %	0,4 %	0,4 %	0,7 %	0,0 %	0,4 %	0,5 %
Pille danach	2	0	0	0	2	0	2	6
in %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %	0,4 %	0,1 %
Sonstiges	0	0	1	0	2	0	0	3
in %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %
Gesamt- ergebnis	1.043	934	686	470	536	324	476	4.469
in %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Quelle: Monitoring Kernquartale 2019

7.5 ABLEITUNG DER REGIONALEN UND BUNDESWEITEN KOSTEN BEI BUNDESWEITER GELTUNG DES MODELLS

Anhand des ermittelten Gesamtausschöpfungsgrades und der Anzahl der potenziell Anspruchsberechtigten im Bundesgebiet können die Anzahl der bei bundesweiter Geltung des Kostenübernahmемodells biko in Anspruch genommenen Verhütungsmittel und die entsprechenden Kosten für ein Jahr extrapoliert werden. Dazu soll zunächst die Anzahl der grundsätzlich potenziell Anspruchsberechtigten (der ausgewählten Kategorien) je Bundesland bestimmt werden. Anschließend kann anhand des ermittelten Gesamtausschöpfungsgrades die hypothetische Anzahl der Klientinnen bei Geltung des Projektmodells extrapoliert werden.

Tabelle 9 zeigt die Anzahl der in den Bundesländern entsprechend den ausgewählten Anspruchsgründen anspruchsberechtigten Frauen. Allerdings konnten nicht für jedes Bundesland hinreichend differenziert nach Alter und Geschlecht die Häufigkeiten je Anspruchskategorie ausgewiesen werden. Die fehlenden Werte für das gesamte Bundesgebiet wurden ergänzt. Für die Anspruchsberechtigung BAföG liegen die Zahlen auf Ebene der Bundesländer differenziert nach Alter und Geschlecht vor. Für den Kinderzuschlag und das Wohngeld musste eine Hochrechnung durchgeführt werden. Für die Schätzung der Wohngeldberechtigten im entsprechenden Alter wurde der Anteil von Frauen im Alter von 20 bis 45 Jahren an allen Frauen je Bundesland ermittelt. Da die Anzahl von Wohngeldhaushalten je Bundesland bekannt ist und auch welches Geschlecht die Mitglieder haben, entsprechen die hochgerechneten Werte den entsprechenden Anteilen an den Wohngeldhaushalten. Zur Hochrechnung des Kinderzuschlags wurde der Anteil von Frauen im Alter von 20 bis 45 Jahren an der Gesamtbevölkerung mit der Gesamtzahl von Kinderzuschlagsberechtigten je Bundesland multipliziert. Die jeweiligen Zahlen stellen die Grundgesamtheit dar, auf die sich die Schätzung bezieht.

Tabelle 9: Grundgesamtheit: Anzahl anspruchsberechtigter Frauen im Alter von 20 bis 45 Jahren nach Anspruchskategorien je Bundesland

Bundesland	Frauen von 20 – 45	ALG II	Grundsicherung	Kinderzuschlag	Wohngeld	BAföG	BAB	AsylbLG	Summe
Baden-Württemberg	1.673.585	93.391	8.294	1.291	10.553	37.281	2.035	13.211	166.056
Bayern	1.991.804	90.408	9.840	1.348	8.894	45.688	1.825	14.060	172.062
Berlin	638.217	111.420	4.500	627	4.686	27.919	1.706	6.647	157.505
Brandenburg	308.358	39.731	3.440	284	3.361	11.569	965	2.964	62.314
Bremen	107.994	20.287	882	151	923	5.921	438	1.086	29.688
Hamburg	332.420	37.412	2.070	398	2.604	12.224	889	2.671	58.268
Hessen	949.823	87.603	5.809	1.180	6.262	28.295	1.815	10.925	141.890
Mecklenburg-Vorpommern	205.263	30.593	2.897	235	3.585	7.887	1.148	1.364	47.708
Niedersachsen	1.123.260	118.084	9.564	1.446	8.588	39.536	3.580	11.899	192.697
Nordrhein-Westfalen	2.662.241	339.321	20.772	4.398	22.137	90.454	6.934	31.557	515.574
Rheinland-Pfalz	582.501	48.123	3.838	627	4.142	17.896	1.205	5.319	81.150
Saarland	136.108	17.712	1.035	121	752	2.953	461	293	23.327
Sachsen	539.705	63.330	4.718	636	7.255	23.493	2.018	3.900	105.351
Sachsen-Anhalt	273.048	45.818	3.777	229	3.098	12.328	1.118	1.979	68.347
Schleswig-Holstein	399.469	44.535	3.582	391	3.373	13.058	1.219	5.002	71.161
Thüringen	272.912	30.920	2.525	244	3.161	11.685	894	1.896	51.326
Gesamt Bund	12.196.708	1.218.688	87.543	13.607	93.375	388.187	28.250	114.773	1.944.424

Quelle: Statistisches Bundesamt

Tabelle 10 zeigt die durch den Gesamtausschöpfungsgrad extrapolierte Anzahl der anspruchsberechtigten Frauen, die eine Kostenübernahme in Anspruch nehmen würden, differenziert nach Bundesland auf Basis der obigen Daten.

Tabelle 10: Hochrechnung potenzielle Nutzung: Anzahl der Frauen je Bundesland

Bundesland	Gesamt
Gesamtausschöpfungsgrad	5,20 %
Baden-Württemberg	8.639
Bayern	8.952
Berlin	8.194
Brandenburg	3.242
Bremen	1.545
Hamburg	3.031
Hessen	7.382
Mecklenburg-Vorpommern	2.482
Niedersachsen	10.025
Nordrhein-Westfalen	26.823
Rheinland-Pfalz	4.222
Saarland	1.214
Sachsen	5.481
Sachsen-Anhalt	3.556
Schleswig-Holstein	3.702
Thüringen	2.670
Summe	101.160

Quelle: eigene Berechnungen

Im Folgenden wird die Anzahl der Kostenübernahmen je Verhütungsmittel hochgerechnet:

7.5.1 Extrapolation der Anzahl und Umfang der Kostenübernahmen

Die Extrapolation der hypothetischen Anzahl von Kostenübernahmen je Verhütungsmittel und Bundesland erfolgt nun für die inkludierten Anspruchsberechtigungskategorien nach dem folgenden Muster:

$$Bedarf_{VHM} = Anteil\ VHM \times Anzahl\ Klientinnen_{extrapoliert}$$

Dabei bedeutet:

$Bedarf_{VHM}$ = Anzahl der schätzungsweise gegebenen Kostenübernahmen im Berichtsjahr bei kontrafaktischer bundesweiter Geltendmachung des biko-Modells je Verhütungsmittel,

$Anteil\ VHM$ = Anteil der tatsächlichen Kostenübernahme-Zusagen im Berichtsjahr je Verhütungsmittel,

$Klientinnenzahl_{extrapoliert}$ = extrapolierte Anzahl der Frauen mit Anspruchsberechtigung, die bei kontrafaktischer bundesweiter Geltendmachung des biko-Modells eine Kostenübernahme erhalten würden, je Verhütungsmittel.

Es ergeben sich nach dieser Berechnungsweise die in Tabelle 11 dargestellten extrapolierten Zahlen für hypothetische Kostenübernahmen je Verhütungsmittel. Hierbei werden auch die Folge-Kostenübernahmen mit einbezogen, um den Gesamtbedarf eines Jahres sowie den sich daraus ergebenden Kostenbedarf zu schätzen. Dabei werden die durchschnittlichen Kosten je Verhütungsmittel mit der soeben ermittelten Anzahl der hypothetischen Kostenübernahmen multipliziert.

Tabelle 11: Hochrechnung potenzielle Nutzung: Anzahl Kostenübernahmen innerhalb eines Jahres je Verhütungsmittel

Verhütungsmittel	Anzahl Kostenerstattungen	Kostenerstattungen in Euro
Pille	38.167	1.436.395
Hormonspirale	27.521	9.375.036
Kupferspirale	12.277	2.190.305
Depotspritze	8.607	300.978
Vaginalring	5.504	317.589
Minipille	3.443	1.136.215
Kupferkette	2.673	98.756
Hormonimplantat	2.242	620.889
Verhütungspflaster	521	23.799
Pille danach	136	3.479
Sonstiges	68	13.364
Gesamt	101.160	15.822.818

Quelle: eigene Berechnungen

Es ergeben sich folgende Werte für die extrapolierten hypothetischen Kosten je Bundesland:

Tabelle 12: Extrapolierte jährliche Kosten für Erst- und Folge-Kostenübernahmen in Euro je Bundesland³³

Bundesland	Gesamtkosten in Euro
Baden-Württemberg	1.351.285
Bayern	1.400.162
Berlin	1.281.705
Brandenburg	507.084
Bremen	241.589
Hamburg	474.162
Hessen	1.154.634
Mecklenburg-Vorpommern	388.229
Niedersachsen	1.568.076
Nordrhein-Westfalen	4.195.498
Rheinland-Pfalz	660.360
Saarland	189.823
Sachsen	857.295
Sachsen-Anhalt	556.177
Schleswig-Holstein	579.073
Thüringen	417.665
Gesamt	15.822.818

Quelle: eigene Berechnungen

7.5.2 Ergebnis der Kostenschätzung

Im Verlauf eines Jahres hätten nach der Hochrechnung schätzungsweise ca. 101.000 Klientinnen bundesweit erstmalig eine Kostenübernahme erhalten, wenn die Rahmenbedingungen entsprechend der Umsetzungspraxis des Modellprojektes biko bundesweit gegol-

³³ Basierend auf hochgerechneten Monitoringdaten für Q III 2017 bis Q II 2018; Stichtag der amtlichen Statistiken 31.12.2016.

ten hätten. Insgesamt wären damit Kosten in Höhe von ca. 16 Millionen Euro für Verhütungsmittel (und ärztliche Leistungen) entstanden. Da diese Schätzung auf der Basis von Berechnungen getroffen wurde und wesentliche Kategorien, wie z. B. ein geringes Einkommen als Anspruchsberechtigung, unberücksichtigt bleiben mussten, ist hier von einer deutlichen Unterschätzung auszugehen. Es ist davon auszugehen, dass die Kosten für Verhütungsmittel und ärztliche Leistungen um bis zu 30 % ansteigen könnten, da aufgrund der nicht hinreichend ausdifferenzierten Datenlage in der Rechnung nur ein Teil der anspruchsberechtigten Frauen berücksichtigt werden konnte. Der Kostenbedarf könnte dann bis zu 21 Millionen Euro für Verhütungsmittel (und ärztliche Leistungen) betragen.

Für eine Umsetzung, wie sie im Modellprojekt erprobt wurden, kämen erhebliche Kosten für Beratungs- und Verwaltungspersonal sowie Sachkosten (wie bspw. Miete für Räume, Arbeitsmaterialien, Fortbildungen etc.) hinzu. Jeder Standort wurde für die Projektlaufzeit mit einer vollen Stelle einer Beratungsfachkraft und einer halben Stelle Verwaltungsfachkraft ausgestattet. Zudem haben Materialien für die Öffentlichkeitsarbeit zur Verfügung gestanden, die an alle Standorten verwendet wurden.

8 WESENTLICHE ERGEBNISSE DER EVALUATION

Im Rahmen des Modellprojekts biko – Beratung, Information und Kostenübernahme bei Verhütung wurde die Kostenübernahme für verschreibungspflichtige Verhütungsmittel im Zusammenhang mit freiwilliger, menschenrechtsbasierter, diskriminierungsfreier und individueller psychosozialer Beratung und gut verständlichen Informationen zu Verhütung und Familienplanung in und durch Schwangerschaftsberatungsstellen von pro familia (pro familia 2016) umgesetzt.

Die Evaluation des Modellprojekts biko zielte darauf ab, den Bedarf und die möglichen Kosten einer bundesweiten gesetzlichen Lösung für den Zugang zu kostenfreien Verhütungsmitteln und Verhütungsberatung auf der Grundlage der modellhaft erprobten Praxis an sieben Standorten zu ermitteln. Zudem war es Aufgabe der Evaluation, die im Rahmen des Modellprojekts erprobte gute Praxis für eine Ausgestaltung einer gesetzlichen Regelung zu identifizieren und aufzuzeigen.

Als Datengrundlage des Evaluationsberichts dienten die Ergebnisse des Monitorings der Projektstandorte über die Kernquartale³⁴ der Projektumsetzung, die Ergebnisse der Feedbackbefragung von Klientinnen im selben Zeitraum, die Ergebnisse einer standardisierten Befragung von Arztpraxen und Apotheken im September 2017 sowie die Ergebnisse qualitativer Interviews und Gruppendiskussionen mit den Beraterinnen der Projektstandorte zu verschiedenen Zeitpunkten, qualitativer Interviews mit Multiplikator/-innen an den Projektstandorten sowie qualitativer Interviews mit Klientinnen, darunter auch solche, die kein Deutsch sprechen.

8.1 ERREICHTE FRAUEN

Das Angebot des Modellprojekts biko wurde im Hinblick auf die soziale Lage der Frauen von sehr unterschiedlichen Klientinnengruppen in Anspruch genommen. Dieser Befund verweist zum einen auf eine große Bandbreite an Frauen, die Bedarf an kostenfreier Verhütung und Verhütungsmittelberatung haben und zum anderen darauf, dass es dem Modellprojekt gelungen ist, sein Angebot so niedrigschwellig zu gestalten, dass eine große Vielfalt an Frauen erreicht werden konnte.

Die Bandbreite an Klientinnen umfasste Frauen mit und ohne Migrationshintergrund, die ledig, alleinerziehend oder in einer festen Partnerschaft leben, wobei der Anteil an Frauen in einer festen Partnerschaft deutlich überwog. 32 % der durch biko erreichten Frauen haben einen Migrationshintergrund. Dies entspricht in etwa dem bundesweiten Anteil von Frauen mit Migrationshintergrund an der weiblichen Gesamtbevölkerung zwischen 20 und 45 Jahren – 28 %. Insgesamt wurden sowohl jüngere als auch ältere Frauen erreicht: Zwei Drittel der Klientinnen waren zum Erhebungszeitpunkt jünger und ein Drittel war älter als 30 Jahre alt. Die Mehrheit, nämlich drei Viertel der Klientinnen, hat Kinder. Jede fünfte Frau (21 %) hat drei oder mehr Kinder. Damit liegt der Anteil an kinderreichen Frauen bei

³⁴ Die Kernquartale umfassen den Zeitraum vom 1. Juli 2017 bis 30. Juni 2018. Diesen Zeitraum verstehen wir als die „Kernlaufzeit“ des Modellprojekts biko.

biko deutlich über dem Bundesdurchschnitt von derzeit rund 16 % (BiB 2019, S. 11). Ungefähr die Hälfte der Klientinnen waren arbeitssuchende, Hausfrauen und in Elternzeit befindliche Frauen. Etwa 20 % der Klientinnen befanden sich in einer Ausbildung, besuchten eine Schule oder absolvierten ein Studium. Ungefähr jede zehnte Frau war berufstätig. Der Anteil von Frauen mit Lernschwierigkeiten, die eine gesetzliche Betreuung erhalten, betrug 7 % (n = 204).

Diese Ergebnisse zeigen an, dass ein Bedarf an kostenfreier Verhütung und Verhütungsmittelberatung nicht allein bei jüngeren Frauen liegt, die sich in der Ausbildungsphase befinden oder solchen die Transferleistungen beziehen. Vielmehr könnte, so hat das Modellprojekt gezeigt, eine große Bandbreite an Frauen von einer bundeseinheitlichen Lösung für kostenfreie Verhütung und Verhütungsmittelberatung profitieren. Darunter befinden sich auch solche, die trotz Berufstätigkeit nur über ein geringes Einkommen verfügen.

8.2 INANSPRUCHNAHME DER KOSTENÜBERNAHME

Innerhalb der vier Kernquartale wurden 6.104 Kostenübernahmen angefragt und führten in diesem Zeitraum zu 4.480 Kostenübernahmen. Dabei waren die Pille, die Hormonspirale und die Kupferspirale die am häufigsten nachgefragten Verhütungsmittel. Welches Verhütungsmittel nachgefragt wurde, hing u.a. mit der Lebenssituation der Frauen zusammen. So wählten Frauen, die angaben, in einer Partnerschaft zu leben und Kinder zu haben, und Frauen, die angaben, sich noch in Ausbildung bzw. Studium zu befinden, häufiger als Frauen in anderen Lebenssituationen die Hormon- oder Kupferspirale. Das Modellprojekt biko ermöglichte es den Frauen, durch die Kostenübernahme eine selbstbestimmte Entscheidung zu treffen. Die Hälfte der hierzu in qualitativen Interviews befragten Frauen erklärte, sie würde ohne die Finanzierung des von ihnen nachgefragten Verhütungsmittels nicht oder mit einer deutlich unsicheren Methode verhüten.

8.3 ERPROBTE GUTE PRAXIS

8.3.1 Mit welchen Schwerpunkten wurden die Information und Beratung zu Verhütung umgesetzt?

Innerhalb der Kernquartale wurden insgesamt 4.751 Beratungsgespräche geführt. In den persönlichen Beratungsgesprächen erfolgten die Klärung der Anspruchsberechtigung, die Antragstellung und i.d.R. die Zusage für die Kostenübernahme. Wenn es gewünscht war, wurden den Klientinnen Informationen zu Verhütung und Verhütungsmitteln gegeben bzw. wurden sie dazu beraten.

Die Beratungen konzentrierten sich thematisch auf verschreibungspflichtige Verhütungsmittel (68 % der Klientinnen erhielten Informationen dazu) und auf deren gesundheitliche Verträglichkeit (58 % der Klientinnen wurden dazu beraten). Die Information und Beratung zu Verhütung im Rahmen des Modellprojekts wurde als freiwilliges und ergänzendes Angebot zur ärztlichen Beratung verstanden, die diese nicht ersetzen kann. Die ärztliche Beratung hat den Schwerpunkt der gesundheitlichen Verträglichkeit von Verhütungsmitteln und erfolgt im Kontext einer gynäkologischen Untersuchung, beinhaltet jedoch nicht die

Aufgabe einer umfassenden Information und Beratung zu Verhütung, wie sie im Rahmen des Modellprojekts biko umgesetzt wurde. Die Ergebnisse des Monitorings und der Interviews mit Beraterinnen und Klientinnen deuten darauf hin, dass ein Bedarf an Information und Beratung zu Verhütungsmitteln besteht, der über die ärztliche Beratung zu Verhütung hinausgeht und von der Mehrheit der befragten Ärzt/-innen und Apotheker/-innen bestätigt wird. Zwar gibt es eine ärztliche Verhütungsberatung, diese kann aber aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen und Abrechnungsmöglichkeiten nicht so umfangreich sein, wie die Frauen es sich wünschen.

In den Beratungen wurden auch Themen jenseits von Verhütung angesprochen; die häufigsten Themen betrafen Sozialrecht, Familienplanung, Sexualität, Kinderwunsch, Partnerschaft, Kinderbetreuung und psychische Erkrankungen. Hierzu wurde teils auch an andere Berater/-innen innerhalb der pro familia Beratungsstelle oder an andere Beratungsstellen verwiesen.

Durch das Angebot der Kostenübernahme und Beratung wurde ein niedrigschwelliger Zugang zu Beratungsmöglichkeiten geboten. Dies diente gewissermaßen als „Türöffner“ für einige Frauen, die von sich aus keine Beratungsstelle aufsuchen würden, um persönliche Probleme anzugehen, oder die bisher möglicherweise keine guten Erfahrungen mit Beratungen gemacht haben.

8.3.2 Wie konnten die guten Kooperationen mit Arztpraxen und Apotheken gelingen?

Die Zusammenarbeit mit Arztpraxen und Apotheken konzentrierte sich auf das Kostenübernahmeverfahren, d.h., die Kostenübernahmen erfolgten auf der Basis von Kostenvoranschlägen bzw. Rechnungen der Arztpraxen bzw. Apotheken und wurden zwischen diesen und den pro familia Beratungsstellen abgerechnet. Darüber hinaus wiesen Arztpraxen und Apotheken anspruchsberechtigte Frauen auf das Angebot hin. Zu Projektbeginn informierten die Projektmitarbeiterinnen an allen Standorten gynäkologische Arztpraxen und Apotheken schriftlich und in persönlichen Gesprächen über die Anliegen des Projekts und über das Verfahren der Kostenübernahme, um sie für eine Zusammenarbeit zu gewinnen. Der Zugang zu Arztpraxen und Apotheken konnte an einigen Standorten durch Schlüsselpersonen weiter verbessert werden, die zum Befragungszeitpunkt in relevanten Zusammenschlüssen und Gremien aktiv waren, dadurch eine Vielzahl an Arztpraxen und Apotheken erreichen konnten und sich für eine Zusammenarbeit mit der jeweiligen pro familia Beratungsstelle aussprachen.

Die überwiegende Mehrheit der Arztpraxen und Apotheken bewertete das Angebot der Kostenübernahme, Information und Beratung positiv. Sie sahen das Informations- und Beratungsangebot als eine sinnvolle Ergänzung zur eigenen Beratungstätigkeit und wiesen ihre Patientinnen bzw. Kundinnen explizit auf das Modellprojekt biko hin. Mehr als ein Drittel der Klientinnen kam auf Empfehlung ihrer behandelnden Ärzt/-innen in die Beratungsstellen.

Eine bei einigen wenigen Ärzt/-innen und Apotheker/-innen anfänglich vorhandene Skepsis bzw. von ihnen geäußerte Vorurteile gegenüber anspruchsberechtigten Frauen konnten durch die persönlichen Gespräche abgebaut werden, in denen die Beraterinnen auf

die besonderen Lebenssituationen anspruchsberechtigter Frauen aufmerksam machten. Die Abwicklung der Kostenübernahme bewerteten die meisten Arztpraxen und Apotheken als unkompliziert. Lediglich dort, wo die Abrechnung aller Leistungen der Arztpraxis bzw. Apotheke durch einen Dienstleister übernommen wurde, kam es teilweise zu Herausforderungen.

8.3.3 Welche Zugangsbarrieren bestanden im Modellprojekt und welche Strategien zu deren Überwindung wurden entwickelt?

Der Zugang zum Angebot der Kostenübernahme, Information und Beratung wurde durch unterschiedliche Barrieren eingeschränkt oder zumindest erschwert. Solche Barrieren können strukturell begründet sein oder aus der individuellen Verfasstheit der anspruchsberechtigten Frauen resultieren.

Zu den strukturellen Barrieren gehören beispielsweise lange Wege, Kosten der Anreise oder die Organisation einer Kinderbetreuung. Diese fielen während der Projektlaufzeit umso mehr ins Gewicht, als die Frauen die Beratungsstelle für jede Kostenübernahme aufsuchen mussten – unabhängig davon, ob sie eine Beratung wünschten oder nicht. Um diese Barrieren zu minimieren, wurden in der Projektpraxis verschiedene Strategien erprobt, z. B. aufsuchende Beratung und die Einrichtung von Außenstellen. Beide Strategien waren mit einem erhöhten Zeitaufwand für die Beraterinnen verbunden. Dies galt auch für eine bedarfsorientierte Termingestaltung und die Vermeidung von Wartezeiten. Jedoch waren diesen Strategien mit einer zunehmenden Akzeptanz des Projekts und daraus resultierend steigenden Klientinnenzahlen Grenzen gesetzt.

Zu den individuellen Barrieren für Klientinnen gehören u.a. ein mangelndes inhaltliches Sprachverständnis, fehlende Deutschkenntnisse, aber auch emotionale Barrieren, wie die negative Besetzung des Leistungsbezugs. Bereits in der Projektkonzeption wurden Strategien angelegt, die auf die Überwindung der individuellen Barrieren abzielen. Neben dem Videodolmetschen waren dies Materialien in unterschiedlichen Sprachen, die unterstützend wirken. Durch gute Netzwerkarbeit und die Kooperation mit Multiplikator/-innen war es während der Projektlaufzeit möglich, Frauen in ihrer Lebenswelt anzusprechen und so den Zugang zum Projekt zu erleichtern. Auch die vom Projekt geleistete Öffentlichkeitsarbeit und die an einigen Standorten erprobten Informationsveranstaltungen in sozialen Einrichtungen trugen dazu bei, individuelle Zugangsbarrieren zu überwinden, indem sie den Frauen ein Wissen über die Verfahrensweise der Kostenübernahme, Information und Beratung vermittelten.

8.4 KOSTENSCHÄTZUNG FÜR EINE BUNDESWEITE ÜBERTRAGUNG DES MODELLPROJEKTS

Eine im Rahmen der Evaluation und wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts durchgeführte Hochrechnung kommt abschließend zu dem Ergebnis, dass bei einer hypothetischen bundesweiten Umsetzung des Modellprojekts biko jährlich ca. 101.000 Frauen eine Kostenübernahme in Anspruch nehmen und sich die Kosten auf ca. 16 Millionen Euro für Verhütungsmittel und ärztliche Leistungen belaufen würden, die auf 21 Millionen Euro steigen könnten. Hierfür wurden in einer Modellrechnung die im Projekt aufgewendeten

durchschnittlichen Kosten pro Frau und Jahr in Höhe von 156,41 Euro³⁵ unter Berücksichtigung des Ausschöpfungsgrads von 5,2 % in ein Verhältnis zu den bundesweit potenziell anspruchsberechtigten Frauen gesetzt. Aufgrund der nicht hinreichend ausdifferenzierten Datenlage konnten in dieser Rechnung nur ein Teil der anspruchsberechtigten Frauen berücksichtigt werden. Deshalb ist davon auszugehen, dass die Kosten für Verhütungsmittel und ärztliche Leistungen um bis zu 30 % ansteigen könnten. Eine Einschränkung dieser Prognose liegt in den Besonderheiten des Projektes begründet: Die Hochrechnung basiert auf den Erfahrungen in einem Kombinationsmodell von Beratung und Kostenübernahme, welche zudem durch die Besonderheiten der einzelnen Standorte beeinflusst wird.

³⁵ In diesem Betrag sind die Kosten für Verhütungsmittel und die Kosten der zur Anwendung notwendigen ärztlichen Leistungen enthalten. Nicht enthalten sind Kosten für Beratung und Antragsstellung (Personalkosten, Infrastrukturkosten der Beratungsstellen etc.).

III. SCHLUSS

KRISTINA NOTTBOHM, ALEXANDRA OMMERT (PRO FAMILIA)

Das Modellprojekt biko zeigte, dass die Kostenübernahme für Verhütungsmittel für viele Nutzerinnen ein dringend benötigtes Angebot war. Die Nachfrage war mit insgesamt 4.480 Kostenübernahmen in den vier Kernquartalen hoch und verdeutlicht, dass viele Frauen auf Unterstützung bei der Finanzierung von Verhütungsmitteln angewiesen sind. Dies zeigte sich auch daran, dass das Budget für Verhütungsmittel wegen der großen Nachfrage mehrfach aufgestockt werden musste und die Standorte bei der Terminvergabe mehr als ausgelastet waren. Eindrücklich veranschaulichen die Stimmen der Frauen, die im Bericht der Evaluation zu Wort kommen, was es bedeutet, wenn aufgrund von fehlendem Geld auf die Verhütung der Wahl verzichtet werden muss. Die Beraterinnen vor Ort waren mit Berichten von Frauen konfrontiert, die sich bspw. zwischen dem Schulranzen für ihr Kind oder für die eigene Verhütung entscheiden mussten. Andere Frauen berichteten über Sparstrategien, dass sie bspw. begannen die Pille zu ‚strecken‘, also mit Pausen einzunehmen, damit sie länger hält. Dies hat Konsequenzen für die Verhütungssicherheit und die Gesundheit der Frauen. Die Ergebnisse des Modellprojekts wie auch die Sonderauswertung der frauen leben 3-Studie zeigen, dass Frauen mit wenig Geld – auch wenn ihnen Verhütung sehr wichtig ist – nicht oder weniger sicher verhüten (vgl. Helfferich et. al. 2019).

Trotz dieses dringenden Bedarfs gibt es immer noch keinen allgemeinen Rechtsanspruch auf eine Kostenübernahme für Verhütungsmittel (die Ausnahme sind Frauen bis zum 22. Geburtstag, § 24a SGB V). Nur selten können Menschen mit wenig Geld auf freiwillige Leistungen durch Kommunen zurückgreifen. Es hängt vom Wohnort ab, ob ein Zugang zu einem Verhütungsmittel-Fonds besteht („Postleitzahlen-Lotterie“). Auch im Modellprojekt mussten Frauen abgelehnt werden, weil sie nicht im Einzugsgebiet wohnten (vgl. Datenreport Tabelle 23). Die Hälfte aller Ablehnungen im ersten Kontakt mit der Beratungsstelle musste aufgrund des Wohnortes erfolgen. Der Bedarf an Verhütung hört jedoch nicht an Ortsgrenzen auf.

2017 wurde Deutschland für diese Situation kritisiert: Der UN-Ausschuss zur Beseitigung der Diskriminierung der Frau, der die Umsetzung der UN-Frauenrechtskonvention („CEDAW“) in Deutschland begleitet, monierte die ungleiche Situation – für Frauen in Armut und Menschen in ländlichen Gebieten – im Zugang zu Verhütung von Frauen mit wenig Geld in den Bundesländern. Deutschland hat sich mit der UN-Frauenrechtskonvention zum gleichen Recht „auf freie und verantwortungsbewusste Entscheidung über Anzahl und Altersunterschied ihrer Kinder sowie auf Zugang zu den zur Ausübung dieser Rechte erforderlichen Informationen, Bildungseinrichtungen und Mitteln“ (CEDAW, Art. 16, Abs. e) bekannt. Der Ausschuss empfiehlt der Bundesregierung daher zu gewährleisten, „dass moderne Verhütungsmittel überall im Staatsgebiet für alle Frauen und Mädchen zugänglich, finanzierbar und verfügbar sind, insbesondere für diejenigen, die in Armut und/oder in abgelegenen [i.e. ländlichen] Gebieten leben“ (CEDAW/C/DEU/CO/7-8), S. 16).

9 SCHLUSSFOLGERUNGEN UND HANDLUNGSBEDARFE AUS DEM MODELLPROJEKT BIKO

Im Folgenden werden Schlussfolgerungen, daraus folgende Handlungsempfehlungen und weitergehende Bedarfe dargestellt.

9.1 BEDARF FÜR HETEROGENE NUTZERINNEN-GRUPPEN FESTGESTELLT

Schlussfolgerungen

Im Modellprojekt konnte eine große Bandbreite von Frauen erreicht werden. Frauen im Sozialleistungsbezug haben das biko-Angebot am meisten genutzt. Das lässt den Schluss zu, dass der Satz für Gesundheitspflege bei ALG II für die Finanzierung einer sicheren, gesundheitlich verträglichen und individuellen Verhütungsmethode aktuell nicht ausreicht. Besonders auffallend ist, dass nicht nur Bezieherinnen von Sozialleistungen (wie beispielsweise ALG II (53%) oder BAföG (10%)) auf eine Kostenübernahme angewiesen waren. 13% der Nutzerinnen waren aufgrund eines geringen Einkommens anspruchsberechtigt. Dies waren Frauen, die keine Sozialleistungen erhalten und ein (geringes) Einkommen durch eine Berufstätigkeit haben. Diese Frauen stellen die zweitgrößte Gruppe im Modellprojekt dar (vgl. Kapitel 4).

Die Ergebnisse im Modellprojekt biko zeigen, dass es über die gesamte reproduktive Lebensphase von Frauen einen Bedarf an Kostenübernahme von Verhütungsmitteln gibt. Nicht nur junge Frauen, die sich in einer Ausbildung befinden, haben aufgrund ihrer wirtschaftlichen Lage Schwierigkeiten, sicher zu verhüten. Etwa ein Drittel der Nutzerinnen des biko-Angebots war über 30 Jahre alt, also in einer Lebensphase, in der die Ausbildung in der Regel abgeschlossen ist (vgl. Kapitel 4.2).

Etwa 60% der Nutzerinnen hatten bereits ein Kind oder mehrere Kinder (vgl. ebd.). Das bedeutet, Frauen bzw. Familien in der Familienplanungsphase nehmen das Kostenübernahmeangebot verstärkt in Anspruch. Der Bedarf an Verhütung ist somit mehrheitlich bei Familien gegeben, also dort, wo bereits Kinder leben.

Im Modellprojekt biko gaben 63% der Klientinnen an, in einer festen Partnerschaft zu leben. Über die Hälfte der Frauen hatte bereits ein oder mehrere Kinder (vgl. Kapitel 4.2).

Handlungsempfehlungen

Der Zugang zur Kostenübernahme sollte durch eine bundeseinheitliche Lösung für Frauen im Transferleistungsbezug, BAföG-Empfängerinnen und Frauen mit vergleichbar geringem Einkommen gewährleistet werden. Für diese Gruppe konnte im Modellprojekt ein dringlicher Handlungsbedarf festgestellt werden.

Die Einkommensgrenze sollte sich am Einkommen der Frauen (und nicht am Familieneinkommen) orientieren, wie es bspw. schon jetzt mit guten Gründen bei der Kostenübernahme von Schwangerschaftsabbrüchen praktiziert wird. Dies würde eine Hürde des Einkommensrechners, wie er bei biko erprobt wurde, umgehen: Es kam etwa vor, dass das Familieneinkommen über der Grenze lag, aber der Partner nicht bereit war, sich an den Kosten für Verhütung zu beteiligen. Für diese Frauen konnte biko keinen Zugang zum Angebot schaffen. Daher sollte für den Zugang zur Kostenübernahme das individuelle Einkommen ausschlaggebend sein. Ein weiterer Grund dafür ist das Recht von Frauen, die in der Mehrheit für Verhütung sorgen, sie anwenden und bezahlen, selbstbestimmt, auf Wunsch vertraulich und unabhängig vom Sexualpartner, entscheiden zu können.

Für alle Altersgruppen im reproduktiven Alter besteht ein Bedarf an Kostenübernahme. Die Ergebnisse zeigen, dass eine Altersbeschränkung auf junge Frauen bis zum 22. Lebensjahr, wie sie aktuell im § 24a SGB V existiert, nicht sinnvoll ist.

9.2 NACHFRAGE NACH VERSCHIEDENEN VERHÜTUNGSMITTELN

Schlussfolgerungen

Die im Modellprojekt erprobte Kostenübernahme war auf verschreibungspflichtige Verhütungsmittel begrenzt. Aufgrund dieser Rahmenbedingungen richtete sich das biko-Angebot ausschließlich an Frauen. Meistens sind es schließlich Frauen, die Verhütungsmittel anwenden und teilweise mit Neben- und Wechselwirkungen konfrontiert sind. Die Erfahrungen in biko zeigen, dass es eine hohe Nachfrage nach Langzeitverhütungsmethoden gab. So entschieden sich 37% der Frauen für eine Hormonspirale, 15% für eine Kupferspirale (vgl. Kapitel 5.1). Aufgrund der hohen Kosten sind bei diesen Verhütungsmitteln die Hürden besonders hoch, bezogen auf die lange Wirkungsdauer von 3 bis 5 Jahren sind diese im Ergebnis jedoch preisgünstig. Zum Beispiel muss für eine Hormonspirale mit Kosten von 250 bis 400 Euro inklusive Einlage gerechnet werden (vgl. pro familia NRW 2019). Auch die Befragungen im Rahmen der Studie frauen leben 3 (Phase 3 / 2018) zeigen, dass weniger Frauen mit Sozialleistungsbezug die Spirale verwenden als Frauen in guter finanzieller Lage. (vgl. Helfferich et. al. 2019). Dieselbe Befragung hat gezeigt, dass die Hälfte der befragten Sozialleistungsbezieherinnen mit ihrer Verhütungslösung unzufrieden sind und ihr Verhütungsverhalten ändern würden, wenn diese kostenfrei wären (dies beinhaltet sowohl die Verwendung von Verhütung, aber auch den Wechsel von Kondom zur Pille sowie den Wechsel von Pille zur Spirale, vgl. ebd.). Daher kann die Kostenübernahme dazu beitragen, dass Frauen mit dem selbstgewählten Verhütungsmittel verhüten können und nicht ausweichen müssen.

Die Erfahrungen in biko zeigen, dass die individuellen Anforderungen an das Verhütungsmittel sehr vielfältig sind. Eine Beschränkung auf einzelne Methoden reicht daher nicht aus. Mehr als ein Drittel (38%) aller Kostenübernahmen in den ausgewerteten vier Kernquartalen wurden für die Pille ausgestellt. Auch die Depotspritze kann ein Verhütungsmittel der Wahl sein, wenn bspw. Frauen nicht regelmäßig an Einnahme und Anwendung denken, aber nicht über mehrere Jahre verhüten möchten. Sie wurde von 9% der Frauen gewählt. Ebenso wurden das Verhütungspflaster oder der Vaginalring nachgefragt, wenn auch selten.

Die Nachverhütung Pille danach wurde vergleichsweise wenig nachgefragt. Mit nur insgesamt sechs Mal liegt sie rechnerisch bei 0%. Es ist zu vermuten, dass für die Pille danach, die zeitnah nach dem Geschlechtsverkehr eingenommen werden muss, das Verfahren der Kostenübernahme mit den mehrfachen Wegen und ggfs. Wartezeiten zwischen Arztpraxis, Beratungsstelle und Apotheke zu aufwändig und nicht alltagskompatibel ist.

Im Rahmen des Modellprojektes gibt es darüber hinaus qualitative Hinweise auf den Bedarf von Kostenübernahmen von nicht-verschreibungspflichtigen Verhütungsmethoden. 11% aller Ablehnungen einer Kostenübernahme ist darauf zurückzuführen, dass ein Verhütungsmittel nachgefragt wurde, das nicht im biko-Leistungskatalog enthalten war.

Handlungsempfehlungen

Menschen haben das Recht, ihre Entscheidung für oder gegen ein Verhütungsmittel selbstbestimmt und ohne Zwang treffen zu können. Die Selbstbestimmung hat positive Auswirkungen auf eine sichere Anwendung des Mittels der Wahl. Verhütung muss darüber hinaus wirksam, sicher, gesundheitlich verträglich sein und zur individuellen Lebenssituation von Menschen passen. Die für alle gleichermaßen ideale Verhütungsmethode gibt es nicht, denn Anforderungen an Verhütungsmethoden verändern sich im Lebenslauf und sind individuell. Die Wahl des passenden Verhütungsmittels kann gesundheitliche, berufliche, sexuelle, partnerschaftliche und familiäre Gründe haben. Ob die Familienplanung noch nicht begonnen oder bereits abgeschlossen wurde, ein Kinderwunsch in naher oder ferner Zukunft besteht, ein oder mehrere Sexualpartner existieren, häufig oder selten Geschlechtsverkehr stattfindet – all diese Lebenssituationen und Aspekte fließen neben medizinischen Faktoren in die Entscheidungsfindung mit ein.

Um die Wahlfreiheit sicherzustellen, sollte im Wege einer bundeseinheitlichen Lösung Zugang zu allen verschreibungspflichtigen Verhütungsmitteln und die dafür notwendigen ärztlichen Leistungen ermöglicht werden. Dazu gehören die Pille, Vaginalring, Verhütungspflaster, Depotspritze, Hormon- und Kupferspiralen und Hormonimplantate sowie die verschreibungsfähige Pille danach. Da verschreibungspflichtige Verhütungsmittel den größten Teil der angewendeten Verhütungsmittel ausmachen und im Vergleich besonders kostenintensiv sind, ist eine Kostenübernahmeregelung für diese Verhütungsmittel als besonders dringlich zu bewerten. Vor allem aufgrund der hohen einmaligen Kosten für Langzeitverhütungsmittel sollten Frauen nicht in Vorleistung treten müssen. Um die finanziellen Barrieren im Zugang zu Nachverhütung abzubauen, bedarf es eines schnellen und unkomplizierten Verfahrens, das nicht wieder die Hürden der früheren Rezeptpflicht einführt.

9.3 IDENTIFIZIERTE BARRIEREN

Schlussfolgerungen

Für das Kostenübernahmeverfahren über Schwangerschaftsberatungsstellen wurden folgende Zugangsbarrieren identifiziert (vgl. Kapitel 6.3): Anfahrtswege, Fahrtkosten, Terminvereinbarungen, Wartezeiten, wiederholtes Erscheinen in der Beratungsstelle, und die

nicht zu unterschätzende und wirkmächtige Barriere, die durch eine als stigmatisierend wahrgenommene Sichtbarkeit von Bedürftigkeit besteht und die in direktem Zusammenhang mit gesellschaftlichen Stigmata von Armut steht.

Bereits bei der Terminvergabe tauchten Hürden auf: Es entstanden Wartezeiten für die Kostenübernahme, zur Hochphase des Modellprojektes bis zu mehreren Monaten. Die zu vergebenden Termine waren durch die personellen Ressourcen, aber auch durch die zur Verfügung stehenden Räumlichkeiten für eine vertrauliche Beratung begrenzt. Beraterinnen berichteten, dass dies teilweise zu einer Unterbrechung der regelmäßigen Anwendung eines Verhütungsmittels und zu Versorgungslücken bei Frauen führen konnte.

Zudem erforderte das Verfahren der Kostenübernahme über die Schwangerschaftsberatungsstellen, dass die Klientinnen wiederholt persönlich erscheinen mussten, um ihre Anspruchsberechtigung nachzuweisen. Bei der Einnahme der Pille mussten Frauen bis zu vier Mal im Jahr in der Beratungsstelle vorstellig werden. Ein Beispiel: Eine Pillen-Nutzerin musste mit ihrem Dreimonats-Rezept vier Mal in einem Jahr – 10 Mal in der 30-monatigen Standort-Laufzeit – eine Beratungsstelle zur Beantragung einer Kostenübernahme aufsuchen, um regelmäßig zu verhüten. Die Anfahrt bedeutete nicht nur zeitlichen Aufwand (durchschnittlich 20 Minuten) und ggfs. die Organisation von Kinderbetreuung. Es entstanden auch neue Kosten. Die durchschnittlichen Kosten pro Anfahrt liegen zwischen ca. 3,73 Euro bis 5,15 Euro. An manchen Standorten, insbesondere in ländlichen Räumen, hatten einzelne Klientinnen jedoch auch Kosten von über 10 Euro zu tragen (vgl. Kapitel 6.3.2). Beraterinnen berichten davon, dass dieser zeitliche und finanzielle Aufwand potenzielle Nutzerinnen abhalten kann. Die Kosten für einen Monat ‚Pille‘ können je nach Produkt und Anfahrtsweg gleichhoch sein; die Klientinnen wägen dementsprechend ab.

Etwa jede zwanzigste Frau, die statistisch anspruchsberechtigt gewesen wäre, hat biko tatsächlich in Anspruch genommen.³⁶ Bei dieser Nachfrage waren die Mitarbeiterinnen der Projektstandorte (pro Standort eine Vollzeit-Beraterin und eine Teilzeit-Verwaltungskraft) bereits ausgelastet. Es ist davon auszugehen, dass aufgrund der Rahmenbedingungen des Projektes die Inanspruchnahme der Kostenübernahmen begrenzt wurde. Darüber hinaus wäre ein deutlich höherer Ausschöpfungsgrad mit den zur Verfügung stehenden personellen Ressourcen kaum zu bewältigen gewesen. Auch dies bedeutet eine strukturelle Barriere im Zugang zum Angebot.

Im Modellprojekt biko wurde der Nachweis einer Anspruchsberechtigung von den Klientinnen im Zusammenhang mit Themen wie Verhütung, Sexualität und Partnerschaft oft als besonders beschämend und stigmatisierend empfunden (vgl. Kapitel 6.3.3). Auch wenn das Verfahren ermöglichte, dass Frauen nicht in Vorleistung treten mussten, so barg es doch durch das Vorzeigen der Kostenzusage in Apotheken und der Arztpraxis Barrieren für die Frauen, die eine Stigmatisierung fürchteten. Ein Interviewausschnitt einer Klientin verdeutlicht dies: „Für mich als jemand, der arbeitet, der Wert darauf legt, dass es zu Hause sauber ist, dass es mit dem Kind alles gut klappt, dass er seine sozialen Kontakte hat, sein soziales Umfeld, genauso wie ich das weiter habe als Frau und als Mama, war das ganz schwer, dahin zu gehen, einen Zettel abzugeben, der für mich auch einen Stempel bedeutet hat in diesem Augenblick, und nicht erklären zu können und zu dürfen, dass ich nicht

³⁶ Die Berechnung des Ausschöpfungsgrades finden Sie ausführlich in Kapitel 8.4.

eine von denen bin, die das vielleicht sonst abgeben. Das ist, wie wenn ich meinen Kontoauszug da hingelegt hätte. Also, das war nicht schön.“ (Int. 40)

Im Vorfeld des Projektes wurden geringe Deutschkenntnisse und besondere Bedarfe aufgrund von Beeinträchtigungen als mögliche Barrieren angenommen. Die im Modellprojekt erprobte Methode des Videodolmetschens sowie die Übersetzungen der Informationsmaterialien in mehrere Sprachen und in Leichte Sprache waren wichtige Elemente, um Menschen mit wenig Deutschkenntnissen und Beeinträchtigungen zu erreichen und sie wurden gut angenommen.

Handlungsempfehlungen

Bei einer bundeseinheitlichen Lösung sollte das Verfahren der Kostenübernahme für Nutzerinnen niedrigschwellig, unbürokratisch und stigmatisierungsfrei sein und die im Modellprojekt identifizierten Barrieren vermieden werden.

Da die Bedürftigkeitsprüfung die Inanspruchnahme des Angebots verhindern und ein gesellschaftliches Stigma von Armut verstärken kann, ist sie mit Blick auf den erforderlichen niedrigschwelligen Zugang kritisch zu betrachten. Daher sollte sie auch im Hinblick auf die Umsetzung einer bundeseinheitlichen Lösung kritisch betrachtet werden. Die folgenden Beispiele und Stellungnahmen von Fachgesellschaften bestätigen die Erfahrungen im Modellprojekt, dass eine Bedürftigkeitsprüfung eine Barriere im Zugang zu Angeboten sein kann: Der Berufsverband der Frauenärzte e. V. (BVF) und die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG) haben anlässlich der öffentlichen Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 07. November 2018 in einer gemeinsamen Stellungnahme die Verknüpfung von Sozialleistungen mit einer kostenlosen Abgabe von verschreibungspflichtigen Verhütungsmitteln kritisiert und die Nachweispflicht der Bedürftigkeit als beschämend bezeichnet (German Board and College of Obstetrics and Gynecology, 2018). Das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung hat im Rahmen einer empirischen Untersuchung festgestellt, dass die Angst vor Stigmatisierung Menschen davon abhält, eine Transferleistung zu beantragen und dass dies ein Grund für niedrige Inanspruchnahme-Raten ist (DIW Wochenbericht 26/2019).

Außerdem sollte die Hürde der „Wege in die Beratungsstelle“ (Wartezeiten für Termine, Fahrtzeiten und -kosten) bei einer bundesrechtlichen Lösung berücksichtigt werden.

9.4 BEDARF FÜR RECHTEBASIERTE VERHÜTUNGSBERATUNG

Schlussfolgerungen

Das Modellprojekt biko bestand aus zwei wichtigen Elementen: Das Verfahren zur Kostenübernahme und einem zusätzlichem freiwilligen Beratungs- und Informationsangebot, das von mehr als zwei Drittel der Frauen, die eine Kostenübernahme erhielten, angenommen wurde.

Es wurde festgestellt, dass es nicht nur finanzielle Hürden im Zugang zu selbstbestimmter Familienplanung gibt. Fachlich fundierte, leicht verständliche und nicht-interessengeleitete Informationen wie rechtbasierte Beratungsangebote stellen ebenfalls wichtige Voraussetzungen für informierte Entscheidungen und Wahlfreiheit dar. Die Beratung war ein freiwilliges und zusätzliches Angebot zur Kostenübernahme. Beratung bei biko konnte verschiedene bedeuten: Es konnte z. B. eine kurze Nachfrage zum Einnahmeschema der Pille bedeuten oder ein Gespräch über das Ausbleiben der Periode bei der Hormonspirale, aber es konnte auch ein ausführliches, einstündiges Beratungsgespräch zu Verhütungsentscheidungen im Zusammenhang mit Sexualität, Partnerschaft, Erkrankungen oder sozialrechtlichen Fragen sein. Die häufigsten Themen in den Beratungsgesprächen waren Fragen zu verschreibungspflichtigen Verhütungsmitteln (68% der Klientinnen) und deren gesundheitlicher Verträglichkeit (58% der Klientinnen). Damit standen die medizinischen Themen, wie z. B. Wirkungsweise und Wechsel- und Nebenwirkungen der Verhütungsmittel sowie der Überblick über die aktuell verfügbaren Methoden der Verhütungsmittel im Vordergrund. Die soziale Situation der Frauen kam ebenfalls zum Ausdruck, 14% der Klientinnen hatten Fragen zum Bereich Sozialrecht. Bei Bedarf wurde an Fachberatungsstellen weiterverwiesen (vgl. Datenreport Tabelle 33).

In der Beratung von Frauen mit besonderen Unterstützungsbedarfen zeigte sich, dass mehr Zeit für die Beratung und darüber hinaus auch besondere Kompetenzen der Beraterinnen wichtig waren, wie bspw. Wissen über Sozialrecht oder Asylverfahren, Zugang zu Hilfsmaterialien wie Übersetzungstools (Videodolmetschen, zanzu.de o. ä.), Anschauungsmaterialien wie im Verhütungsmittelkoffer oder Broschüren in Leichter Sprache. Oft waren komplexe Beratungsthemen zu bewältigen, die lebensweltliche Aspekte, Fragen zu Sexualität und Partnerschaft, Verweisstrukturen für spezifische Beratungsanliegen, Beratung im Kontext von besonderen Notlagen wie bspw. fehlende Krankenversicherung oder Aufenthaltspapiere und Beratung im Setting mit Dolmetscher/-innen beinhalten konnten.³⁷

Insbesondere für Frauen mit Lernschwierigkeiten wurde Beratung möglichst leicht verständlich und unter zur Hilfenahme von Anschauungsmaterialien durchgeführt. Das basale Verständnis von Körperwissen und der Vorgänge bei Verhütung ist eine Voraussetzung für selbstbestimmte Entscheidungen. In der Beratung waren ebenfalls die besonderen Rahmenbedingungen für Frauen zu berücksichtigen, die in Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen lebten. Nicht selten ist Verhütung Voraussetzung für die Aufnahme in Einrichtungen und somit keine wirklich offene Frage für betroffene Frauen mehr. Sie müssen dann für Verhütung sorgen, auch wenn sie vielleicht gar nicht heterosexuell sexuell aktiv sind. Im Rahmen von biko konnte festgestellt werden, dass Frauen mit gesetzlicher Betreuung ab 35 Jahre deutlich häufiger die Depotspritze erhalten als Frauen ab 35 ohne gesetzliche Betreuung (25% zu 4% Prozent). Die Beratung der Frauen und ggfs. auch Gespräche mit Betreuungspersonen erforderte besondere beraterische Kompetenzen und Wissen.

Das Videodolmetschen hat sich als gutes Instrument erwiesen, um auch Menschen mit wenig Deutschkenntnissen beraten zu können, denn das Videodolmetschen „macht es

³⁷ Siehe auch die pro familia Publikationen (2019c/d) ‚Aktuelle Aspekte und Essentials einer rechtbasierten Verhütungsberatung‘ sowie ‚Zusammenarbeit mit Sprachmittler*innen in der psychosozialen Beratung‘

[das Gespräch] zu einem ganz normalen Beratungsgespräch“ (Int. 19). Das Training der Beraterinnen im Umgang mit dem Videodolmetschen und die Reflexion der Erfahrungen war Bestandteil der Qualifizierung der biko-Mitarbeiterinnen.³⁸

Aus den Beratungserfahrungen lässt sich eine große Spannbreite an verschiedenen und von der jeweiligen Lebenssituation abhängigen Informations- und Beratungsbedarfen identifizieren: Ein Teil der Frauen war sehr gut informiert und hatte keinen Beratungsbedarf. Sie stellten höchstens Nachfragen, die schnell beantwortet werden konnten. Für sie war der Weg in die Beratungsstelle eine zusätzliche Hürde im Zugang zum gewünschten Verhütungsmittel. Ein anderer Teil der Frauen kam mit einem hohen Beratungsbedarf, der z.T. nur ‚entdeckt‘ werden konnte, weil sie (zum teilweise wiederholten Mal) vor Ort waren und schließlich ihre Fragen thematisierten. Die Kostenübernahme hatte hier eine Türöffner-Funktion für Fragen zu Verhütungsthemen.

Etwa 6% der Beratungsgespräche fanden ohne Kostenübernahme statt. Dies ist ein Hinweis auf den Bedarf an Verhütungsberatung unabhängig von einer Kostenübernahme-Regelung.

Die zentralen Kooperationspartner im Modellprojekt – Apotheker/-innen und Gynäkolog/-innen – hielten das ergänzende Beratungsangebot mehrheitlich für sehr sinnvoll (vgl. Abschlussbericht Kapitel 6.2.5). Gynäkolog/-innen sind die wichtigsten Multiplikator/-innen des Modellprojektes gewesen; 34 % der Frauen erfuhren durch ihre Frauenärztin bzw. ihren Frauenarzt vom Angebot des Modellprojekts.

Die Erfahrung in biko zeigt, dass die Verhütungsberatung von Gynäkolog/-innen und psychosozialen Berater/-innen sich sinnvoll ergänzen und mit einer gegenseitigen Verweisstruktur die jeweiligen Kompetenzbereiche produktiv genutzt werden können. Die ärztliche Verhütungsberatung, finanziert durch Krankenkassen, ist in der Regel zeitlich eng begrenzt, erreicht aber alle Frauen, die sich ein Verhütungsmittel verschreiben lassen (vgl. Kapitel 6.1.5) möchten. Die ärztliche Beratung fokussiert dabei auf die gesundheitlichen Aspekte, Anamnese und mögliche Gegenanzeigen. Durch die strukturell knappe Finanzierung (es können für eine Beratung 7,68 Euro abgerechnet werden, vgl. ausführlich Kapitel 6.1.5) der Beratung durch die Krankenkassen sind dem Beratungsangebot der Gynäkolog/-innen auch zeitliche Grenzen gesetzt, die durch das Setting in Schwangerschaftsberatungsstellen – deren Auftrag zur Verhütungsberatung im Schwangerschaftskonfliktgesetz verankert ist – ergänzt werden können.

Handlungsempfehlungen

Es besteht ein Bedarf an ergänzender Verhütungsberatung zur ärztlichen Beratung. Frauen und Männer haben bereits den Anspruch, sich in einer Schwangerschaftsberatungsstelle zum Thema Verhütung, Familienplanung und Sexuaufklärung beraten zu lassen.³⁹ Auch die frauen leben 3 Studie zeigt auf, dass für gelingende Verhütung unter anderem auch

³⁸ Die Erfahrungen mit dem Instrument Videodolmetschen sind im Rahmen des Modellprojektes in die Publikation ‚Videodolmetschen in Beratungsstellen – eine Handreichung‘ eingeflossen (pro familia 2019e).

³⁹ Dies ist im Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG, §2) geregelt. Der Beratungsanspruch umfasst noch weitere Themen.

Wissen und Informationen notwendig sind (vgl. Helfferich et al. 2016, S. 128ff.). Eine umfassende Verhütungsberatung trägt daher dazu bei, unbeabsichtigte und ungewollte Schwangerschaften und damit Schwangerschaftskonflikte zu vermeiden.

Es konnten guten Erfahrungen in der Zusammenarbeit und dem fachlichen Austausch zur Versorgung im Bereich Verhütungsberatung zwischen Arztpraxen, Apotheken und Schwangerschaftsberatungsstellen gemacht werden. An diese Erfahrungen sollte bundesweit angeknüpft werden. Eine flächendeckende lokale Kooperation zwischen den Fachversorgern für Verhütung, Gynäkolog/-innen, Apotheker/-innen und psychosozialen Berater*innen für rechtsbasierte Verhütungsberatung käme den Frauen und Männern zu Gute, die Verhütung anwenden und entspräche der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte von Klient*innen. Sie sollte institutionell verankert und weiterentwickelt werden. Um den Bekanntheitsgrad der Verhütungsberatung zu erhöhen und den Zugang zu Informations- und Beratungsangeboten zu verbessern, sollten gegenseitige Verweisstrukturen in diesem Bereich weiter ausgebaut werden. Zusätzlich sollte nicht nur auf regionaler Ebene diese Zusammenarbeit weiterentwickelt werden. Ein Fachaustausch zwischen den Fachgesellschaften im Bereich Verhütung, bei der Erarbeitung von Standards und Leitlinien für Verhütungsberatung, würde erheblich zu einer Verbesserung der Zugänglichkeit von Verhütungsberatung beitragen.

Der Zugang zu einer professionellen Übersetzung (ob per Video oder vor Ort) sollte finanziell gefördert werden. Das Land Thüringen hat diesen Weg bereits beschritten: Dort können seit Mai 2019 Einrichtungen, die regelmäßig mit Geflüchteten arbeiten Videodolmetschen nutzen. Das Land Thüringen hat einen entsprechenden Vertrag abgeschlossen und stellt ein Budget zur Verfügung.

10 EXKURS: DISKUSSION VON RECHTLICHEN REGELUNGSMÖGLICHKEITEN UND GESUNDHEITSBEGRIFF

Aktuell besteht ein ungleicher Zugang zu Kostenübernahmen für Verhütungsmittel, eine so genannte „Postleitzahlenlotterie“, da nur wenige Kommunen selbstfinanzierte und sehr eingeschränkte Kostenübernahmeprojekte haben (vgl. Kapitel 2.1). Im Sinne des Rechts auf Familienplanung und sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte sollte eine bundeseinheitliche Lösung für den Rechtsanspruch auf Kostenübernahme von Verhütung für Frauen mit wenig Geld entwickelt werden. Der Gesetzgeber könnte dies an verschiedenen Stellen verorten. Beispielsweise könnte in den Sozialgesetzbüchern, die den Zugang zu Transferleistungen regeln, für jede einzelne Gruppe ein Anspruch formuliert werden. Bezogen auf die Nutzerinnen-Gruppen des Modellprojekts würde das Regelungen in den Gesetzbüchern SGB II, SGB XII, § 6a BKGG, BAföG, Berufsausbildungshilfen BAB, Wohn-geldG und Asylbewerberleistungsgesetz bedeuten. Damit blieben jedoch viele Nutzerinnen-Gruppen des biko Modellprojekts ausgeschlossen.

Eine Regelung könnte über Krankenkassen ermöglicht werden. Schließlich existiert bereits ein Anspruch für gesetzlich krankenversicherte Frauen unter 22 Jahren auf Kostenübernahme von verschreibungspflichtigen Verhütungsmitteln gemäß § 24a SGB V. Eine Regelung über die Krankenkassen würde darüber hinaus ein unbürokratisches, stigmatisierungsarmes Verfahren ermöglichen, die keine zusätzlichen Wege und Wartezeiten für Termine in Beratungsstellen mit sich bringen würde.

Gegen eine Regelung über die Krankenkassen wurde bereits in der Anhörung im Gesundheitsausschuss im Jahr 2018 eingewendet, dass es sich bei Verhütung um eine versicherungsfremde Leistung handeln würde. Das interne juristische Gutachten, das im Rahmen des Modellprojektes in Auftrag gegeben wurde, schlüsselt den Begriff ‚versicherungsfremd‘ in ein rechtspolitisches und verfassungsrechtliches Argument auf. Das rechtspolitische Argument, die Gewährung der Leistung sei sachfremd und zu stark über den Leistungszweck Heilung und Verhütung von Krankheit ausgeweitet, wird mit Verweis auf die Bedeutung die durch die UN-Frauenrechtskonvention anerkannte sexuelle und reproduktive Gesundheit zurückgewiesen. Empfängnisverhütung besitze eine ausreichende Nähe zur gesetzlichen Krankenversicherung, unter anderem da diese immer auch Leistungen der Gesundheitsvorsorge enthält. Das verfassungsrechtliche Argument bezieht sich hauptsächlich auf die Infragestellung der Gesetzgebungskompetenz in diesem Bereich. Hierzu wird im Gutachten erwidert, dass der Gesetzgeber die „historisch gewachsenen Zweige der Sozialversicherung“ verändern und auf aktuelle Erfordernisse reagieren kann und damit neue Leistungen integrieren darf (vgl. Wersig/Dern 2019).

Wichtig in dieser Debatte ist der zu Grunde liegende Gesundheitsbegriff. Zur Aufgabe der Krankenkassen gehört es nach § 1 SGB V „die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern sowie die Versicherten aufzuklären, zu beraten und auf eine gesunde Lebensführung hinzuwirken“ (Bundesgesundheitsministerium 2019). Eine Anhebung der Altersgrenze im § 24a SGB V wird u. a. mit der Begründung abgelehnt, dass Verhütung nicht zu den Kernaufgaben der Krankenversicherung gezählt werden kann, da es sich hierbei um versicherungsfremde Leistungen

handele. Auch wenn eine Schwangerschaft und eine Geburt keine Krankheit darstellen, so können sie doch mit gesundheitlichen Risiken verbunden sein. Ein Schwangerschaftsabbruch kann sich ebenfalls negativ auf die reproduktive Gesundheit von Frauen auswirken. Wenn Frauen aufgrund fehlender finanzieller Mittel auf weniger passende Verhütungsmittel ausweichen müssen, gehen sie ebenfalls gesundheitliche Risiken ein, die den Erhalt der Gesundheit gefährden können. Individuell passende Verhütungsmethoden tragen in diesem Sinne durchaus dazu bei, gesundheitliche Risiken zu mindern und die sexuelle und reproduktive Gesundheit von Menschen zu erhalten. Sie entsprechen daher in mehrfacher Hinsicht den oben formulierten Anforderungen an eine Gesundheitsleistung der Gesetzlichen Krankenkassen. Die Autorinnen des Zwischenberichts des internen Rechtsgutachtens kommen ebenfalls zu der Einschätzung, dass Verhütungsmittel aufgrund des Aspekts der „Gesundheitsvorsorge“ eine „ausreichende Nähe zur gesetzlichen Krankenversicherung“ aufweisen (Wersig/Dern 2019).

Dies wird umso deutlicher, wenn internationale und breiter gefasste Definitionen von reproduktiver und sexueller Gesundheit herangezogen werden: Im internationalen Völkerrecht wird reproduktive Gesundheit als „Zustand uneingeschränkter körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht lediglich die Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen in allen Lebensbereichen der Fortpflanzung“ (IPCD Aktionsprogramm 1994, S. 45; UN Fourth World Conference on Women Beijing Platform for Action 1995, S. 34) verstanden. Auch laut WHO-Definition ist Gesundheit mehr als die Abwesenheit von Krankheit, sondern umfasst auch das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden von Menschen. Gemäß diesem modernen Gesundheitsverständnis zählt die WHO Verhütungsmittel zu den „unentbehrlichen Arzneimitteln“. Laut WHO sind sexuelle und reproduktive Gesundheit untrennbar mit Gesundheit insgesamt, mit Wohlbefinden und Lebensqualität verbunden.

Die Entscheidung für das individuell passende Verhütungsmittel ist eine Frage der gesundheitlichen Voraussetzungen, der Verträglichkeit, möglicher Nebenwirkungen und der aktuellen Lebensphase, insbesondere für Frauen⁴⁰. Wenn aber die Kosten im Vordergrund der Verhütungsentscheidung stehen, dann birgt dies gesundheitliche Risiken und Frauen gehen häufiger ein Risiko einer ungewollten Schwangerschaft ein (vgl. Helfferich et. al. 2019).

Dass der Gesetzgeber den Gesundheitsbegriff bereits umfassender diskutiert, wenn es um reproduktive Gesundheit geht, zeigen die folgenden aktuellen Debatten: Derzeit wird die Kostenübernahme der Nicht-invasiven Pränataltests (Nipt) durch Krankenkassen diskutiert und eine Regelung für das Jahr 2020 erwartet. Eine Begründung für die Kostenübernahme lautet, dass Paare mit wenig Geld nicht in der Entscheidung für oder gegen einen schonenderen Test benachteiligt werden dürfen (vgl. Stellungnahme des pro familia Bundesverbands 2019a). Ebenso wird die Kryokonservierung – eine Fruchtbarkeitserhaltende Maßnahme für junge Krebspatientinnen – in diesem Jahr zur Kassenleistung (vgl. Frauenarzt 6/2019, S. 350). Krankenkassenleistungen verzichten auf eine stigmatisierende Bedürftigkeitsprüfung, denn Gesundheitsleistungen sind allen Versicherten gleichermaßen

⁴⁰ Dies bestätigt sich in den Ergebnissen des Modellprojektes anhand der häufigsten Beratungsthemen: In 58 % aller Gespräche wurde die gesundheitliche Verträglichkeit von Nutzerinnen angesprochen (vgl. Kap. 6.1.3.).

zugänglich, eine Umverteilung erfolgt über die individuelle Beitragsbemessung der Versicherten (vgl. Wersig/Dern 2019). Eine Kostenübernahme von Verhütung über die Krankenkassen anzubieten, wird auch von weiteren Akteuren diskutiert, bspw. empfiehlt auch der Deutsche Frauenrat, dass alle Frauen und ohne Altersbegrenzung Verhütungsmittel als Kassenleistung erstattet bekommen sollten (Deutscher Frauenrat 2019).

Einzelne europäische Länder geben Hinweise, wie Verhütung als Aufgabe des öffentlichen Gesundheitswesens umgesetzt werden kann, auch wenn die Gesundheitssysteme nicht immer vergleichbar sind.⁴¹ In England werden seit 1974 Verhütungsmittel über den National Health Service kostenfrei abgegeben. Zum Angebot der Sexual Health Clinics gehört Beratung zu Verhütung und zu sexuell übertragbaren Infektionen inklusive HIV/Aids (vgl. Reuter 2017). In Frankreich erstatten die staatlichen Krankenkassen den größten Teil der Kosten von Verhütungsmitteln. Es existieren darüber hinaus Zusatzversicherungen (vgl. IPPF 2015). Auch Kondome gibt es seit Dezember 2018 in Frankreich als Krankenkassenleistung – wenn ein Rezept vom Hausarzt oder einer Hebamme vorliegt (vgl. Ärzteblatt v. 27.11.2018).⁴²

⁴¹ Einen Überblick über die Situation in Europa gibt der Contraception Atlas (2018), der vom European Parliamentary Forum for Sexual & Reproductive Rights herausgegeben wird.

⁴² Die Rezeptausstellung von nicht verschreibungspflichtigen Verhütungsmitteln, um eine Kostenübernahme durch Krankenkassen zu ermöglichen, wird in Deutschland ebenfalls bei der Kostenübernahme der Pille danach für Frauen unter 22 Jahre praktiziert. Dies wäre somit ein denkbarer Weg, um die Kostenübernahme von nicht-verschreibungspflichtigen Verhütungsmitteln in einem zweiten Schritt über die Krankenkasse zu organisieren.

11 WEITERFÜHRENDE EMPFEHLUNGEN VON PRO FAMILIA

11.1 WEITERGEHENDE BEDARFE

Im Laufe des Projektes stellte sich heraus, dass die Begrenzung auf Frauen mit wenig Geld, und auf verschreibungspflichtige Verhütungsmittel, der Ausschluss von Männern, die begrenzte örtliche Erreichbarkeit und die Umstände, die mit den Verfahren zur Kostenübernahme verbunden sind (Aufsuchen der Beratungsstelle, Bürokratie) hinterfragt werden sollten. Vor dem Hintergrund der erfahrenen Barrieren beim Zugang zu den Angeboten im Modellprojekt, aber auch vor dem Hintergrund aktueller politischer Diskussionen (Gesetzesanträge und deren parlamentarischer und außerparlamentarischer Debatten) diskutierte pro familia weiter und kommt zu dem Ergebnis, dass die Kostenübernahme für Frauen mit wenig Geld nur ein erster Schritt sein kann, um das Recht auf Familienplanung umzusetzen. Im Sinne der Umsetzung von sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte müssen weitere Schritte folgen.

Eine umfassende menschenrechtsbasierte Lösung sollte alle Geschlechter und alle Verhütungsmittel einbeziehen. Daher sollte auch die Kostenübernahme von nicht-verschreibungspflichtigen Verhütungsmethoden angestrebt werden, um eine echte Wahlfreiheit zu ermöglichen. Dazu gehören das Kondom für den Mann und für die Frau, das Diaphragma, die symptothermale Methode sowie die Sterilisation von Mann oder Frau auf individuellen Wunsch. Barrieremethoden spielen bspw. bei Verhütung nach der Geburt eine wichtige Rolle. Kondome sind neben der Sterilisation die einzige Möglichkeit für Männer, sich aktiv an Verhütung zu beteiligen. Kondome schützen zudem vor sexuell übertragbaren Krankheiten. Auch aus Gründen der Gleichbehandlung wäre zu beraten, wie bei einer bundeseinheitlichen Lösung eine Kostenübernahme auch für Verhütungsmethoden, die Männer anwenden können, ausgeweitet werden kann. Kondome werden zudem häufig als Verhütungsmittel gewählt.⁴³ Eine Kostenübernahme von Kondomen über die Krankenkassen wird bspw. seit 2018 in Frankreich praktiziert. Die Kondome werden dort vom Hausarzt per Rezept verschrieben (vgl. Ärzteblatt v. 27.11.2018). Sie sind weiterhin frei verkäuflich. Ähnlich könnte auch bei einer Kostenübernahme für ein Diaphragma, das eine Barrieremethode für die Frau ist, verfahren werden.

Eine stigmatisierende Bedürftigkeitsprüfung für Menschen mit wenig Geld sollte es nicht geben. Aufgrund von Scham und Angst vor Stigmatisierung stellt sie eine Hürde im Zugang dar. Verhütungsmittel sollten deshalb in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen werden und allen Menschen – unabhängig vom Einkommen – kostenfrei zur Verfügung gestellt werden.

Trotz der Bemühungen, das Verfahren der Kostenübernahme im Modellprojekt biko niedrigschwellig und unbürokratisch zu gestalten, war dies für Klientinnen, die über keinerlei

⁴³ Die frauen leben 3-Studie hat gezeigt, dass durchschnittlich 18 % aller Frauen und 23,5 % aller Arbeitslosengeld-II-Empfängerinnen Kondome zur Verhütung verwenden (Helfferich 2017, S. 6). In der weiteren Befragung, die im Rahmen Studie frauen leben 3 (Phase 3 / 2018) gemacht wurde, verwenden 33% der Sozialleistungsbezieherinnen Kondome (vgl. Helfferich et. al. 2019).

Nachweis ihres Einkommens, ihres Wohnsitzes oder über weitere Papiere verfügten, eine unüberwindbare Hürde. Für diesen Personenkreis (so genannte vulnerable Gruppen) hatte biko keine Möglichkeit der Kostenübernahme. Gleichzeitig haben diese Frauen einen besonders dringlichen Bedarf, da sie in der Regel über sehr wenig Geld verfügen.

Wenn Verhütung in den Leistungskatalog des dritten Kapitels SGB V der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen würde, wären diese auch in den Basistarif der privaten Krankenversicherungen zu übernehmen. Dies würde einen umfassenden Zugang zu allen Verhütungsmitteln für alle Menschen ermöglichen. Es wäre eine angepasste Regelung für Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz⁴⁴ sowie weitere niedrigschwellige Maßnahmen für nicht Krankversicherte notwendig. Für die Gruppen, die keinen Zugang über die Krankenkassen erhalten, müsste ein gesonderter Fonds für verschreibungspflichtige und nicht-verschreibungspflichtige Verhütungsmittel eingerichtet werden. Dieser würde sich an Menschen ohne Papiere bzw. ohne Krankenversicherung (so genannte vulnerable Gruppen) wenden. Einen Zugang zu Verhütung, Information und Beratung für diese Gruppe könnte über Schwangerschaftsberatungsstellen geschaffen und ähnlich der Erfahrungen im Modellprojekt realisiert werden.

11.2 KRITERIEN FÜR DIE UMSETZUNG REPRODUKTIVER GESUNDHEIT UND RECHTE BERÜCKSICHTIGEN

Den oben diskutierten weiterführenden Empfehlungen liegen unterschiedliche internationale Papiere wie die UN-Frauenrechtskonvention und WHO-Empfehlungen im Bereich der Empfängnisverhütung sowie die Charta der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte der International Planned Parenthood Federation (IPPF) zu Grunde. Aus Sicht von pro familia sollten diese bei den Erwägungen der Ausgestaltung einer bundesgesetzlichen Lösung eingehen.

„Im Völkerrecht besteht ein umfassender Katalog reproduktiver Rechte, der sich auf unterschiedliche UN-Konventionen stützt. Diese haben in Deutschland den Rang eines Bundesgesetzes und sollten sowohl in der Rechtsprechung, als auch der Rechtssetzung und sonstigem politischen Handeln auf allen Ebenen des Staates die Praxis prägen“ (Wersig/Dern 2019).

Diese seit Jahren anerkannten menschenrechtlichen Prinzipien wurden von der Weltgesundheitsorganisation WHO in „Leitlinien und Empfehlungen für die Sicherstellung der Menschenrechte bei der Bereitstellung von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung“ (WHO 2018a/2018b) in Bezug auf Verhütung ausformuliert. Der Verdienst der WHO-Publikationen, die im Rahmen des Modellprojektes ins Deutsche übersetzt wurden, ist es, die verschiedenen Dimensionen der Menschenrechte auf diesen Bereich der Verhütung angewendet und notwendige Anforderungen an Informationen und

⁴⁴ § 264 SGB V könnte entsprechend die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung für Nichtversicherte (AsylbLG / SGB XII) erweitern.

Dienste im Bereich Verhütung aus-formuliert zu haben. Eine Zusammenfassung der Leitlinien und Empfehlungen findet sich als Anlage (Kapitel V) in diesem Bericht. Unabhängig davon, welche politische Lösung für den Zugang zu Verhütung gefunden wird, sie sollte sich aus fachlicher und menschenrechtlicher Ebene an diesen Kriterien messen lassen.

12 FAZIT

Die Auswirkungen einer Gesundheitspolitik, die die Finanzierung von Verhütung als privates Problem und Frage der individuellen Lebensführung betrachtet, tragen überwiegend Frauen: Sie werden erfinderisch im Verhütungsverhalten, sie gehen gesundheitliche Risiken ein oder setzen aufs Spiel, dass sie ungewollt oder ungeplant schwanger werden. biko-Nutzerinnen haben betont, warum ihnen sichere Verhütung in der aktuellen Lebensphase sehr wichtig ist: Weil sie bspw. noch in der Ausbildung sind, weil sie bereits Kinder versorgen und sich keine weiteren leisten können, weil sie sich in belastenden Lebenssituationen befinden und sich nicht um ein Kind kümmern können oder weil sie schon einmal in ihrem Leben ungewollt schwanger waren. Gemeinsam ist ihnen allen, dass sie lieber selbstbestimmt und sicher verhüten möchten, anstatt einen Schwangerschaftskonflikt mit sich und dem Partner riskieren zu wollen. Darüber hinaus wurde von den biko-Nutzerinnen das Angebot der Verhütungsberatung genutzt, Fragen zu stellen, Themen rund um Sexualität, Partnerschaft und Gesundheit zu besprechen und um letztlich eine informierte und selbstbestimmte Entscheidung treffen zu können.

Die Autorinnen des internen Rechtsgutachten kommen zum Schluss: „Das Ergebnis des biko-Abschlussberichts, dass gerade Frauen mit geringem Einkommen oder im Sozialleistungsbezug nicht die Verhütung ihrer Wahl wählen können bzw. sie aus Kostengründen sogar auf Verhütung verzichten, ist eine Diskriminierung von Frauen, der Deutschland nach seinen CEDAW-Verpflichtungen wirksam entgegenwirken muss, sei es gesetzgeberisch oder exekutiv.“ (Wersig/Dern 2019)

Verhütung und Familienplanung sind Lebensplanung. Der Zugang zu Verhütung wirkt sich direkt und indirekt auf verschiedene Lebensbereiche und deren Gestaltungsmöglichkeiten aus. Ein Angebot der Kostenübernahme muss daher nicht nur wohnortunabhängig, sondern auch kontinuierlich und verlässlich für Menschen während ihrer gesamten reproduktiven Lebensphase verfügbar sein. Es bedarf somit eines bundesweiten Rechtsanspruches, der im Gegensatz zu kommunalen, freiwilligen Leistungen für die Frauen unabhängig vom Wohnort bekannt und über das ganze Jahr zugänglich ist. Zusammen mit der Weiterentwicklung und dem Ausbau von für alle zugänglichen Verhütungsberatung können somit Menschen in der Wahrnehmung ihrer sexuellen und reproduktiven Rechten gestärkt werden.

IV LITERATURVERZEICHNIS

- Ärzteblatt: Franzosen erhalten Kondome künftig auf Rezept, 27.11.2018, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/99449/Franzosen-erhalten-Kondome-kuenftig-auf-Rezept>
- Ausschuss für die Beseitigung der Diskriminierung der Frau: Abschließende Bemerkungen zum kombinierten siebten und achten periodischen Staatenbericht Deutschlands, 9.3.2017, (CEDAW/C/DEU/CO/7-8)
- BiB (Bundesbevölkerungsinstitut) (2019): Kinderreiche Familien in Deutschland. – Auslaufmodell oder Lebensentwurf für die Zukunft? <https://www.bib.bund.de/Publikation/2019/pdf/Kinderreiche-Familien-in-Deutschland.html?nn=9755140> (06.08.2019)
- Bindel-Kögel, Gabriele/Karliczek, Kari-Maria/Stangl, Wolfgang (2016): Bewältigung von Gewalterlebnissen durch außergerichtliche Schlichtung. Täter-Opfer-Ausgleich und Tatausgleich als opferunterstützende Instrumente. Weinheim/Basel
- Bundesgesundheitsministerium (2019): Aufgaben und Organisation der GKV. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/grundprinzipien/aufgaben-und-organisation-der-gkv.html> (12.08.2019)
- BT-Drs. 12/2605 (1992): Drucksache des Deutschen Bundestages: Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des vorgeburtlichen/werdenden Lebens, zur Förderung einer kinderfreundlicheren Gesellschaft, für Hilfen im Schwangerschaftskonflikt und zur Regelung des Schwangerschaftsabbruchs (Schwangeren- und Familienhilfegesetz)
- BT-Drs. 19/7693 (2019): Drucksache des Deutschen Bundestages 19/7693: Gesetzentwurf zur Verbesserung der Information über einen Schwangerschaftsabbruch
- Busch, Ulrike/Nitz, Tanja (2014): Pille oder Risiko. Studie zum Verhütungsverhalten unter ALG-II-Bezug. In: pro familia magazin, H. 01. Frankfurt a.M., S. 28–29
- Connelly, Matthew (2008): Fatal Misconception. The Struggle to Control World Population. Cambridge Mass.
- Contraception Atlas (2018): https://www.contraceptioninfo.eu/sites/contraception-info.eu/files/786209755_epf_contraception-in-europe_white-paper_cc03_002.pdf
- Deutscher Frauenrat (2019): Beschlüsse des Deutschen Frauenrats 2019. https://www.frauenrat.de/wp-content/uploads/2019/06/Zusammenstellung-Beschlüsse-DF-2019_f.pdf (12.08.2019)
- DIW Wochenbericht (2019): Die Angst vor Stigmatisierung hindert Menschen daran, Transferleistungen in Anspruch zu nehmen. 26/ 2019. https://www.diw.de/de/diw_01.c.632799.de/wochenberichte/die_angst_vor_stigmatisierung_hindert_menschen_daran_transferleistungen_in_anspruch_zu_nehmen.html (09.08.2019)
- Frauenarzt (2019): Kryokonservierung wird Kassenleistung. Nr. 6
- Gäckle, Annelene (2006): Familienplanung gibt es praktisch nur theoretisch – Auswirkungen von Harz IV auf das Kontrazeptionsverhalten von Hartz IV-Empfängerinnen in Nordrhein-Westfalen im Kontext der Schwangerschaftskonfliktberatung. Masterarbeit. Hochschule Merseburg
- Gäckle, Annelene (2009): Verhütung zwischen Anspruch & Wirklichkeit. Oder: Verhütungsmittel für Hartz IV-Bezieherinnen weiter schwer zugänglich. In: pro familia magazin, H. 02, Frankfurt a.M., S. 6–9
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2016): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch [vormals: Sonstige Hilfen-Richtlinien] in der Fassung vom 10. Dezember 1985 (Bundesanzeiger Nr. 60a vom 27. März 1986), zuletzt geändert am 21. April 2016, veröffentlicht im Bundesanzeiger AT 28.06.2016 B1 in Kraft getreten am 29. Juni 2016.
- German Board and College of Obstetrics and Gynecology: Stellungnahme anlässlich der Öffentlichen Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am Mittwoch, 07. November 2018 zum Thema „Kostenübernahme für Verhütungsmittel“ (6.11.2018) <https://www.bvf.de/index.php?eID=dump-File&t=f&f=359&token=5ed4cefa5f49a618cb4b9aa354148df1fb0c2127> (09.08.2019)
- Helfferich, Cornelia/Klindworth, Heike/Heine, Yvonne/ Wlosnewski, Ines (2016): frauen leben 3. Familienplanung im Lebenslauf von Frauen – Schwerpunkt: Ungewollte Schwangerschaften. Studie im Auftrag der BZgA, Köln
- Helfferich, Cornelia (2017): Geringes Einkommen, Sozialleistungsbezug und Verhütung. Aktualisierte Ergebnisse der BZgA-Studie „frauen leben 3“. In: Forum Sexualaufklärung und Familienplanung, 2/2017. Köln, S. 3–10
- Cornelia Helfferich/ Gerstner, Dominik/Pflügler, Carina/Clausen, Julika/Ginter, Jenny/Schmidt, Anja (2019): Das Verhütungsverhalten von Sozialleistungsbezieherinnen und der Bedarf an kostenfreier Abgabe von Verhütungsmitteln. Sonderauswertung der Studie ‚frauen leben 3– Familienplanung im Lebenslauf von Frauen – Phase 3 /2018‘. Ergebnisse im Überblick. Im Erscheinen.
- International Conference on Population and Development (1994): Program of Action, UN Doc. A/CONF.171/13, Kap. 7
- IPPF (1997): Charta der sexuellen und reproduktiven Rechte. Frankfurt a.M. https://www.profamilia.de/fileadmin/profamilia/-ippf_charta.pdf (29.9.2017)
- IPPF (2015): Barometer of Women’s Access to Modern Contraceptives Choice in 16 EU Countries. <https://www.ippfen.org/sites/ippfen/files/2017-04/IPPF%20EN%20Barometer%202015%20contraceptive%20access.pdf>

- Karliczek, Kari-Maria (2004): Vom Nutzen qualitativer Forschung in der Kriminologie. In: Karliczek, Kari-Maria (Hg.): Kriminologische Erkundungen. Münster, S. 210–225
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2019): Beratung im Rahmen der Empfängnisregelung. Einheitlicher Bewertungsmaßstab. Onlineversion: Fassung mit Wirkung vom 1. April 2019, S. 2ff.
<https://www.kbv.de/html/13259.php?srt=relevance&stp=fulltext&q=01821&s=Suchen> (15.04.2019)
- Klein, Laura/Wapler, Friederike (2019): Reproduktive Gesundheit und Rechte. In: Aus Politik und Zeitgeschichte. Bonn, 20/2019, S.20-26.
- Nottbohm, Kristina/Ommert, Alexandra (2017a): Selbstbestimmt verhüten. Modellprojekt biko erprobt Beratung, Information und Kostenübernahme bei Verhütung für Frauen mit wenig Geld. In: Forum Sexualaufklärung und Familienplanung, 2/2017. Köln, S. 11–14
- Nottbohm, Kristina/Ommert, Alexandra (2017b): Selbstbestimmte Entscheidungen unterstützen. Rechtebasierte Kontrazeptionsberatung. In: pro familia Magazin, 4/2017, S. 6-8
- Parlamentarische Versammlung des Europarates (2008): Access to safe and legal abortion in Europe. Resolution 1607. <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=17638&lang=en> (29.9.2017)
- Patton, Michael Quinn (1990): Qualitative evaluation and research methods. Beverly Hills
- pro familia – Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V., Bundesverband (Hg.) (2012): KlientInnenrechte. Frankfurt a.M.
- pro familia – Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V., Bundesverband (Hg.) (2015): Regionale Kostenübernahmemodelle von Verhütungsmitteln für Menschen mit geringem Einkommen. Ergebnisse einer bundesweiten Erhebung bei Schwangerschaftsberatungsstellen vor Ort. Frankfurt a.M.
https://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Fachpublikationen/hintergrund_erhebung_verhuetungskosten_2015-9-30_web.pdf
- pro familia – Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V., Bundesverband (Hg.) (2016): Projektbeschreibung: Zugang zu verschreibungspflichtigen Verhütungsmitteln. Kostenübernahme, Informationen und Beratung für Frauen mit Anspruch auf Sozialleistungen. Frankfurt a.M. (nicht veröffentlicht)
- pro familia Bundesverband (2019a): NIPT – Nicht-invasiver Pränataltest als Leistung der GKV? Stellungnahme des pro familia Bundesverbands im Rahmen des Stillelegungs-Verfahrens des G-BA.
https://www.profamilia.de/fileadmin/profamilia/verband/pro_familia_Stellungnahme_NIPT_G-BA_2019-4-11.pdf
- pro familia Bundesverband (2019b): Offenbacher Erklärung. Selbstbestimmte Verhütung – Kostenübernahme und qualifizierte Beratung sicherstellen.
https://www.profamilia.de/fileadmin/profamilia/verband/Offenbacher_Erklärung_2019_5-12.pdf (12.08.2019)
- pro familia Bundesverband (2019c): Aktuelle Aspekte und Essentials einer rechtebasierten Verhütungsberatung: https://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Fachpublikationen/Verhuetung/Aktuelle_Aspunkte_und_Essentials_einer_rechtebasierten_Verhuetungsberatung.pdf
- pro familia Bundesverband (2019d): Zusammenarbeit mit Sprachmittler*innen in der psychosozialen Beratung.
https://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Fachpublikationen/Beratung/Zusammenarbeit_mit_Sprachmittlern.pdf
- pro familia Bundesverband (2019e): Videodolmetschen in Beratungsstellen – eine Handreichung. https://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Fachpublikationen/Beratung/Videodolmetschen_in_Beratungsstellen.pdf
- pro familia NRW (2019): Verhütung – Aktuelle Preise und Zusatzkosten Juli 2019.
<https://www.profamilia.de/ueber-pro-familia/landesverbaende/landesverband-nordrhein-westfalen/medizinisches-angebot.html>
- Reuter, Simone: Wer soll das bezahlen? Verhütungsmittel und Zugang in England. In: Forum Sexualaufklärung und Familienplanung, 2/2017. Köln, S. 23-25
- Rudolf, Beate/Chen, Felicitas (2015): Die Bedeutung von CEDAW in Deutschland. In: Hanna Beate Schöpp-Schilling/Beate Rudolf/Antje Gothe (Hg.): Mit Recht zur Gleichheit. Baden-Baden 2015, S. 25-70
- Statistisches Bundesamt Deutschland: Schwangerschaftsabbrüche nach dem Alter der Frauen und Quote je 10 000 Frauen der Altersgruppe, 2018. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/Tabellen/alter.html> (09.08.2019)
- Thoß, Elke (2005): Das Recht auf Verhütung. Erfolge und Rückschlüsse. In: Forum Sexualaufklärung und Familienplanung, 3/2005. Köln, S. 29-33
- Ulbricht, Sabine (2017): Kostenfreier Zugang zu Verhütungsmitteln und Auswirkungen auf das Verhütungsverhalten. In: BZgA Forum 2/2017, S. 15-18
- Ulbricht, Sabine/John, Ulrich/Beyer, Angelika (2018): Inanspruchnahme kostenfreier verschreibungspflichtiger Verhütungsmittel durch Frauen - Ergebnisse eines Modellprojekts in Mecklenburg-Vorpommern. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz. 2018; 61(4):412-419

- UN-Ausschuss für die Beseitigung der Diskriminierung der Frau (2017): Abschließende Bemerkungen zum kombinierten siebten und achten periodischen Staatenbericht Deutschlands, CEDAW/C/DEU/CO/7-8 (Arbeitsübersetzung BMFSFJ)
- United Nations (2015): Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. A/RES/70/1. <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld/publication> (13.08.2019)
- United Nations (2000): United Nations Millennium Declaration. A/RES/55/2. <https://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf> (13.08.2019)
- UN Fourth World Conference on Women (1995): Beijing Declaration and Platform for Action. A/CONF.177/20
- Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau vom 18. Dezember 1979. Verfügbar über: https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Pakte_Konventionen/CEDAW/cedaw_de.pdf
- Verbraucherzentrale Hamburg (2016): Frauenärzte: Schlecht beraten in Sachen Verhütung. <https://www.vzh.de/themen/gesundheitspatientenschutz/aerzte-check/frauenaeerzte-schlecht-beraten-sachen-verhuetung> (15.04.2019)
- WHO (2014): Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services. Guidance and recommendations. Geneva. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/human-rights-contraception/en/ (29.9.2017)
- WHO (2018a): Rahmenkonzept für die Sicherstellung der Menschenrechte bei der Bereitstellung von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung. Framework for ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services (2014). Deutsche Übersetzung. Frankfurt am Main, https://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Fachpublikationen/Verhuetung/Rahmenkonzept_fu_r_die_Sicherstellung.pdf
- WHO (2018b): Sicherstellung der Menschenrechte bei der Bereitstellung von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung – Leitlinien und Empfehlungen. Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services. Guidance and recommendations (2014) Deutsche Übersetzung. Frankfurt am Main. https://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Fachpublikationen/Verhuetung/Sicherstellung_der_Menschenrechte.pdf
- WHO (2018c): Sicherstellung der Menschenrechte bei der Bereitstellung von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung – Anhänge der Leitlinien und Empfehlungen. Deutsche Übersetzung. Frankfurt am Main. https://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Fachpublikationen/Verhuetung/Sicherstellung_Menschenrechte_Anhang.pdf

Sonstige Quellen

- Wersig, Maria/Dern, Susanne (2019): Menschenrecht auf Verhütung – Umsetzung und Regelungsoptionen in Deutschland. Zwischenbericht des internen Gutachtens.

V. ANLAGE: ZUSAMMENFASSUNG DER LEITLINIEN UND EMPFEHLUNGEN DER WHO

Die seit Jahren anerkannten menschenrechtlichen Prinzipien wurden von der WHO in „Leitlinien und Empfehlungen für die Sicherstellung der Menschenrechte bei der Bereitstellung von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung“ (WHO 2018a/2018b) in Bezug auf Verhütung ausformuliert. Der Verdienst der WHO-Publikationen, die im Rahmen des Modellprojektes ins Deutsche übersetzt wurden, ist es, die verschiedenen Dimensionen der Menschenrechte auf diesen Bereich der Verhütung angewendet und notwendige Anforderungen an Informationen und Dienste im Bereich Verhütung ausformuliert zu haben. Sie bieten wertvolle Ordnungsprinzipien und Normen, die zur Wahrung der Klient/-innen-Rechte und zur Verwirklichung der sexuellen und reproduktiven Rechte für eine Beraterische, psychosoziale und medizinische Praxis notwendig sind.

Um eine menschenrechtsbasierte Bereitstellung von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung (im folgenden Angebote im Bereich Verhütung) zu gestalten, sollten die Leitlinien und Empfehlungen der WHO als Grundgedanken bei einer bundeseinheitlichen Lösung mit bedacht werden.

- Angebote im Bereich Verhütung sind der Nicht-Diskriminierung verpflichtet (non-discrimination). Das heißt, sie sind offen für alle unabhängig ihres Alters, ihrer Religion, ihres Geschlechts, ihres Wohnortes, ihrer körperlichen, geistigen oder gesundheitlichen Verfassung etc.
- Angebote im Bereich Verhütung stellen den individuellen Zugang für alle sicher (accessibility). Konkret heißt das, den niedrigschwiligen Zugang zu prüfen hinsichtlich verschiedener Hürden: Ist das Angebot bekannt? Sind die Institutionen barrierefrei? Wie weit, aufwändig und kostspielig ist die Anfahrt? Ist der Zugang vertraulich möglich?
- Angebote im Bereich Verhütung sind verfügbar, das bedeutet, dass sie ein kontinuierliches und verlässliches Angebot sind, mit dem die Nutzer/-innen planen können.
- Angebote im Bereich Verhütung achten die Würde und das Wohlbefinden der Ratsuchenden. Sie finden auf Augenhöhe statt und respektieren die Entscheidung der Ratsuchenden (acceptability). Das bedeutet insbesondere, dass eine echte Wahlfreiheit besteht und keine Angebote aufgedrängt werden oder nur einzelnen Methoden verfügbar sind. Die Angebote sind transparent über die Rahmenbedingungen und achten die individuellen Grenzen der Nutzer/-innen.
- Angebote im Bereich Verhütung achten die Vertraulichkeit und Privatsphäre (privacy and confidentiality). Neben der Achtung der Datenschutzbestimmungen bedeutet dies auch, Datenerhebung sparsam zu planen. Es muss sichergestellt sein, dass mit den sensiblen Daten vertraulich umgegangen wird.
- Angebote im Bereich Verhütung befähigen zu informierten Entscheidungen (informed decision-making). Das heißt, es braucht ein Beratungsangebot, das bei Bedarf Informationen auf Grundlage des aktuellen wissenschaftlichen und fachlichen Wis-

senstandes vermittelt. Die Informationen sind unabhängig und nicht interessengeleitet. Dazu gehört auch Einhaltung aktueller Qualitätsstandards und fachlicher Grundlagen (quality).

- Angebote im Bereich Verhütung sind partizipativ (participation). Nutzer/-innen sollen als aktive Gestalter/-innen ihrer eigenen Interessen wahrgenommen und darin unterstützt werden. Die Institutionen brauchen ein funktionierendes Beschwerdemanagement.
- Angebote im Bereich Verhütung unterliegen der Rechenschaftspflicht des Staates, das bedeutet, die Angebote müssen evaluiert werden sowie muss die Möglichkeit bestehen, dass Menschen und Gruppen auf Entscheidungsprozesse angemessen Einfluss nehmen können (accountability). Die Akteure der Angebote setzen sich auch dafür ein, dass sich rechtliche und politische Rahmenbedingungen verbessern, um sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte zu verwirklichen.

