



pro-familia hintergrund

Aktuelle Aspekte und Essentials einer rechtebasierten Verhütungsberatung



Impressum



pro familia Bundesverband
Mainzer Landstraße 250–254
60326 Frankfurt

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

Autorin: Dr. Claudia Caesar

Projektleitung: Sigrid Weiser

Layout: Katharina Gandner

Titel-Foto: © Amgun – fotolia.com

Gefördert vom



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkungen	4
A. Grundlagen	5
1. Geschichte der rechtebasierten Verhütungsberatung (Fokus: Deutschland)	6
2. Wachsende Methodenvielfalt und vorhandene Wissensdefizite	11
B. Rechtebasierte Verhütungsberatung: Wichtige Aspekte in der internationalen Debatte	14
1. Die WHO-Richtlinie zur Verhütungsberatung von 2014	15
2. Wichtige strukturelle Aspekte: Verfügbarkeit und Zugang	16
3. Zentrale Aspekte der Gesprächsführung: Informed Choice und klient*innenzentrierte Beratung	20
4. Wichtige inhaltliche Aspekte: Effektivität, Nebenwirkungen und mehr	22
C. Rechtebasierte Verhütungsberatung in Deutschland	24
1. Ärztliche Verhütungsberatung	26
2. Verhütungsberatung in Beratungsstellen	30
3. Bevölkerungsgruppen mit besonderem Beratungsbedarf	34
D. Fazit	38
1. Bedarfe innerhalb der Versorgungssituation in Deutschland	39
2. Forschungsdesiderate	40
E. Verwendete Literatur	41
Zur Autorin	47

Vorbemerkungen

Hochwertige Informationen und Beratung zu Fruchtbarkeit und Verhütung sowie der Zugang zu selbstgewählten, sicheren und gesundheitsschonenden Verhütungsmitteln stehen für pro familia im Rang von Menschenrechten. Auch die Verhütungsberatung muss menschenrechtlichen Ansprüchen entsprechen, das soll in dieser Publikation gezeigt werden.

Bereits im 19. Jahrhundert kämpften Frauen und Männer für das objektive Wissen über und die Verfügbarkeit von gesundheitsschonenden Verhütungsmitteln. Gleichzeitig kämpften sie für wissenschaftsbasierte Aufklärung über Sexualität, denn das gehört zusammen. Sie verbreiteten Wissen darüber, wie Schwangerschaften vermieden werden, was sozial und rechtlich diskriminierte Frauen trotz schlechter Lebensbedingungen und Gesundheitsversorgung für ihre Gesundheit tun können, wie sie Stärke und politische Stimme gewinnen und was auch Männer tun können, um Frauen vor ungewollten Schwangerschaften zu schützen. Darüber hinaus sollten Männer befähigt werden, sich vor der grassierenden Syphilis zu schützen. Diese Aufklärer*innen riskierten nicht selten Gefängnisstrafen, denn es war lange Zeit verboten, über Sexualität, Fruchtbarkeit und sexuell übertragbare Erkrankungen aufzuklären und politisch zu handeln.

Seit den 1990er-Jahren wurde von den Mitgliedern der International Planned Parenthood Federation (IPPF), der Frauenbewegung und den Vereinten Nationen das Konzept der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte (kurz: SRGR) entwickelt und in der UN-Konferenz für Bevölkerung und Entwicklung in Kairo (1994) mit einem weltweiten Aktionsplan besiegelt. Das wichtigste Anliegen war und ist bis heute das Empowerment von Mädchen und Frauen, dasselbe Anliegen, das bereits die frühen Aufklärer*innen verfolgt hatten. Eine Absage wurde Bevölkerungspolitikern erteilt, die im Namen der Familienplanung Menschenrechtsverletzungen begingen. Die Einkindpolitik in China, Zwangssterilisationen, Schwangerschaftsabbrüche von weiblichen Föten und das Einsetzen von Spiralen ohne Alternativen für die Frauen, ohne verstehbare Informationen und Aufklärung und ohne wissenschaftliche Grundlagen – vor allem in den Ländern des globalen Südens – sind Beispiele aus der jüngeren Geschichte, die abgelehnt werden.

Stattdessen sollen die Staaten Sorge tragen dafür, dass Mädchen und Frauen selbstbestimmt entscheiden können, ob, wann und wie viele Kinder sie gebären wollen. Sie sollen auch die dafür notwendigen Voraussetzungen bekommen, denn um wirklich wählen zu können, braucht es ein gutes Angebot an gesundheitsschonenden Verhütungsmitteln und verstehbare, nicht interessengeleitete Infos und Beratung zu Verhütungsmitteln. Es braucht kompetente Ansprechpartner*innen und Zeit für Anliegen der Lebens- und Familienplanung der einzelnen Menschen. Es muss auch eine an den Gesundheitsinteressen ausgerichtete Forschung zu Verhütungsmitteln geben. Zwang und Kontrolle dürfen nicht ausgeübt und ökonomische Interessen müssen transparent gemacht und zurückgedrängt werden. Und wie in anderen Bereichen der Gesundheit, sind es besonders Menschen mit wenig sozialen und finanziellen Ressourcen, die auf ein gleichberechtigtes, gesellschaftliches Angebot angewiesen sind, damit sie ihre Rechte wahrnehmen können.

Verhütungsberatung entwickelt sich weiter. Seit Ende der 60er-Jahre sind in Deutschland Frauenärzt*innen die Hauptversorger*innen für hormonelle Verhütungsmittel und Spiralen geworden. Barrieremethoden und Methoden der Fruchtbarkeitswahrnehmung bleiben dabei nicht selten unberücksichtigt und auf ausführliche Gespräche über Rechte, Sexualität und Lebensplanung ist die ärztliche Verhütungsberatung eher nicht eingestellt. Sie hat dafür in der Regel auch kein Zeitbudget. Bei vielen steigt die Skepsis gegenüber diesen Einschränkungen. Höchste Zeit neu darüber nachzudenken, was eine umfassende Verhütungsberatung leisten sollte. Dazu will diese Publikation einen Beitrag leisten.

pro familia Bundesverband, im März 2019

A. Grundlagen

Verhütungsberatung ist ein Menschenrecht. Die Beratung über Verhütungsmittel trägt grundlegend zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit bei. Ohne Verhütungsberatung kann es schwierig sein, ein geeignetes Verhütungsmittel zu finden, und ohne ein geeignetes Verhütungsmittel können heterosexuelle Frauen/Paare im reproduktiven Alter ihre sexuellen Beziehungen entweder nicht befriedigend ausleben oder setzen sich dem Risiko einer unbeabsichtigten (vielleicht auch ungewollten) Schwangerschaft aus.

Verbreitete Gründe dafür, dass Frauen einen ungedeckten Bedarf („unmet need“) an Verhütungsmitteln haben, also eine Schwangerschaft vermeiden möchten, aber entweder keine Verhütungsmittel oder traditionelle und damit weniger effiziente Methoden¹ nutzen, sind Bedenken hinsichtlich der Nebenwirkungen von Verhütungsmitteln sowie seltene Sexualkontakte und ein entsprechend geringes vermutetes Risiko, schwanger zu werden (Singh et al. 2017, Seite 36). Gemäß Schätzungen der United Nations (UN) hatten 2017 rund 17 Prozent der zwischen 14 und 49 Jahre alten Frauen weltweit, die in einer Beziehung leben, einen ungedeckten Bedarf an modernen Verhütungsmitteln (UN 2018). Die Bedarfslücke bei alleinstehenden und insbesondere jungen Frauen kann nicht erhoben werden, da viele Länder hier keine Daten zur Verfügung stellen, die Rate ist aber wahrscheinlich um ein Vielfaches höher als bei nicht alleinstehenden Frauen (Singh et al. 2017, Seite 37). Dabei ist der ungedeckte Bedarf in weniger entwickelten deutlich höher als in entwickelten Regionen der Welt. So hatten nach Schätzungen der UN 2015 in Subsahara-Afrika fast ein Viertel (24 Prozent) der in einer Beziehung lebenden Frauen einen ungedeckten Bedarf an Verhütung, in Europa hingegen nur zehn Prozent (UN 2015b, Seiten 36, 39).

Der hohe Anteil an Frauen im reproduktionsfähigen Alter mit ungedecktem Bedarf an Verhütung zeigt, wie wichtig es ist, eine Palette an unterschiedlichen Verhütungsmethoden sowie Information und Beratung über Verhütungsmittel flächendeckend anzubieten (Sedgh/Hussain 2014; Singh et al. 2017, Seite 37). Um Frauen und Männer darin zu unterstützen, das für sie geeignete Mittel zur Verhütung zu finden, sind eine Reihe von Angeboten zentral. Zunächst müssen moderne Verhütungsmittel vorhanden und für jeden zugänglich (also auch finanziell erschwinglich) sein. Weiterhin ist ein breites Angebot an Sexualaufklärung, insbesondere für junge Menschen, erforderlich.

Ein weiteres wichtiges Element ist die Verhütungsberatung als Face-to-Face-Beratung im Einzelgespräch, um die es im Folgenden gehen soll. Da es sich bei Verhütung um ein Thema handelt, das sehr intim ist und persönliche, individuell unterschiedliche Bedürfnisse betrifft, ist die Face-to-Face-Beratung in diesem Beratungsfeld besonders wichtig und in vielen Fällen unerlässlich, um das jeweils passende Verhütungsmittel aus dem Angebot herauszufiltern. Davon abgesehen sind eine Vielzahl moderner Verhütungsmittel ohne ärztliche Beratung und entsprechende Versorgung nicht zugänglich.

Dieser Teil gibt einleitend einen Überblick über die Geschichte der rechtebasierten Verhütungsberatung und charakterisiert anschließend kurz die derzeit verfügbaren Verhütungsmittel sowie nachweisbare Wissensdefizite, um zu verdeutlichen, dass in unserer hochtechnisierten Welt das Thema der Verhütungsberatung zunehmend an Wichtigkeit gewinnt. Ausgangspunkt ist dabei eine menschenrechtsbasierte Verhütungsberatung, wie sie in Teil B näher umrissen wird.

¹ Die WHO zählt unter die modernen Verhütungsmethoden: die Kombipille, die Minipille, Implantate, Depotspritzen, Hormonpflaster, Vaginalring, Kupfer- und Hormonspirale, Kondome für Mann und Frau, Sterilisation von Mann und Frau, Laktationsamenorrhö, die Pille danach sowie die Standard-Days-Methode (Cycle Beads), die Temperaturmethode, die Zervixschleimmethod und die symptothermale Methode. Unter die traditionellen, also uneffektiven Verhütungsmittel zählt sie den Koitus interruptus und die Kalendermethode (WHO 2018). Die UN nennt außerdem noch vaginale Barrieremethoden (Diaphragma und Portiokappe) unter den modernen Methoden sowie die Laktationsamenorrhö und volkstümliche Methoden unter den traditionellen Methoden (UN 2017, Seite 23).

1. Geschichte der rechtbasierten Verhütungsberatung (Fokus: Deutschland)

Im Folgenden wird die Geschichte der Verhütungsberatung in der gebotenen Kürze skizziert. Historisch spielte zunächst die Weitergabe des Wissens von Frau zu Frau sowie über Hebammen eine große Rolle. Seit Ende des 19. Jahrhunderts kam es dann zur Gründung erster Vereinigungen, deren Ziel es war, ungewollte Schwangerschaften zu vermeiden, die Gesundheit zu schützen und die Lebenssituation insbesondere sozial benachteiligter Frauen und Familien zu verbessern. Den Weg von dieser vor allem sozial und bevölkerungspolitisch ausgerichteten Verhütungsberatung zu einer Verhütungsberatung, die sich auf die Menschenrechte bezieht und Verhütungsberatung im Rahmen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte betrachtet, soll hier dargestellt werden. Dabei liegt der Fokus exemplarisch auf der Entwicklung in Deutschland, die sich aber in vielen westlich geprägten Ländern ähnlich vollzog.

Von Informationen über Verhütung zur Verhütungsberatung

Die Weitergabe von Methoden zur Empfängnisverhütung ist Teil der Menschheitsgeschichte. Erste Aufzeichnungen über Verhütungsmittel lassen sich bereits in fast 4000 Jahre alten ägyptischen Papyri nachweisen (Jütte 2003, Seite 56). Es folgte ein reger Austausch in der antiken medizinischen Fachliteratur über mögliche Verhütungsmittel, wobei vor allem mechanische und Barriere-methoden sowie pflanzliche, aber auch magische Mittel im Fokus standen (Jütte 2003, Seiten 57–64, 74–83²). Es gibt eine Vielzahl von Nachweisen, dass Wissen über Verhütungsfragen auch in Mittelalter und früher Neuzeit vor allem unter Frauen weit verbreitet war, es wurde allerdings primär mündlich weitergegeben (Jütte 2003, Seiten 104/05, 113–119). Hier spielten insbesondere Hebammen eine bedeutende Rolle (Müller-Landgraf 1996, Seiten 104/05).

Im 19. Jahrhundert, in einer Zeit zunehmender Industrialisierung und dem Anwachsen der Städte, trat mehr und mehr ein bevölkerungspolitisches Denken in den Vordergrund, das insbesondere die Geburtenkontrolle propagierte (Jütte 2003, Seiten 165ff.). Gleichzeitig entwickelte sich ab der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts eine populärmedizinische Ratgeberliteratur, die Verhütungsmittel explizit erläuterte und hohe Auflagen erzielte

(Jütte 2003, Seiten 81–87). Ende des Jahrhunderts kam es vor diesem Hintergrund zur Gründung erster Beratungsstellen, bereits 1882 in den Niederlanden und in Deutschland dann nach dem Ersten Weltkrieg.

Das Institut für Sexualwissenschaften, das bereits 1919 in Berlin von Magnus Hirschfeld eröffnet wurde, bot unter anderem als erste Beratungsstelle in Deutschland auch Verhütungsberatung an. Die Stelle wurde von einem Arzt für Geschlechtskrankheiten geleitet. 90 Prozent der hier behandelten Anfragen bezogen sich auf Verhütung und Schwangerschaftsabbruch (Usborne 1994, Seite 155). Die Sexualberatung erfolgte an diesem Institut und in ähnlichen Stellen, die in anderen deutschen Großstädten gegründet wurden, meist durch (männliche) Ärzte sowie (weibliche) Sozialfürsorgerinnen und hatte einen professionellen Anspruch (Usborne 1994, Seite 157; Motte 2018, Seite 16).

Im Laufe der 1920er-Jahre kam es in der Weimarer Republik dann zu einem wahren Boom bei der Gründung von Beratungsstellen. Insgesamt wurden über 400 Sexualberatungsstellen in ganz Deutschland gegründet, was auf einen erheblichen Bedarf hindeutet (Silies 2013, Seite 222; Motte 2018, Seite 16). Wichtig waren hier neben den sexualreformerischen Stellen vor allem volksnahe Laienverbände, die sehr viel Zulauf insbesondere auch aus den unteren Schichten hatten und ein Netzwerk zur Selbsthilfe anboten, das zum Beispiel die Weitergabe einer Vielzahl erschwänglicher Verhütungsmittel umfasste (Usborne 1994, Seiten 159–162). Angeboten wurden hier spermizide Salben, Portiokappen mit Applikatoren, Kondome und Diaphragmen (Usborne 1994, Seite 161).

Insgesamt lässt sich sagen, dass die Beratungsstellen zwar in Trägerschaft und Ausrichtung differierten, meistens aber bereits Verhütungsberatung leisteten und teilweise sogar kostenlose (oder preiswerte) Verhütungsmittel zur Verfügung stellten (Silies 2013, Seite 221). Die Stellen beschränkten ihre Beratung nicht nur auf Verheiratete und wendeten sich an alle sozialen Schichten (für Menschen mit wenig Geld war die Beratung meist kostenlos) (Usborne 1994, Seite 157). Insgesamt deutet die Entwicklung zwar darauf hin, dass Frauen in der Weimarer Republik begannen, sich das Recht, selbst über ihren Körper zu bestimmen, zu erobern. Denjenigen, die die Geburtenkontrolle unterstützten, ging es allerdings mehr um die Gesundheit der Gesellschaft im Ganzen als um das Recht der einzelnen Frau (Usborne 1994, Seite 267).

² Siehe zu den historischen Verhütungsmitteln auch das Museum für Verhütung und Schwangerschaftsabbruch in Wien, online unter: <http://de.muvs.org/topics/verhuetung/> (Zugriff: 26.4.2019).

So bestand auch das primäre Ziel der Beratungsstellen noch keineswegs darin, Frauen in ihrer eigenständigen Entscheidungsfindung zu unterstützen (Silies 2013, Seite 224). Im Gegenteil deutet einiges darauf hin, dass das Ziel von Beratung eher darin bestand, Entscheidungen von den häufig aus unteren Gesellschaftsschichten kommenden Frauen auf das Beratungspersonal zu übertragen, das meist aus der Mittelschicht kam und dem eine nachhaltige Entscheidung eher zugetraut wurde, und also gerade nicht in der Anerkennung individueller Rechte (Usborne 1994, Seite 268).

Nach der Machtergreifung der Nationalsozialisten wurden die Stellen, die sich der Verhütungsberatung widmeten, sukzessive geschlossen, standen sie doch der Vermehrung des „deutschen Volkes“ (im rassistisch-nationalsozialistischen Denken) entgegen und damit einem der Grundsätze der mörderischen Ideologie des NS-Staates. Auf der anderen Seite offenbarte sich in Zwangssterilisation und Vernichtung aus eugenischen Gründen die menschenverachtende Brutalität des Regimes, die auch von einigen Eheberatungsstellen mitgetragen wurde (Silies 2013, Seite 222; Engel/Nestmann/Sickendiek 2004, Band 1, Seite 25; Motte 2018, Seite 19).

Nach 1945 kam es zu Neugründungen in der jungen Bundesrepublik, die an die konkreten Erfahrungen der Weimarer Republik anknüpften. So wurde 1952 auch die pro familia gegründet, die gleichzeitig Gründungsmitglied der International Planned Parenthood Federation (IPPF) war. pro familia widmete sich anders als die zahlreichen Eheberatungsstellen auch Verhütungsfragen und sprach dabei auch gerade nicht verheiratete junge Frauen an. Allerdings war pro familia damals noch ein sehr kleiner Verein, und die Mehrzahl der Familienberatungsstellen sparte dieses Thema aus und beriet bestenfalls Verheiratete (Silies 2013, Seite 235).

Die Einführung der Pille in den 1960er-Jahren

Der Bedarf an Verhütungsberatung wuchs in Westdeutschland in den 1960er-Jahren sprunghaft an. Einerseits ist dies sicherlich auf die Entwicklung hormoneller Verhütungsmittel zurückzuführen – 1961 kam in der Bundesrepublik die erste Pille auf den Markt –, andererseits aber auch auf die allgemeine Öffnung der Gesellschaft und die Bereitschaft, über Sexualität zu reden. Im Zuge dieser Entwicklung nahmen im kommenden Jahrzehnt auch die konfessionellen Beratungsstellen mehr und mehr Verhütungsberatung in ihr Angebot auf (Silies 2013, Seite 241).

Auch in der DDR gab es in den 1950er-Jahren bereits den Anspruch, über Verhütungsmittel zu informieren, wobei sich die Beratungsangebote auch hier vorrangig an Eheleute wandten (Schwarz 1996, Seite 52). Die 1960er-Jahre brachten ein Umdenken, was dazu führte, dass ein Netz von Ehe- und Sexualberatungsstellen entstand, die vor allem über Verhütung informierten und insbesondere auch Jugendliche erreichen wollten. 1965 kam in der DDR die erste Pille auf den Markt, 1967 wurden bereits eine Million Packungen verkauft und nur fünf Jahre später waren es bereits über 13 Millionen (Schwarz 1996, Seite 155).

Viele Ärzt*innen reagierten anfangs zwar skeptisch auf hormonelle Verhütung, übernahmen aber schnell die Aufgabe, hormonelle Kontrazeptiva zu verschreiben und darüber zu beraten, wodurch sie sich auch ein Klientel an jungen Frauen sicherten (Silies 2013, Seite 220). Durch die Einführung einer ganzen Bandbreite an unterschiedlichen Pillenpräparaten sowie weiterer hormoneller Verhütungsmittel in den folgenden Jahren wurde der Aufgabenbereich der Verhütungsberatung immer komplexer (Abb. 1). Gleichzeitig wurden in Deutschland Ärzt*innen und vor allem Gynäkolog*innen primäre Ansprechpartner für Verhütungsberatung, obgleich daneben, gesetzlich abgesichert, die Verhütungsberatung auch außerhalb der ärztlichen Praxis innerhalb der Familienplanungsberatung weiterhin präsent blieb.

Bereits in den 1970er-Jahren kritisierte die westdeutsche Frauenbewegung die primär medizinische Sicht auf Verhütung und den Frauenkörper insgesamt. Die Gefahr, die von den regelmäßigen Hormongaben ausging, wurde ebenso thematisiert wie der Verlust eines natürlichen Körpergefühls. Man deutete die Pille als Mittel männlicher Machtausübung, zumal die Ärzteschaft, die die Pille verschrieb, damals noch vorrangig männlich war (Silies 2013, Seiten 187, 387). Dabei ging es der Frauenbewegung vor allem darum, Verhütung nicht mehr als medizinische Maßnahme in die Hände anderer (meist männlicher) Entscheider zu legen, sondern sie als selbstbestimmte Entscheidung des Einzelnen zu verstehen. Gleichzeitig verortete sie die Entscheidung über Verhütung aber auch in einem größeren Kontext von sexuellem Wohlbefinden, Gesundheit und Gleichberechtigung, was zur Formulierung der sexuellen Rechte hinführte (Thoß 2005). Eine Folge der Frauenbewegung in Deutschland war die Gründung von Frauengesundheitszentren in einigen Großstädten, die zum Beispiel das zwischenzeitlich in Vergessenheit geratene Diaphragma als natürli-

che Verhütungsmethode wieder vermehrt propagierten (Schmidt 1988, Seite 45).

Paradigmenwechsel zur rechtbasierten Beratung

1968 wurde auf der Teheraner UN-Menschenrechtskonferenz erstmals das Recht auf Familienplanung explizit als Menschenrecht formuliert. In der Abschlusskundgebung der Konferenz heißt es in Artikel 16: „Eltern verfügen über das grundlegende Menschenrecht, frei und eigenverantwortlich über Anzahl und Geburtenabstand ihrer Kinder zu entscheiden.“³ (UN 1968, Seite 4) Es fand anschließend Eingang in die 1981 verabschiedete UN-Konvention zur Beseitigung jeder Form der Diskriminierung der Frau (Artikel 16). Die internationalen Familienplanungsprogramme, die in der Folge entstanden, waren – in einer Phase starken Bevölkerungswachstums – zunächst vor allem an demografischen Zielen orientiert (Thoß 2005).

Die UN-Konferenz für Bevölkerung und Entwicklung 1994 in Kairo legte die Grundlagen für einen Paradigmenwechsel auch in der Verhütungsberatung, indem sie das Recht auf Familienplanung im Rahmen des Rechts auf sexuelle und reproduktive Gesundheit formulierte. Dabei verstand man reproduktive Gesundheit explizit nicht nur als Abwesenheit von Krankheit, sondern als „Zustand völligen physischen, mentalen und sozialen Wohlbefindens“⁴ (UN 1995, S 40, Pkt. 7.2). Neben dem freien Zugang zu Verhütungsmitteln forderte die Konferenz auch, Infor-

mationen und Dienste im Bereich Familienplanung zur Verfügung zu stellen und „eigenverantwortliche und freie Entscheidungen über Schwangerschaft und Methoden der Familienplanung zu ermöglichen und zu unterstützen“⁵ (UN 1995, Seite 40, Punkt 7.5). Die 4. UN-Weltfrauenkonferenz 1995 in Peking griff diese Definition sexueller Gesundheit auf und führte sie fort: „Reproduktive Gesundheit bedeutet deshalb, daß Menschen ein befriedigendes und ungefährliches Sexualleben haben können und daß sie die Fähigkeit zur Fortpflanzung und die freie Entscheidung darüber haben, ob, wann und wie oft sie davon Gebrauch machen. In diese letzte Bedingung eingeschlossen sind das Recht von Männern und Frauen, informiert zu werden und Zugang zu sicheren, wirksamen, erschwinglichen und akzeptablen Familienplanungsmethoden ihrer Wahl sowie zu anderen Methoden ihrer Wahl zur Regulierung der Fruchtbarkeit zu haben (...).“ (Peking 1995, Anl. II, Kap. IV C, Nr. 94)

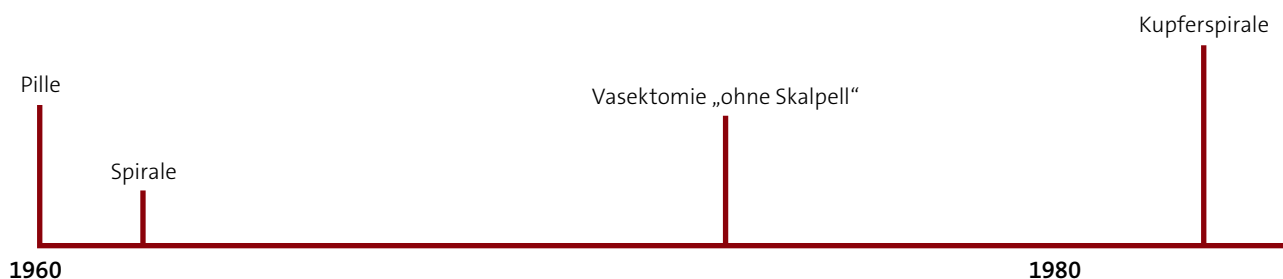
Im Anschluss kam es zur Formulierung der sexuellen und reproduktiven Rechte durch die International Planned Parenthood Federation (IPPF), die globale Dachorganisation der Familienplanungsorganisationen. Die IPPF definierte in ihrem 2008 nochmals überarbeiteten Papier die sexuellen und reproduktiven Rechte im Rahmen der Menschenrechte als Grundlage für sexuelle und reproduktive Gesundheit. Unter den von der IPPF formulierten Rechten sind für die Verhütungsberatung insbesondere das Recht auf Gesundheit (Artikel 7), das Recht auf Bildung und Information (Artikel 8) sowie das Recht zu entscheiden, ob, wie und wann Kinder geboren werden

3 Englischer Wortlaut: „Parents have a basic human right to determine freely and responsibly the number and the spacing of their children.“

4 Englischer Wortlaut: „state of complete physical, mental and social well-being“.

5 Englischer Wortlaut: „responsible voluntary decisions about child-bearing and methods of family planning of their choice“.

Abb. 1: Entwicklung von Verhütungsmitteln, 1960 bis heute (Abb. aus: UN 2015b, Seite 23)



sollen (Artikel 9) entscheidend. Insbesondere in Artikel 9 wird der Bezug zur Verhütungsberatung deutlich, dort heißt es: „Alle Menschen haben das Recht auf Zugang zu Informationen, Bildung und den Mitteln, die sie benötigen, um sich für oder gegen Kinder zu entscheiden und frei und verantwortungsbewusst die Anzahl und den Altersunterschied ihrer Kinder zu bestimmen. (...) Alle Menschen haben das Recht auf Beratung und andere Dienstleistungen im Zusammenhang mit Reproduktion (...)“ (IPPF 2009, S. 28, Artikel 9)

Die sexuellen und reproduktiven Rechte fanden in der Folge Eingang in die Zukunftsziele, die die Vereinten Nationen erstmals im Jahre 2000 formulierten. Auf dem Gipfeltreffen im September 2000 verabschiedeten 189 UN-Mitgliedsstaaten die Millenium Development Goals. Formuliert wurden acht Ziele, die bis 2015 erreicht sein sollten, darunter drei, die mit reproduktiver Gesundheit in Verbindung stehen (Ziel 4: Verringerung der Kindersterblichkeit, Ziel 5: Verbesserung der Gesundheit von Müttern, Ziel 6: Bekämpfung von HIV/Aids, Malaria und anderen Krankheiten). Fünf Jahre später anlässlich des Gipfeltreffens, auf dem die Überprüfung der Fortschritte in Richtung auf die Millenium-Ziele verhandelt wurde, verpflichteten sich die Staaten zudem im Abschlussdokument explizit, im Anschluss an die Kairoer Konferenz den universellen Zugang zu reproduktiver Gesundheit zu erreichen (UN 2005, Seite 16, 57g). Im Abschlussdokument des Gipfels von 2010 wurde dann an mehreren Stellen die sexuelle und reproduktive Gesundheit betont sowie explizit die Notwendigkeit, Dienstleistungen zur Familienplanung bereitzustellen sowie Kompetenzen in der Beratung zu fördern: „(...) ebenso wie der Ausbau der Familienplanung im lokalen Rahmen und der Ausbau

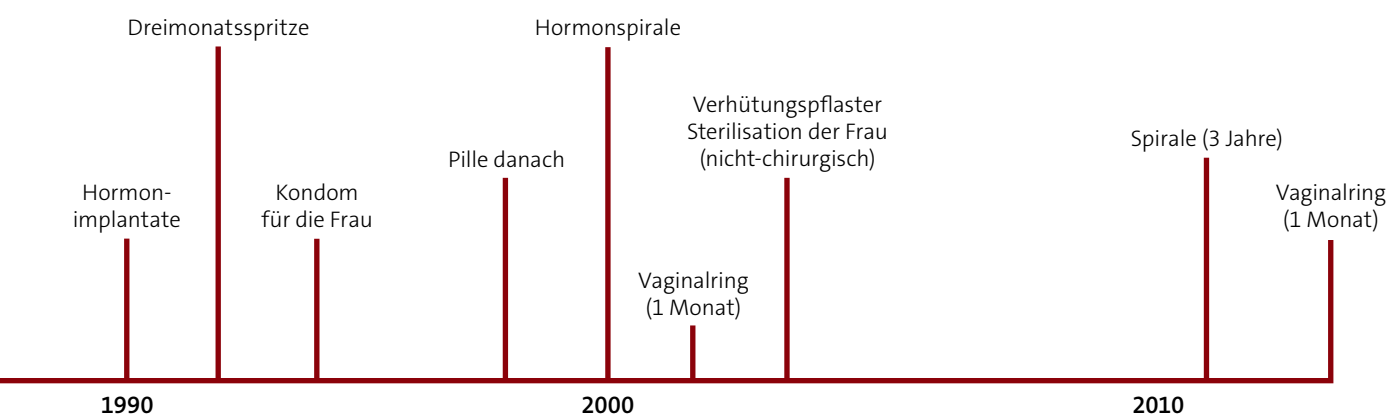
und die Verbesserung formaler und nicht-formaler Schulungen in sexueller und reproduktiver Gesundheit und Familienplanung für alle Anbieter von Gesundheitsleistungen, Gesundheitserziehern und -managern, darunter auch Schulungen in interpersoneller Kommunikation und Beratung“⁶ (UN 2010, Seiten 24, 75f).

Mit Ablauf der für die Millenium Development Goals gesetzten Frist wurden diese 2015 durch 17 Sustainable Development Goals ersetzt, die bis 2030 umgesetzt werden sollen. Ziel 5.6 („Gender Equality“) formuliert den Anspruch, die sexuelle Gesundheit und Rechte in Anschluss an die Pekinger Konferenz zu realisieren, und Ziel 3.7 („Good Health and Well-being“) richtet sich explizit auf den Ausbau der Dienstleistungen zur Familienplanung, worunter auch die Verhütungsberatung zu zählen ist: „Bis 2030 soll der universelle Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung gewährleistet sein, inklusive Dienstleistungen zur Familienplanung, Information und Pädagogik und der Integration von reproduktiver Gesundheit in nationale Strategien und Programme.“⁷ (UN 2015).

2012 verpflichteten sich anlässlich des Family Planning Summit in London Regierungen, Organisationen und

6 Im englischen Original: „(...) as well as expanding family planning within local communities and expanding and upgrading formal and informal training in sexual and reproductive health care and family planning for all health-care providers, health educators and managers, including training in interpersonal communications and counselling“

7 Im englischen Original: “By 2030, ensure universal access to sexual and reproductive health-care services, including for family planning, information and education, and the integration of reproductive health into national strategies and programmes.”



private Spender dazu, bis 2020 zusätzlich 120 Millionen Frauen und Mädchen dazu zu befähigen, Verhütungsmittel zu nutzen.⁸ Ein konstruktiver Dialog machte in der Folge darauf aufmerksam, dass ein rein auf Zahlen zugespitztes Ziel den rechtezentrierten Dialog aufbrechen könnte, was eine erneute Betonung und Ausformulierung der Rechte im Zusammenhang mit Informationen und Diensten im Bereich Verhütung zur Folge hatte (zusammenfassend: Stanback et al. 2015). Es kam zur Ausformulierung einer Leitlinie der WHO sowie weiterer in ähnliche Richtung zielender Leitlinien (WHO 2014; Hardee et al. 2014; Kumar/Hardee 2017).

Auch im Rahmen der Europäischen Union wurden eine Reihe von Beschlüssen zur Wahrung der sexuellen Rechte und Gesundheit gefasst. So beschloss das Europäische Parlament bereits 2002, dass es sich den sexuellen und reproduktiven Rechten und Gesundheit verpflichtet sieht, darunter auch explizit der Förderung der Familienplanungsberatung (EU 2002, Artikel 9). In jüngster Zeit betonte etwa der sogenannte Tarabella-Bericht, der 2015 vom EU-Parlament angenommen wurde, die sexuellen und reproduktiven Rechte von Frauen und die Verpflichtung der EU-Mitgliedsstaaten, den Zugang zu Informationen und Diensten zu verbessern (Tarabella 2015, Artikel 45). Ein weiterer Beschluss des EU-Parlaments vom September 2017 hielt fest, dass die Verweigerung von Diensten der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte eine Form der Gewalt gegen Frauen darstelle, und forderte den Zugang zu Familienplanung und Gesundheitsdienstleistungen für Frauen (EU 2017).

Auch der Deutsche Bundestag hat in seinem Beschluss von 2014 „20 Jahre nach Kairo“ explizit auf die Kairoer Konferenz Bezug genommen, die sexuellen und reproduktiven Rechte und Gesundheit betont und den Zugang zu Informationen und qualifizierter Beratung im Bereich der Familienplanung gefordert (Deutscher Bundestag 2014, Seiten 5/6).

Insgesamt wird deutlich, dass Verhütungsberatung heute als Teil der sexuellen und reproduktiven Rechte jedes einzelnen Menschen anerkannt ist und die Bereitstellung einer rechtbasierten Verhütungsberatung insofern zu den staatlichen Verpflichtungen gehört.

⁸ Genaueres zur Initiative online unter: <https://www.familyplanning2020.org/about-us> (Zugriff: 14. 4.2019).

2. Wachsende Methodenvielfalt und vorhandene Wissensdefizite

Das Angebot an Verhütungsmitteln nimmt stetig zu. Immer mehr hoch entwickelte Verhütungsmittel in unterschiedlichen pharmakologischen Zusammensetzungen und mit entsprechend anderen Nebenwirkungen kommen auf den Markt, sodass das Angebot für den Laien kaum noch zu überblicken ist. Eine qualitativ hochwertige und auf den Einzelnen/die Einzelne zugeschnittene Aufklärung und Beratung sind insofern heute wichtiger denn je, um die konsistente Verwendung einer Methode sicherzustellen.

Verhütungsmethoden werden häufig nach modernen (sprich wirksameren) und traditionellen Methoden unterschieden (Almalik et al. 2018, Seite 377). Zu den modernen Methoden zählen dabei üblicherweise Kondome für Mann und Frau, hormonelle Kontrazeptiva (oral, als Injektion, Implantat und Pflaster sowie vaginaler Ring), die Spirale (Hormon- und Kupferspirale), die Pille danach und die Sterilisation von Frau und Mann. Diaphragma und Portiokappe werden als typische Barrieremethoden häufig ebenfalls unter die modernen Kontrazeptionsmethoden eingereiht (UN 2017, Seite 23), allerdings sollten sie zusammen mit einem chemischen Mittel angewendet werden. Die Laktationsamenorrhö-Methode (LAM), die auf dem Ausbleiben des Eisprungs bei vollstillenden Frauen beruht, sowie weitere Methoden der natürlichen Familienplanung zählt die WHO ebenfalls unter die modernen Verhütungsmethoden (WHO 2018). Der Koitus interruptus, die Rhythmus- oder Kalendermethode sowie weitere volkstümliche Methoden gelten hingegen gemeinhin als traditionelle Methoden und aus Gründen der Verhütungssicherheit als nicht empfehlenswert.

Mit insgesamt um die 20 unterschiedlichen modernen Verhütungsmethoden, die sich in Sicherheit, Nebenwirkungen und Anwendung deutlich unterscheiden, ist rein quantitativ ersichtlich, dass die Auswahl für den Laien nicht einfach ist. Hinzu kommt, dass es von einzelnen Verhütungsmethoden eine Vielzahl unterschiedlicher Präparate gibt, so sind alleine in Deutschland über 50 Pillenpräparate auf dem Markt. Im Folgenden soll ein kurzer Überblick über die Verhütungsmethoden gegeben werden, die aktuell verfügbar sind.⁹ Außerdem sollen die in Studien festgestellten Wissensdefizite der Verwender*innen, die Beratung zumindest teilweise beheben könnte, zumindest kurz angedeutet werden.

Methoden der Natürlichen Familienplanung beobachten die „natürlicherweise in Erscheinung tretenden Zeichen und Symptome der fruchtbaren und unfruchtbaren Phase des weiblichen Menstruationszyklus“ und greifen dabei nicht in den Zyklus ein (Raith-Paula et al. 2013, Seite 2). Anders als die traditionelle Kalender- oder Rhythmusmethode, die nur die Tage des Zyklus zählt und aus dem letzten auf den folgenden Zyklus schließt, versuchen diese Methoden den aktuellen Zyklus zu bestimmen, indem sie bestimmte Merkmale messen, die auf die fruchtbaren Tage hinweisen (vor allem Zervikalschleimsekretion und Basaltemperatur). Zusätzlich sollten zumindest an den fruchtbaren Tagen Barrieremethoden genutzt werden, weswegen diese Verhütungsmethode im englischen Sprachraum auch „fertility awareness based methods (FAB-methods)“ genannt werden (Raith-Paula et al. 2013, Seite 2). Von den unterschiedlichen möglichen natürlichen Verhütungsmethoden ist die symptothermale Methode am sichersten, da sie zwei Symptome, meist Temperatur und Zervixschleim sowie evtl. die Veränderung der Zervix (Autopalpation), kombiniert, um die fruchtbaren Tage zu bestimmen (Raith-Paula et al. 2013, Seite 12). Die Methode verlangt eine konsequente Anwendung und setzt Wissen über den weiblichen Zyklus voraus, kann dann aber eine hohe Methodensicherheit aufweisen (Raith-Paula et al. 2013, Seite 166 geben bei perfekter Anwendung einen sehr guten Pearl-Index von 0,4 an). Wenn eine Frau sich für natürliche Verhütungsmethoden interessiert, ist eine längere Beratung sinnvoll, um die Vor- und Nachteile der Methode abzuklären und zu besprechen, welche weiteren Verhütungsmittel (an den fruchtbaren Tagen) in Betracht gezogen werden können. Dank moderner Technik können die ermittelten Daten auch direkt in eine App eingespeist werden, die dann die fruchtbaren und unfruchtbaren Tage ausgibt. Hier ist allerdings Vorsicht geboten. Viele der im Internet angebotenen Apps sind letztlich reine Zykluskalender, die keine sicheren Aussagen zum Eisprung machen und zudem die Intimsphäre nicht wahren, indem sie eine Reihe nicht notwendiger Informationen abfragen.¹⁰ Auch hier kann eine Beratung hilfreich sein.

⁹ Eine Zusammenstellung der in Deutschland verfügbaren Verhütungsmethoden gibt die Seite von pro familia: <https://www.profamilia.de/themen/verhuetung.html> (Zugriff: 5.4.2019).

¹⁰ Die in Deutschland verfügbaren Apps wurden 2017 von der Stiftung Warentest überprüft und sehr viele mit mangelhaft bewertet. Siehe Pressemitteilung der pro familia Bochum. Online unter: https://www.profamilia.de/fileadmin/beratungsstellen/bochum/Verhuetungsapps_Pressemitteilung.pdf (Zugriff: 5.4.2019); Testurteile der Stiftung Warentest. Online unter: <https://www.test.de/Zyklus-Apps-im-Test-5254377-0/> (Zugriff: 5.4.2019).

Das Wissen zu Methoden der Natürlichen Verhütungsplanung bei Frauen ist noch immer gering, das Interesse hingegen hoch. Bei in Deutschland und den USA durchgeführten Umfragen gaben 20 bis 47 Prozent der Frauen ein prinzipielles Interesse an Natürlicher Familienplanung an. Demgegenüber sind die Anwendungsraten deutlich niedriger und liegen etwa in Deutschland bei acht Prozent und in anderen Industriestaaten zwischen einem und sieben Prozent (Raith-Paula et al. 2013, Seite 3). Eine deutsche Studie wies zudem erhebliche Wissensdefizite bei Natürlicher Familienplanung nach: Viele Frauen kennen die modernen Methoden zur Fruchtbarkeitsmessung gar nicht – so kannten nur vier Prozent der in dieser Studie befragten Frauen die symptothermale Methode – und viele hielten sie für sehr unzuverlässig (Mikolajczyk et al. 2002).

Chemische Verhütungsmittel zielen auf die Aktivität der Spermien und den Verschluss des Muttermunds, sind in der Anwendung einfach, aber als Verhütungsmittel ohne weitere Maßnahmen nicht geeignet. Sie sollten zusammen mit Diaphragma und Portiokappe verwendet werden. Diese beiden Barrieremethoden für Frauen müssen individuell angepasst werden, um den richtigen Sitz zu gewährleisten. Hier besteht also Beratungs- und Unterstützungsbedarf. Beim Diaphragma in Kombination mit einem Spermizid wurde in Studien bei hoch motivierten Paaren eine niedrige Schwangerschaftsrate nachgewiesen, in anderen Gruppen allerdings eine deutlich höhere, wobei die Studien hier stark differieren (zwischen knapp 2 und 23 Prozent der Nutzerinnen wurden nach einem Jahr schwanger) (Rowe 2017). Es ist deswegen zu erwägen, gleichzeitig mit der Anpassung des Diaphragmas auf die Möglichkeit der Notfallkontrazeption hinzuweisen (Stewart et al. 2013, Seite 57). Außerdem können Spermizide mit einem bestimmten Wirkstoff die Empfänglichkeit für HIV-Viren erhöhen (Stewart et al. 2013, Seite 58). Für die effektive Wirkung dieser Barrieremethoden ist eine gute Anpassung und die richtige Verwendung wichtig, weswegen es zentral ist, in einer Beratung die entsprechenden Aspekte zu thematisieren.

Weitere Barrieremethoden, also Methoden, die den Zugang von Spermien zur Eizelle verhindern, sind das Kondom für den Mann und die Frau. Es sind auch die einzigen Verhütungsmittel, die wirksam vor sexuell übertragbaren Krankheiten (STI) und HIV schützen. Insbesondere für Menschen mit HIV oder STI-Infektion oder höherem Risiko einer Infektion ist die Beratung zu diesen Verhütungsmitteln entscheidend.

Intrauterinpressare aus Kupfer (Kupferspiralen und Kupferketten) sowie Hormonspiralen gehören zu den Langzeitverhütungsmethoden. Sie verhindern die Befruchtung oder Einnistung der Eizelle. Sie sind sehr sicher, müssen aber von einem Arzt/einer Ärztin gelegt werden und verändern die Regelblutung, die bei der Kupferspirale häufig stärker und länger wird, bei der Hormonspirale kommt es hingegen vermehrt zu Schmier- und Zwischenblutungen oder zum völligen Ausbleiben der Periode. Insbesondere die Veränderungen in der Regelblutung werden von vielen Frauen als belastend empfunden und sollten in der Beratung thematisiert werden. Außerdem stehen eine Vielzahl weiterer langwirkender hormoneller Verhütungsmethoden zur Verfügung, so der Vaginalring, das Verhütungspflaster, Implantate und die Dreimonats-spritze.

Mehrere aktuelle Studien zeigen, dass insbesondere hinsichtlich reversibler Langzeitverhütungsmethoden (Long-acting reversible contraception, LARCs) wie Spirale Verhütungspflaster und Implantaten Wissensdefizite bestehen. Frauen entscheiden sich demnach häufiger für LARCs, wenn sie entsprechend beraten werden (Bitzer et al. 2012; Egarter et al. 2013; McNicholas 2014; Oppelt et al. 2017 Seite 1488; Merki-Feld et al. 2018).

Bei der Pille ist zunächst zwischen Kombinationspräparaten mit zwei Hormonen (meist Östrogen und Gestagen) und der Minipille, die nur Gestagen enthält, zu unterscheiden. Dabei gibt es bei den Kombinationspräparaten inzwischen vier Generationen, die jeweils unterschiedliche Hormone und Zusammenstellungen aufweisen und jeweils unterschiedliche Nebenwirkungen und (Un)Verträglichkeiten. Bedenklich ist dabei, dass die Pille von Pharmaunternehmen teilweise als Lifestyleprodukt vermarktet wird, das schönere Haut und schönere Haare verspricht, ohne auf Nebenwirkungen hinzuweisen (TK 2015, Seite 33). Gerade hier hat Beratung eine wichtige Funktion. Eine Studie, die vor allem Studentinnen im Alter zwischen 22 und 27 Jahren einbezog, die regelmäßig die Pille anwendeten, wies erhebliche Wissenslücken bei dieser Zielgruppe auf und zeigte insbesondere, dass die Frauen über die unterschiedlichen Nebenwirkungen und Risiken der Pillengenerationen schlecht informiert waren (Becker/Glaeske 2017, Seiten 14/15). Ein Problem kann bei der Pille insbesondere die regelmäßige Einnahme darstellen. Auch hier wird deutlich, dass Beratung eine wichtige Funktion in der Compliance und Zufriedenheit mit dem gewählten Verhütungsmittel hat.

Ferner ist noch die Sterilisation von Mann und Frau zu nennen, die eine endgültige Beendigung der Fruchtbarkeit bedeutet und gar nicht oder schwer reversibel ist. Insofern sollte der Eingriff auf Basis einer informierten Entscheidung vorgenommen werden. Das Angebot eines ausführlichen Beratungsgesprächs ist hier zentral, um zu vermeiden, dass Frauen/Männer diese Form der Verhütung wählen, ohne sich über die Konsequenzen im Klaren zu sein und die Entscheidung ausreichend abzuwägen.

Auch die Pille danach, also die Notfallverhütung, die noch nach einem ungeschützten Geschlechtsverkehr oder beim Versagen der angewendeten Verhütungsmittel vor einer Schwangerschaft schützen kann, ist unter die Verhütungsmittel zu zählen, und auch hier werden Wissensdefizite berichtet, die über Beratung ausgeglichen werden könnten (Helfferich et al. 2016, Seite 139). In einer Online-Befragung, die 7170 sexuell aktive Frauen zwischen 16 und 46 Jahren in fünf europäischen Ländern, darunter auch in Deutschland, erfasste, gab ein Drittel der Befragten an, sie wüssten nicht genau, wie Notfallkontrazeption funktioniert, und über die Hälfte war sich unsicher, ob die Pille danach zu Unfruchtbarkeit führen könne (42 Prozent), beziehungsweise glaubten, dass dies der Fall sei (zehn Prozent) (Nappi et al. 2014).

Die hier vorgestellten modernen Verhütungsmittel sind bis auf Kondom und Vasektomie Verhütungsmethoden, die nur von Frauen angewendet werden können. Insgesamt entfielen 2015 nur ein Fünftel der Verhütungsmaßnahmen von Paaren auf von Männern angewandten Verhütungsmethoden (einschließlich des Koitus interruptus) (UN 2015b, Seite 29). Weltweit ist die weibliche Sterilisation dabei deutlich häufiger als die männliche, die insgesamt weltweit nur zehn Prozent aller Sterilisationen ausmacht – und dies obwohl Letztere effektiver, weniger teuer und mit weniger Komplikationen behaftet ist (UN 2015b, Seite 28). Zwar gibt es Forschungen zu weiteren (auch hormonellen) Verhütungsmethoden für den Mann, die aber bislang das Stadium klinischer Untersuchungen nicht überschritten haben.

B. Rechtebasierte Verhütungsberatung: Wichtige Aspekte in der internationalen Debatte

Rechtebasierte Verhütungsberatung ist ein zentraler Baustein für die Gewährleistung der sexuellen und reproduktiven Rechte und Gesundheit, die zu den Menschenrechten gehören. Diese wurden bereits 1996 von der International Planned Parenthood Federation (IPPF) formuliert und 2008 in überarbeiteter Fassung herausgegeben (IPPF 2008). Viele der sexuellen und reproduktiven Rechte können ohne qualitativ hochwertige Beratung zu Verhütung unter Umständen gar nicht oder nur bedingt umgesetzt werden. So ist eine gelungene und bewusst gewählte Verhütung wichtig, um frei darüber zu entscheiden, ob, wie und wann Kinder geboren werden (Artikel 9 der IPPF-Erklärung). Mangelndes Wissen über geeignete Verhütungsmittel oder falsche Informationen können aber auch beispielsweise die Möglichkeiten des Einzelnen einschränken, seine Lust selbstbestimmt und frei auszuleben (Artikel 5 und 8 der IPPF-Erklärung). Nicht zuletzt ist es zentral, für alle Menschen diskriminierungsfreien und niedrigschwelligen Zugang zu hochwertigen Informationen über Verhütungsmittel zu gewährleisten, um ihre Gesundheit zu schützen und sie in die Lage zu versetzen, eine fundierte selbstbestimmte Entscheidung über ihre Verhütungsmittel zu treffen (Artikel 7/8 der IPPF-Erklärung).

1. Die WHO-Richtlinie zur Verhütungsberatung von 2014

An diesem Punkt knüpfte die WHO 2014 an und gab eine Leitlinie für die „Sicherstellung der Menschenrechte bei der Bereitstellung von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung“ heraus (deutsche Fassung 2018), die UN-Menschenrechtsnormen und -grundsätze auf die Verhütungsberatung anwendet. In ihrem Anspruch, die Gesundheit weltweit zu fördern, zielt die WHO mit diesen Leitlinien darauf, Verhütungsberatung im Sinne der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte zu gestalten und insbesondere auch dazu beizutragen, den „unerfüllten Bedarf an Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung zu decken“ (WHO 2014 (dt.), Seite 8). Außerdem hat die WHO einen Führer entwickelt, um die konkrete Implementierung der formulierten Rechte zu begleiten (UNFPA/WHO 2015).

Die WHO-Richtlinie nennt insgesamt neun Empfehlungen in Bezug auf die Bereitstellung von Informationen und Diensten im Bereich Empfängnisverhütung. Verhütungsberatung soll gemäß der WHO (1) nichtdiskriminierend sein, das heißt, sie soll jedem Menschen zur Verfügung stehen und ihre Umsetzung soll staatlich unterstützt und sichergestellt werden (WHO 2014 (dt.), Seite 21). Ein weiterer zentraler Punkt ist die (2) Verfügbarkeit von Verhütungsberatung. Dabei geht es darum, Verhütungsberatung überhaupt vorzuhalten und entsprechende Strukturen zu schaffen (WHO 2014 (dt.), Seite 22). Wenn Verhütungsberatung prinzipiell angeboten wird, muss dafür gesorgt werden, dass sie auch für jeden (3) zugänglich ist, und zwar physisch und wirtschaftlich-finanziell, und dass die Informationen qualitativ hochwertig sind und durch geschultes Personal publikumsgerecht, insbesondere auch an Randgruppen, vermittelt werden (WHO 2014 (dt.), Seite 22). Dabei muss die Beratung auch darauf achten, ihre präzisen Informationen, bedarfsabhängig und gendersensibel weiterzugeben, damit sie bei den entsprechenden Zielgruppen (4) Akzeptanz finden und gut anwendbar sind (WHO 2014 (dt.), Seite 25). Verhütungsberatung soll zudem (5) qualitativ hochwertig sein, das heißt umfassend und evidenzbasiert informieren, insbesondere auch über die Nebenwirkungen von Verhütungsmitteln, und dabei eine hohe qualitätsgesicherte Beratungskompetenz vorzuhalten (WHO 2014 (dt.), Seite 25). Im Vordergrund steht hier, dass jeder (6) eigenständig eine informierte Entscheidung über Empfängnisverhütung treffen kann und dass die Beratung nicht direktiv ist und gleichzeitig für jeden verständlich ist und freiwillig stattfindet (WHO 2014

(dt.), Seite 27). Verhütungsberatung muss darauf achten, die Informationen (7) vertraulich zu behandeln und die Privatsphäre des Einzelnen zu schützen (WHO 2014 (dt.), Seite 27/28). Programme zur Verhütungsberatung sollten (8) partizipativ gestaltet werden, also diejenigen, die die Beratung nutzen, in Konzeption und Ablauf einbeziehen (WHO 2014 (dt.), Seite 29). Als letzten Punkt führt die WHO die (9) Zuverlässigkeit von Verhütungsberatung auf und empfiehlt funktionierende Überwachung und Evaluation der vorhandenen Programme, um die Einhaltung der Menschenrechte in der Verhütungsberatung zu gewährleisten (WHO 2014 (dt.), Seite 30).

Die WHO bezieht sich mit dieser Richtlinie auf alle Dienste und Informationen zur Empfängnisverhütung. Dabei nennt sie einerseits strukturelle Aspekte, wie etwa ob überhaupt Beratungsstrukturen vorhanden sind und ob sie für alle zugänglich sind, und andererseits Aspekte, die vor allem den Aufbau und die Inhalte des Beratungsgesprächs selbst betreffen. Im Folgenden sollen einige Punkte aus diesen Feldern näher diskutiert werden, die in der aktuellen internationalen Debatte hinsichtlich der Verhütungsberatung eine wichtige Rolle spielen.

2. Wichtige strukturelle Aspekte: Verfügbarkeit und Zugang

Die Forderung nach rechtebasierter Verhütungsberatung geht klar aus den einleitend angeführten Dokumenten hervor und ist als Menschenrecht bindend zu realisieren. Trotzdem ist die Forderung bis heute nicht überall umgesetzt. Im Fokus der Public Health stehen dabei vor allem die Entwicklungsländer, da hier die Morbidität und Mortalität im Zusammenhang mit Schwangerschaften und Abbrüchen noch immer sehr hoch ist und gute Verhütungsberatung insofern Frauenleben retten kann. So liegt die Rate der Verwendung von Verhütungsmitteln (Contraceptive Prevalence Rate, CPR) weltweit bei 64 Prozent, in den am wenigsten entwickelten Regionen hingegen nur bei 40 Prozent. Der ungedeckte Bedarf an Verhütungsmitteln liegt weltweit bei 12 Prozent, in den am wenigsten entwickelten Ländern ist er allerdings fast doppelt so hoch (siehe Abbildung 2).

Insgesamt hatten 214 Millionen Frauen in Entwicklungsländern 2017 einen ungedeckten Bedarf an modernen Verhütungsmitteln. Diese Frauen haben eine sehr eingeschränkte Wahlmöglichkeit, ob sie schwanger werden möchten oder nicht, was direkte Folgen für ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden hat. Insbesondere bei sehr jungen und älteren Frauen sowie bei Frauen, die mehr als vier Kinder haben, steigen die mit einer Schwangerschaft verbundenen Risiken (WHO 2018). Auch die Rate der Säuglingssterblichkeit steigt bei eng aufeinander folgenden und zeitlich schlecht abgestimmten Schwangerschaften (WHO 2018). Hinzu kommt, dass ein ungedeckter Bedarf an Verhütungsmitteln der wichtigste Grund für unbeabsichtigte Schwangerschaften ist: 84 Prozent der unbeabsichtigten Schwangerschaften von Frauen in Entwicklungsländern betrafen Frauen, deren Bedarf an modernen Verhütungsmitteln nicht gedeckt war (Guttmacher Institute 2017). Die Schwangerschaftsabbrüche in diesen Ländern finden aber noch immer sehr häufig unter Bedingungen statt, die nicht den medizinischen Standards entsprechen („unsafe abortion“) (Singh et al. 2017, Seite 35). Nach Schätzungen werden jährlich 6,9 Millionen Frauen in Entwicklungsländern wegen Komplikationen nach Abbrüchen unter unsicheren Umständen behandelt, also etwa sieben von 1000 Frauen zwischen 15 und 44 Jahren, wobei die Dunkelziffer weitaus höher liegen dürfte, denn etwa 40 Prozent der Frauen mit Komplikationen bekommen wahrscheinlich gar keine Behandlung (Guttmacher Institute 2018). Mindestens

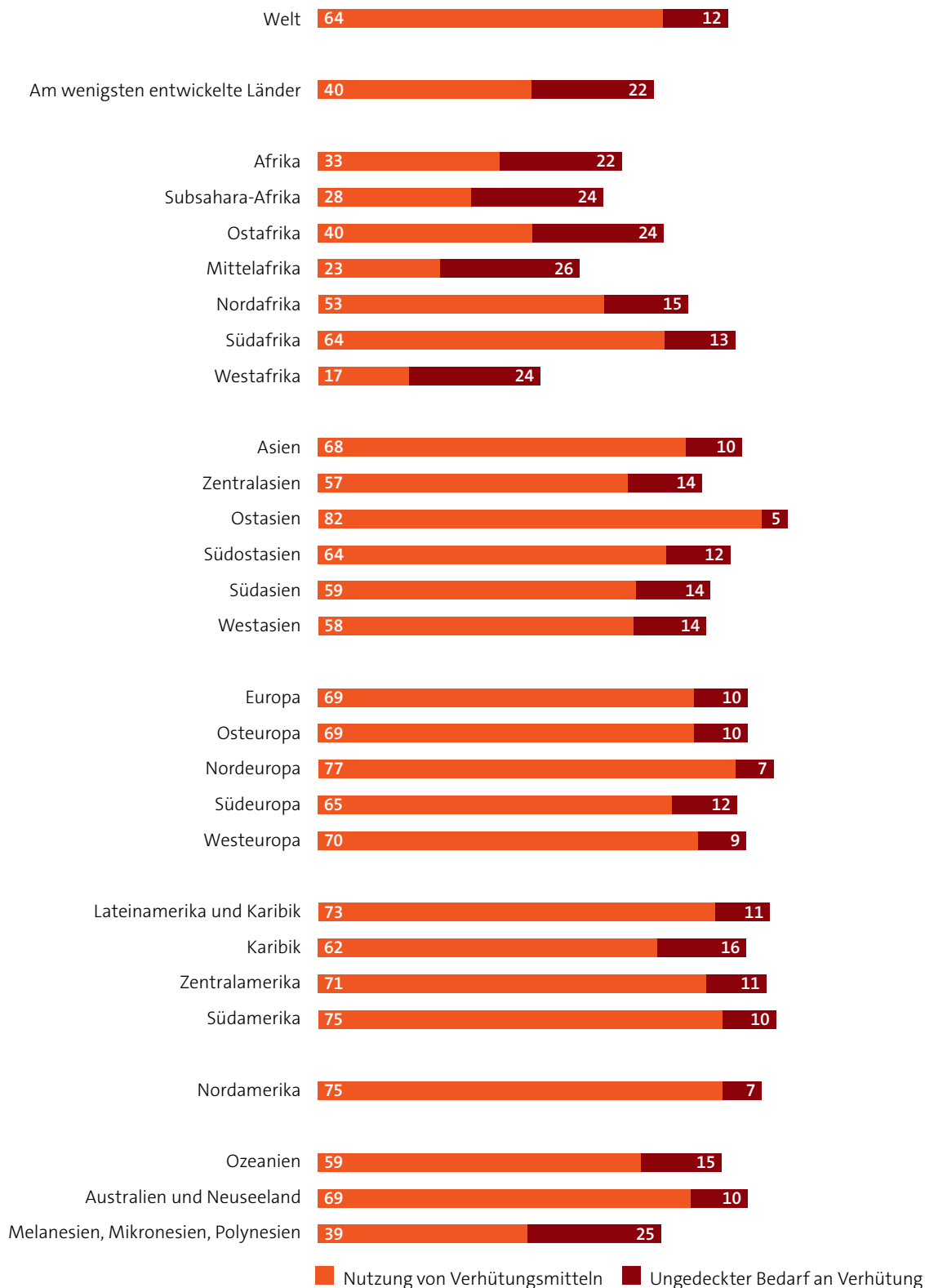
22.800 Frauen sterben jährlich an den Folgen eines nicht standardgemäß durchgeführten Schwangerschaftsabbruchs – fast alle in Entwicklungsländern und die meisten in Afrika (Guttmacher Institute 2018).

Verhütung kann die Mehrzahl der unbeabsichtigten Schwangerschaften verhindern und trägt damit insbesondere in Entwicklungsländern erheblich zur Frauengesundheit bei. Hinzu kommt, dass das Kondom für Männer und Frauen einen Schutz vor HIV und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten (STI) bietet. Einer der Hauptgründe für den ungedeckten Bedarf an Verhütungsmitteln ist die Sorge über Nebenwirkungen von Verhütungsmitteln. Hier ist Beratung und die Bereitstellung von Informationen zentral, um Frauen und Männer über die zur Verfügung stehenden modernen Verhütungsmittel und ihre Verwendung zu informieren und sie darin zu unterstützen, die für sie beste Methode zu finden (UN 2015b, Seite 12).

In Entwicklungsländern besteht das Hauptproblem in einem Mangel an Einrichtungen, in denen sowohl Beratung als auch medizinische Betreuung von Frauen rund um Fragen der Familienplanung und Geburt stattfinden kann. So bringen beispielsweise nur etwas über die Hälfte (56 Prozent) der Frauen in Afrika ihre Kinder in Gesundheitseinrichtungen zur Welt (Guttmacher Institute 2017). Die Dichte der Gesundheitseinrichtungen korreliert üblicherweise mit der Menge an Einrichtungen, in denen Verhütungsberatung geleistet wird. Insbesondere in Westafrika bestehen massive Defizite im Bereich der Dienstleistungen zur Familienplanung (Cleland et al. 2011). Aus diesen Gründen konzentriert sich die afrikanische Debatte zur Verhütungsberatung vor allem auf grundlegende strukturelle Aspekte. Einerseits ist hier die Implementierung verfassungsmäßig geschützter Gesundheitsrechte von Frauen und Mädchen wichtig (Eerdewijk et al. 2018, Seite 47). Eine Möglichkeit, Dienstleistungen im Gesundheitsbereich und auch Verhütungsberatung bereitzustellen, sind beispielsweise mobile Kliniken, die es bereits in einigen Ländern gibt (Eerdewijk et al. 2018, Seite 49).

Anders gestaltet sich die Debatte in westlich geprägten Industriestaaten, unterscheidet sich dort aber auch regional. Eine wichtige aktuelle Diskussion in der Europäischen Union betrifft online verfügbare Informationen zur Empfängnisverhütung. Hier geht es auch um den

Abb. 2: Nutzung von Verhütungsmitteln und ungedeckter Bedarf an Verhütung nach Regionen bei Frauen in Partnerschaften zwischen 15 und 49 Jahren (2015) (Daten: UN 2015b, Seiten 36 bis 42). Angaben in Prozent



Zugang zu Verhütungsberatung, da insbesondere junge Menschen ihre Informationen primär aus dem Internet beziehen und dies insofern ein wichtiger Zugangsweg zur Face-to-Face-Beratung ist. Die Vielzahl, aber auch die geringe Qualität der im Internet verfügbaren Informationen stellt hier ein Problem dar. Ein Lösungsweg, der diskutiert wird, ist die Bereitstellung von Websites der jeweiligen Landesregierungen, die verlässliche Informationen zusammenstellen (EPF 2018b). Auch in der US-amerikanischen Diskussion bilden die Probleme und Chancen sozialer Medien für die Verhütungsberatung einen Schwerpunkt. Eine effektive Verhütungsberatung sollte den Faktor Soziale Medien in ihre Strukturen einbeziehen (Yee 2010, Seite 374).

Diskutiert werden außerdem Barrieren, die sich daraus ergeben, dass unterschiedliche Institutionen im Bereich Verhütung tätig sind. So wird beispielsweise in England angemahnt, dass Dienstleistungen rund um Verhütung und STI sowie Schwangerschaftsabbrüche von unterschiedlichen Institutionen durchgeführt und bezahlt werden und sich daraus eine schlechtere Versorgungssituation ergeben kann (APPG 2015, Seite 21). Diese institutionellen Verwerfungen können auch dazu führen, dass Dienstleistungen rund um Verhütung nicht flächendeckend bereitgestellt werden (APPG 2015, Seite 10).

Weiterhin wird auf europäischer Ebene über die Möglichkeit zur Erstattung von Verhütungsmitteln diskutiert, was auf struktureller Ebene zur erhöhten Verfügbarkeit dieser beitragen und sich insofern auch direkt auf die Wirksamkeit von Verhütungsberatung auswirken würde. 28 europäische Länder bieten wenige oder gar keine Möglichkeiten zur Kostenübernahme an, was insbesondere bei einkommensschwachen Frauen bedeuten kann, dass sie das Verhütungsmittel ihrer Wahl aus Kostengründen nicht verwenden können (EPF 2018b, Seite 4). Insgesamt unterscheidet sich die Situation dabei in den westlichen und nördlichen europäischen Staaten deutlich von der in den ökonomisch schlechter gestellten süd- und osteuropäischen Staaten. So liegt die Nutzungsrate von Verhütungsmitteln (CPR) im südlichen Kaukasus bei 30 Prozent, in den westlichen Balkanstaaten bei 17 Prozent und im Gegensatz dazu in Nordeuropa im Schnitt bei 73 Prozent (EPF 2018b, Seite 7).

Innerhalb der internationalen Debatte wird kontrovers über die Vorgehensweise bezüglich reversibler Langzeitverhütungsmethoden, sogenannter LARCs (Long-acting reversible contraception), diskutiert. Studien zeigen, dass

Effektivität auch für Frauen eines der wichtigsten Kriterien bei der Auswahl eines Verhütungsmittels ist (Stanback et al. 2015, Seite 353). Einige quantitative Studien deuten darauf hin, dass die Mehrheit der Patientinnen LARCs wählen, wenn sie entsprechend beraten werden und die Verhütungsmethoden für sie zugänglich und bezahlbar sind (McNicholas et al. 2014). Strukturell ist hier darauf hinzuweisen, dass LARCs noch nicht überall verfügbar sind und wenn verfügbar häufig der Preis eine Barriere darstellt, längerwirkende Methoden wie Spirale oder Implantate zu nutzen (Stanback et al. 2015, Seite 355). Diese Erkenntnisse wirken notwendigerweise auch in die strukturellen Aspekte der Verhütungsberatung hinein. So empfiehlt beispielsweise die AAP (American Academy of Pediatrics), im Beratungsgespräch einer im Vorhinein festgelegten Struktur zu folgen, welche die verfügbaren Verhütungsmethoden entsprechend ihrer Effektivität, von besonders wirksam bis weniger wirksam, ordnet. Auf Grundlage dieser Struktur werden Leitlinien für Schulungen („Trainer’s Guides“) herausgegeben, um den Ablauf der Verhütungsberatung an die Beratenden weiterzugeben (vgl. Bruce/Martin 2008). Hier setzt aber auch Kritik an, dass nämlich Beratung zu direktiv werden und sich von einer rechtbasierten Beratung entfernen könnte, wenn sie nicht ausreichend auf die individuellen Bedürfnisse eingeht (Stanback et al. 2015, Seite 353). Es gilt hierbei auf struktureller Ebene, also beispielsweise in Trainingsprogrammen und Weiterbildungen auf Seite der Anbieter der Beratung, eine Balance zwischen der Empfehlung des effektivsten Verhütungsmittels und dem Eingehen auf die jeweilige individuelle Situation der Patientin zu finden. Hier wurde in der Diskussion nicht zuletzt auch darauf hingewiesen, dass in den USA, aber auch in den meisten anderen Ländern der Welt (und nicht zuletzt auch in Deutschland) die Geschichte voller Beispiele dafür ist, dass Frauen zur Sterilisation oder anderen Formen der Verhütung ohne ihre Einwilligung gezwungen wurden – und dass darum Vorsicht geboten ist, wenn es darum geht, bestimmte Verhütungsmittel zu priorisieren (Benson Gold 2014, Seite 13).

Bis zur Präsidentschaft Donald Trumps war ein weiteres wichtiges Thema in der US-amerikanischen Debatte das effektive Vorgehen gegen Diskriminierung innerhalb der Verhütungsberatung. Im Fokus stand dabei insbesondere die Perspektive einkommensschwacher Women of Color. Eine ganze Reihe von Studien ergab, dass die Qualität der Face-to-Face-Beratung stark von den Faktoren „race“ und „class“ beeinflusst wird (Yee 2011, Seite 1389). So wird

African American Women beispielsweise häufiger eine Sterilisation nahegelegt als weißen Frauen. Das Gefühl, innerhalb der Beratung stigmatisiert und diskriminiert zu werden, kann dazu führen, dass Women of Color seltener Verhütungsberatung in Anspruch nehmen als weiße Frauen (Yee 2011, Seite 1388). Qualitative Studien legen außerdem nahe, dass Women of Color besonders nach einer Schwangerschaft unter einer direktiven Verhütungsberatung leiden (Yee 2011, Seiten 1397–1398). Hier ist ein klientinnenzentrierter Fokus sinnvoll, der die spezielle Situation der Zielgruppe mitdenkt. Dies erfordert auf struktureller Ebene Schulungen der Berater*innen, damit sie sich die diskriminierenden Strukturen bewusst machen und lernen, sie im professionellen Handeln auszuscalten.

Seit Donald Trump 2016 Präsident wurde, verschiebt sich der US-amerikanische Diskurs sukzessive. Nur vier Tage nach Antritt seiner Präsidentschaft setzte Trump die „Global Gag Rule“ erneut in Kraft. Hierbei handelt es sich um einen Erlass der US-Regierung, welcher es allen Organisationen, die finanzielle Mittel der US-Regierung erhalten, verbietet, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen, über diese zu beraten oder sich für eine Liberalisierung einzusetzen (Starrs 2017, Seite 485). Der Druck, den die USA über die Global Gag Rule ausübt, hat auch erhebliche Auswirkungen auf Verhütungsberatung, insbesondere in Entwicklungsländern. Denn die hier tätigen NGOs bieten häufig unter einem Dach sowohl Informationen über sichere Abbruchmöglichkeiten als auch beispielsweise zur HIV-Prävention und Verhütung an und stehen durch die Politik der USA vor der Entscheidung, entweder ihre Finanzierung zu gefährden oder Frauen nicht mehr zu Abbrüchen informieren und versorgen zu können. Dadurch könnte die Dichte an Einrichtungen, die Verhütungsberatung anbieten, insbesondere in Entwicklungsländern, wo ein weiterer Ausbau besonders wichtig wäre, in den nächsten Jahren aus Geldmangel eher zurückgehen (Starrs 2017, Seite 486).

3. Zentrale Aspekte der Gesprächsführung: Informed Choice und klient*innenzentrierte Beratung

Wenn Verhütungsberatung niedrigschwellig und nicht-diskriminierend angeboten und für jeden zugänglich ist, stellt sich die Frage, wie das Beratungsgespräch selbst entsprechend der Menschenrechte zu organisieren ist.

Ein von der WHO hervorgehobener Punkt ist in diesem Zusammenhang, dass ein rechtbasiertes Beratungsgespräch nicht-direktiv vorgehen soll. Es soll vielmehr darauf zielen, Menschen mit qualitativ hochwertigen für sie verständlichen Informationen zu versorgen, damit sie in der Lage sind, eine selbstständige informierte Entscheidung zu treffen. Diese Informed Choice lässt sich nur dann umsetzen, wenn eine Reihe struktureller Bedingungen gegeben sind, zum Beispiel sollten möglichst alle hochwertigen Verhütungsmittel auch vor Ort verfügbar und für alle erschwinglich sein. Wichtig für die informierte Entscheidung ist aber auch das Beratungsgespräch selbst, das partnerschaftlich aufgebaut sein sollte: „Beratung im Sinne der Informed Choice sollte, wie gute Beratung im Allgemeinen, als Partnerschaft von zwei Experten konzipiert sein – der Anbieter als medizinischer Fachmann und der Klient/die Klientin als Expert*in seiner/ihrer eigenen Situation und Bedürfnisse.“¹¹ (Upadhyay 2001, Seite 26) Ein offenes Gespräch, dessen Verlauf der Klient/die Klientin bestimmt und in dem Gefühle und Fragen ausgesprochen werden und die Entscheidung von der Klientin/dem Klienten selbst getroffen wird, führt, dies konnte in Studien nachgewiesen werden, auch zu besseren Ergebnissen hinsichtlich der nachhaltigen Verwendung der gewählten Verhütungsmittel (Upadhyay 2001, Seite 26). Dabei ist es innerhalb der Verhütungsberatung schon lange allgemein anerkannt, dass der/die Beratende je nach Neigung der Klientin/des Klienten eine Auswahl trifft und nicht über alle verfügbaren Verhütungsmittel informiert, da die Aufnahmekapazitäten jedes Menschen in einem Gespräch begrenzt sind und eine Erläuterung aller Optionen erwiesenermaßen zu schlechteren Ergebnissen hinsichtlich der Nachhaltigkeit der Entscheidung führt (Upadhyay 2001, Seite 28; Schivone/Glish 2017, Seite 445).

Das Konzept der Informed Choice ist ein Interaktionsmodell, das aus dem medizinischen Feld stammt und dort eine mögliche Beziehung von Arzt/Ärztin zu Patient/Patientin beschreibt. Informed Choice fokussiert dabei auf die Autonomie des Patienten/der Patientin, der/die

das Gespräch aktiv mitbestimmt und die Entscheidung selbstständig trifft. Es wird oft als Gegenpol des paternalistischen Vorgehens beschrieben, also des traditionellen Interaktionsmodell, wo der Arzt/die Ärztin sowohl die Information bestimmt als auch die Entscheidungen trifft, während der Patient/die Patientin weitgehend passiv bleibt (Rockenbach/Schildmann 2011). Ein weiteres wichtiges Interaktionsmodell ist das sogenannte Shared Decision Making, auf Deutsch meist Partizipative Entscheidungsfindung, das zwar teilweise unterschiedlich definiert wird (Rockenbach/Schildmann 2011), aber immer den partnerschaftlichen Austausch fokussiert und eine von beiden gemeinsam getroffene Entscheidung zum Ziel hat (Messer 2013, Seite 261/62). In vielen medizinischen Settings ist heute die gemeinsame Entscheidungsfindung Usus, da die Vielzahl komplexer Informationen für Laien häufig nicht zu überblicken ist. Da die Beratung über Verhütung allerdings weniger komplex ist als viele andere medizinische Beratungsinhalte, setzt die Familienplanungsberatung üblicherweise auf das Konzept der Informed Choice (Upadhyay 2001, Seite 28).

Ein weiterer zentraler Ansatzpunkt, der in der Gesundheitswissenschaft immer stärker als Marker einer qualitativ hochwertigen Versorgung in den Fokus rückt und auch für die Verhütungsberatung zentral ist, ist der klient*innenzentrierte Ansatz (Dehlendorf et al. 2016, Seite 55). Grundlage dieses Ansatzes sind Respekt und Verständnis für die Bedürfnisse der Klientin/des Klienten. Das Beratungsgespräch richtet sich dialogisch nach den persönlichen Zielen, Wünschen, Bedürfnissen und Sorgen der Klientin/des Klienten und hat dabei das Ziel, das Verhütungsmittel zu finden, das am besten zur persönlichen Lebenssituation der/des Einzelnen passt. Dabei führt ein klient*innenzentriertes Vorgehen erwiesenermaßen zu besseren Entscheidungen und kann somit die Informed Choice unterstützen (Upadhyay 2001, Seite 31). Frauen, die in den letzten zwei Jahren eine individuell auf sie zugeschnittene Verhütungsberatung erhalten haben (im Gegensatz zu keiner Beratung oder nur der Weitergabe von Informationen), waren zufriedener mit ihrem Verhütungsmittel und verwendeten es konsistenter (Weisman et al. 2002). Einige Berater*innen konzentrieren sich deswegen nur auf die Verhütungsmittel, die der Klient/die Klientin selbst ins Gespräch einbringt, was häufig sicherlich ein guter Weg ist, manchmal aber auch zu unbefriedigenden Ergebnissen führen kann, wenn die Klientin/der Klient die für sie/ihn optimale Verhütungsmethode nicht kennt oder falsch bewertet (Schivone/Glish 2017, Seite 444).

¹¹ Englisch Original: „Counseling for informed choice, like good counseling in general, should be thought of as a partnership of two experts-the provider as the medical expert and the client as the expert on her or his own situation and needs.“

In der aktuellen Forschung wird daran anschließend die Frage diskutiert, ob eine klient*innenzentrierte Beratung auch die Form der Entscheidungsfindung beeinflussen sollte (Dehlendorf et al. 2016). Aktuelle qualitative Studien deuten darauf hin, dass manche Klient*innen sich wünschen, dass ein Berater/eine Beraterin sich bei der Verhütungsberatung wie ein Freund/eine Freundin verhält und sich selbst in den Beratungsprozess stärker einbringt. Einige Frauen wünschen dabei Einschätzungen von Seite der Beraterin/des Beraters zur für sie passenden Verhütungsmethode, also ein Interaktionsmodell, das eher dem in der Medizin sonst üblichen Shared Decision Making entspricht, während andere Frauen sich nur Informationen in Sinne des Informed Decision Making wünschen (Dehlendorf et al. 2016, Seite 59). Ein klient*innenbasierter Ansatz könnte hier die Beratungsform unterstützen, die sich der/die Einzelne tatsächlich wünscht. Eine aktuelle Studie hat ergeben, dass Shared Decision Making in der Verhütungsberatung die komplexen Wünsche und Bedarfe der Frauen gut aufnehmen kann und der Intimität der Fragestellung entspricht, wobei die Entscheidung am Ende gänzlich bei den Frauen lag, also eine Informed Choice getroffen wurde (Chen et al. 2019).

Problematisch scheint dabei allerdings, dass ein Shared Decision Making auch dazu führen könnte, dass unterschwellige Diskriminierungen der Beratenden fortgeschrieben werden. So deuten beispielsweise einige US-amerikanische Studien darauf hin, dass sogenannte LARC-Methoden häufiger marginalisierten Frauen sowie finanziell schlecht gestellten schwarzen Frauen und Latinas verschrieben werden als weißen Frauen (Schivone/Glish 2017, Seite 445). Hier wird deutlich, wie problematisch es insbesondere in einem Feld wie der Verhütungsberatung sein kann, von dem Grundsatz der Informed Choice abzuweichen. Eine gute Schulung der Beratenden, insbesondere in Hinsicht auf mögliche unterschwellige Diskriminierungen, ist hier zentral.

Ein weiterer Ansatz innerhalb der Verhütungsberatung, der aktuell diskutiert wird, besteht darin, Männer und Frauen danach zu befragen, wie viele Kinder sie wann haben möchten und einen sogenannten Reproductive Life Plan zu entwickeln. Im Gespräch soll die Klientin/der Klient dazu angeregt werden, über ihre/seine reproduktiven Ziele nachzudenken. Kritisiert wurde an diesem Ansatz, dass er für bestimmte Personengruppen nicht geeignet sein könnte, etwa für Personen mit ambivalenten Gefühlen zum Kinderwunsch oder für Personen,

für die der perfekte Zeitpunkt für eine Schwangerschaft aufgrund der Lebensumstände oder des finanziellen Backgrounds vielleicht nie kommt und die deswegen eine ungeplante Schwangerschaft als sozial akzeptabler empfinden (Schivone/Glish 2017, Seite 446). Ein dezidiert klient*innenzentrierter Ansatz, der auf reproduktive Ziele der/des Einzelnen fokussiert und von den Werten und Lebensbedingungen der/des Einzelnen ausgeht, könnte auch hier der bessere Weg sein (Callegari et al. 2017).

Die Forschung konzentriert sich heute verstärkt darauf, die Entscheidungsfindung von Frauen in Hinsicht auf Verhütung besser zu verstehen. Obwohl der Zeitaspekt für eine gute Verhütungsberatung eine erhebliche Rolle spielt, ist bislang nicht ausreichend untersucht, inwiefern eine ausdifferenzierte und klient*innenzentrierte Beratung innerhalb der ärztlichen Verhütungsberatung überhaupt zu leisten ist (Dehlendorf et al. 2016, Seite 60).

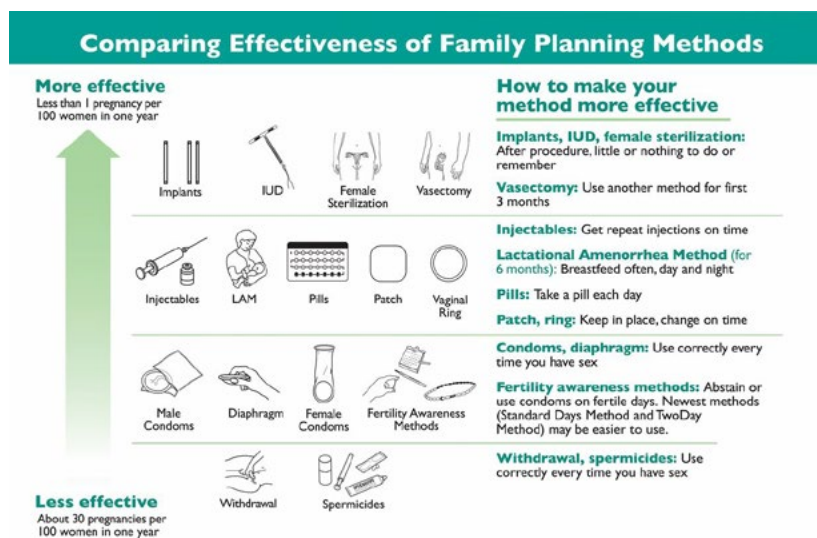
4. Wichtige inhaltliche Aspekte: Effektivität, Nebenwirkungen und mehr

In der neueren Forschung wurden einige Aspekte hervorgehoben, die für Nutzer*innen besonders wichtig sind, wenn sie sich für ein Verhütungsmittel entscheiden, und die insofern in der Beratung eine Rolle spielen sollten.

Es ist breit nachweisbar, dass die Verhütungssicherheit bei der Wahl des Verhütungsmittels für Frauen/Männer eine zentrale Rolle spielt. Um die Beratenden hier zu unterstützen, hat die WHO mit den Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use (MEC) einen Rahmen für die Beurteilung der Effizienz unterschiedlicher Verhütungsmittel erarbeitet (WHO 2015). Die Entwicklung und Aktualisierung dieser Kriterien erfolgt transparent und genügt höchsten wissenschaftlichen Standards. Neben hormonellen Methoden berücksichtigt die WHO auch Barrieremethoden, Fruchtbarkeitswahrnehmung, chemische Methoden, Stillen und den Coitus interruptus, die sie nach Sicherheit unter Berücksichtigung unterschiedlicher Anwenderprofile in vier Kategorien einteilt (Abbildung 3).

Da insbesondere LARCs sehr effektiv sind und weniger anfällig für Anwendungsfehler als orale hormonelle Verhütungsmethoden, wurde in mehreren Studien untersucht, warum LARCs trotz höherer Effektivität relativ wenig genutzt werden. Ein wichtiger Grund, neben dem Preis und der Verfügbarkeit, war mangelnde Information über diese Verhütungsmittel: In der in den USA durchgeführten CHOICE-Studie mit über 9000 Teilnehmerinnen, die in einer klientinnenzentrierten Beratung über hormonelle Verhütungsmittel und Barrieremethoden beraten wurden, wobei sie auf die besondere Effektivität der LARC-Methoden hingewiesen wurden, entschieden sich 75 Prozent der Teilnehmerinnen für eine der angebotenen (und kostenlos zur Verfügung gestellten) LARC-Methoden (McNicholas et al. 2014). In der europäischen TANCO-Studie (Think About Needs in COntraception) gaben drei Viertel der befragten Frauen an, dass LARCs eine Option für sie wären, wenn sie mehr Informationen darüber hätten, während die Ärzt*innen glaubten, nur

Abb. 3: Effektivität von Verhütungsmitteln gemäß der WHO (Abb. aus: Stanback et al. 2015)



etwas mehr als ein Drittel hätte Interesse an mehr Informationen zu LARCs (Merki-Feld et al. 2018). Hier scheinen erhebliche Informationsdefizite zu herrschen, die in der Beratung behoben werden könnten, aber von der Ärzteschaft nicht oder nicht umfassend wahrgenommen werden.

Im Zusammenhang mit der klient*innenzentrierten Verhütungsberatung wird es allerdings auch kritisch gesehen, wenn sich Verhütungsberatung rein auf die Effektivität des Verhütungsmittels ausrichtet. Die Verhütungsberatung unterscheidet sich insofern von anderen medizinischen Beratungsfeldern, als es nicht um die Vermeidung krankheitsbedingter negativer Folgen geht, sondern darum, eine überaus komplexe Entscheidung der eigenen Lebensführung zu treffen, um die eigene sexuelle Gesundheit zu bewahren und eine Schwangerschaft einzugehen oder nicht (Dehlendorf et al. 2016, Seite 56). Für viele Anwender*innen ist es zentral, wie das Verhütungsmittel in die persönliche Lebenssituation und zur Art und Weise, wie Sexualität gelebt wird, passt, also Fragen, die viele erst in einer von Vertrauen geprägten Beratungssituation thematisieren möchten (Ommert/Nottbohm 2017b, Seite 17). Das sehr komplexe Feld, in dem sich Verhütungsberatung bewegt, betrifft einen sehr intimen Bereich des menschlichen Lebens, der zudem teilweise von unklaren und manchmal ambivalenten Empfindungen geprägt ist. So konnte eine qualitative US-amerikanische Studie, in der 66 Frauen mit niedrigem Einkommen befragt wurden, zeigen, dass diese Frauen sich mehrheitlich nicht in der Lage sahen, ihr Verhütungsverhalten zu planen, und dass ihre Wünsche und ihr Verhütungsverhalten häufig inkongruent waren, dass sie aber dann mit einer ungeplant eingetretenen Schwangerschaft nicht unbedingt unzufrieden waren (Borrero et al. 2015).

Studien konnten nachweisen, dass die Beratung über Nebenwirkungen von Verhütungsmitteln die nachhaltige Nutzung des jeweiligen Mittels und die Zufriedenheit damit verbessern (Dehlendorf et al. 2016, Seiten 57–58; Weisman et al. 2002). Die Aufklärung über Nebenwirkungen ist auch deswegen besonders wichtig, weil eine Reihe von falschen Vorstellungen verbreitet sind, so ist beispielsweise die Angst vor Unfruchtbarkeit ein wichtiger Grund, eine Verhütungsmethode abzusetzen, und insbesondere die Veränderungen in der Monatsblutung spielen für viele Frauen eine wichtige Rolle bei der Wahl des Verhütungsmittels und der konsistenten Nutzung (Schivone/Glish 2017, Seite 445) und sollten in der Beratung unbedingt thematisiert werden. Eine US-amerika-

nische Studie ergab, dass zwar die meisten, nämlich 84 Prozent, der 574 befragten Frauen (vor einem Schwangerschaftsabbruch) Effektivität als besonders wichtig bei einem Verhütungsmittel bewerteten, aber auch 78 Prozent die Nebenwirkungen (Lessard et al. 2012). Teilweise werden auch ein niedriges Thromboserisiko und wenig Hormone als wichtige Faktoren angegeben (Merki-Feld et al. 2018). In diesem Feld besteht noch Forschungsbedarf, zumal eine Untersuchung darauf hindeutet, dass Frauen und Beratende unterschiedliche Prioritäten setzen: Während Frauen die Nebenwirkungen besonders wichtig sind, stand in dieser Studie für die Ärzteschaft die Effektivität ganz vorne (Weisberg et al. 2013).

Studien deuten auch darauf hin, dass praktische Gründe für viele Frauen die Auswahl des Verhütungsmittels mitbestimmen, so die Benutzerfreundlichkeit und die Finanzierbarkeit des jeweiligen Mittels (Lessard et al. 2012; Egarter et al. 2013).

Eine wichtige Rolle in der Entscheidung über Verhütung spielt dabei auch das soziale Umfeld und die dort üblichen oder favorisierten Verhütungsmittel (Dehlendorf et al. 2016, Seite 57), das insofern auch in der Beratung Beachtung finden sollte.

Die Vielzahl der möglichen Gründe für die Wahl eines bestimmten Verhütungsmittels und die individuell sehr unterschiedliche Priorisierung zeigen, wie wichtig es ist, jede Frau individuell zu beraten und keine generellen Vorgaben oder Leitlinien zu erstellen, die sich etwa rein nach der höheren Effektivität des Verhütungsmittels richten.

C. Rechtebasierte Verhütungsberatung in Deutschland

Gemäß der Repräsentativbefragung der BZgA zum Verhütungsverhalten in Deutschland verwenden 53 Prozent der Frauen/Paare in Deutschland die Pille als Verhütungsmittel, gefolgt von 37 Prozent, die mit Kondom verhüten, und zehn Prozent, die sich für die Verhütung auf eine Spirale verlassen, die Sterilisation liegt bei etwa fünf Prozent und die übrigen Verhütungsmittel werden nur von sehr wenigen verwendet (BZgA 2011a, Seite 13). Das Verhütungsverhalten in Deutschland ist insgesamt gut und die orale hormonelle Kontrazeption seit Langem die am häufigsten angewendete Verhütungsmethode. In jungen Jahren liegt der Anteil der Pillennutzerinnen dabei höher und nimmt mit zunehmendem Alter ab (BZgA 2011a). Der wesentliche Anteil an in Deutschland verfügbaren und genutzten Verhütungsmitteln ist hormonell wirksam oder erfordert einen Eingriff und ist nur über/bei Ärzt*innen erhältlich. Darum erstaunt es nicht, dass in Deutschland vor allem Gynäkolog*innen als Ansprechpartner in Verhütungsfragen für Frauen wichtig sind (Oppelt et al. 2017, Seite 1486; Bode/Heßling 2015). Gemäß der Befragung der BZgA schätzen aber insbesondere auch Jugendliche Beratungsstellen (Bode/Heßling 2015).

In Deutschland haben gemäß der von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Auftrag gegebenen und zwischen 2011 und 2014 in Deutschland durchgeführten Studie „frauen leben 3“ etwa vier Prozent der Frauen einen ungedeckten Bedarf an Verhütung. Während dieser ungedeckte Bedarf bei Frauen zwischen 20 und 24 Jahren bei nur 1,4 Prozent liegt, nimmt er mit dem Alter zu und erreicht bei Frauen zwischen 40 und 44 Jahren über sechs Prozent (Helfferich et al. 2016, Seite 124). Hier wird deutlich, dass Verhütungsverhalten als Prozess zu sehen ist: Eine durchschnittliche Frau mit zwei Kindern hat circa 30 Jahre lang Verhütungsbedarf, und der Bedarf ändert sich je nach Lebensphase (Helfferich et al. 2016, Seite 115; BZgA 2011a, Seite 15). Insofern ist auch Beratung immer wieder von Neuem nötig und wichtig.

Eine erhebliche Barriere für den Zugang zu Verhütung und damit auch zur freien Wahl des Verhütungsmittels ergibt sich aus den Kosten von Verhütung, die in Deutschland nur für junge Frauen erstattet werden und sonst von Frauen/Partnern selbst aufgebracht werden müssen (außer dort, wo spezielle regionale Regelungen zur Kostenübernahme für Frauen mit wenig Geld bestehen).

In Deutschland ruht die Verhütungsberatung auf zwei Säulen, die beide gesetzlich verankert sind: der ärztlichen Verhütungsberatung und der Verhütungsberatung in Beratungsstellen – beide sollen im Folgenden genauer vorgestellt werden. Anschließend soll noch kurz auf einige Gruppen mit speziellen Bedarfen in der Verhütungsberatung eingegangen werden, um die besonderen Herausforderungen für die Beratung zu verdeutlichen.

Außer in Arztpraxen und Beratungsstellen findet Beratung zu Verhütungsmitteln noch in Apotheken statt, dies insbesondere bei der Abgabe der Pille danach, seitdem diese rezeptfrei erhältlich ist (also seit März 2015). Die Bundesapothekerkammer empfiehlt, Frauen bzw. Paare vor der Abgabe der Pille danach in der Apotheke anhand einer Checkliste zu beraten (BAK 2018) und hat entsprechende Fortbildungscurricula entwickelt (Schumann 2016, Seite 18). Außerdem empfiehlt die BAK, bei Fragen, die über die Arzneimittelabgabe hinausgehen, etwa zur „Kupferspirale, Kontrazeption, Sexualität oder sexuell übertragbaren Krankheiten“ an Ärzt*innen zu verweisen und diese nicht etwa selbst vorzunehmen (BAK 2018, Seite 11). Insofern nehmen Apotheker*innen hinsichtlich Verhütungsberatung eher eine Lotsenfunktion ein, indem sie Frauen/Männer, bei denen sie einen Beratungsbedarf erkennen, an Ärzt*innen, aber auch an Beratungsstellen verweisen, die vom Gesetzgeber explizit mit dieser Aufgabe betraut wurden und dafür qualifiziert sind. Da Apotheker*innen nur im Einzelfall und konkret auf Medikamente bezogene Beratungsfunktionen übernehmen, wird dieses Thema hier nicht gesondert ausgeführt.

Angemerkt sei aber, dass einiges darauf hindeutet, dass nicht alle Apotheker*innen sich auf diese Lotsenfunktion beschränken. Insgesamt ist die Umsetzung der Beratung zur Pille danach in Apotheken noch nicht ausreichend erforscht. Eine nicht repräsentative telefonische Umfrage aus Hessen weist aber darauf hin, dass in der Abgabep Praxis noch erhebliche Barrieren, insbesondere für schlechter informierte Frauen bestehen könnten. Die Pille danach wird gemäß dieser Umfrage von Apotheker*innen fast immer nicht abgegeben, wenn die Frauen das Beratungsangebot verweigern. Außerdem würde die Hälfte der befragten Apotheker*innen Frauen, bei denen sie den Verdacht hätten, dass eine Vergewaltigung der Grund für die Einnahme des Präparats sein könnte, zu einem Arzt/einer Ärztin schicken, ohne die Pille danach herauszugeben (Dierolf/Freytag 2017, Seiten 10–11). Ein solches Vorgehen steht im Widerspruch zur Freiwilligkeit von

Beratung und damit einem der grundlegenden Elemente rechtebasierter Verhütungsberatung. Es scheint wichtig, hier noch genauer auf die Funktion zu schauen, die Apotheker*innen in diesem Zusammenhang einnehmen sollen, und dabei auch beispielsweise Haftungsfragen zu klären, um Frauen in Deutschland einen selbstbestimmten Zugang zur Pille danach zu ermöglichen.

Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang außerdem, dass Kooperationsstrukturen zwischen Apotheken, Ärzteschaft und Beratungsstellen, wie sie beispielsweise in Zusammenhang mit dem von pro familia durchgeführten Projekt biko zur Kostenübernahme verschreibungspflichtiger Verhütungsmittel aufgebaut wurden, einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung des Zugangs zu Beratung leisten können (Nottbohm/Ommert 2017b, Seiten 13–14). Denn durch eine enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit der unterschiedlichen Professionen kann es gelingen, dass möglichst viele Personen in ihren Bedarfen entsprechendes Beratungsangebot wahrnehmen können.

1. Ärztliche Verhütungsberatung

Die Verhütungsberatung ist Teil der täglichen Arbeit von Gynäkolog*innen. Die Beratung zu Fragen der Sexualität und Empfängnisverhütung umfasst dabei körperliche, psychische und soziale Aspekte (Schuster 2016). Obwohl durch die zunehmende Verfügbarkeit und Nutzung von Internet und sozialen Medien Informationen zu fachlichen Fragen und Erfahrungswerten gut zugänglich sind, nehmen Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen eine Schlüsselrolle bei der Informationsvermittlung ein (Merki-Feld et al. 2018, Seite 183; Bode/Heßling 2015). Dieses Ergebnis unterstützt auch etwa die BZgA-Studie zur Jugendsexualität: Die Hälfte der Mädchen war gemäß dieser Studie mit 15 Jahren bereits bei einer Gynäkologin/einem Gynäkologen und 90 Prozent dann im Alter von 17/19 Jahren (ohne/mit Migrationshintergrund). Insbesondere für die sexuell Erfahrenen war dabei Information über Verhütung der wichtigste Grund für den Arztbesuch (bei 61/54 Prozent ohne/mit Migrationshintergrund) (Bode/Heßling 2015, Seiten 39–40). 81 Prozent der Mädchen/jungen Frauen mit sexuellen Erfahrungen haben sich bereits gezielt zu Verhütung bei einem Arzt/einer Ärztin beraten lassen (Bode/Heßling 2015, Seite 43).

Rahmenbedingungen der ärztlichen Verhütungsberatung

Die ärztliche Verhütungsberatung ist durch gesetzliche und berufsrechtliche Vorgaben reguliert. Auf Basis des im fünften Sozialgesetzbuch festgelegten Anspruchs gesetzlich Versicherter auf ärztliche Verhütungsberatung (SGB V, §§ 24a) hat der Gemeinsame Bundesausschuss¹² die „Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch“ erstellt. Sie dienen der Sicherung der ärztlichen Betreuung und legen fest, welche ärztlichen Leistungen die gesetzlichen Krankenversicherungen bei der Empfängnisverhütung übernehmen. Die Richtlinien beziehen die „Beratung über Hilfen, die geeignet sind, (...) eine Schwangerschaft zu verhüten“ explizit ein, nicht aber eine „allgemeine Sexualaufklärung oder Sexualberatung“, wobei die Beratung auf Grundlage wissenschaftlicher Evidenz erfolgen soll (G-BA 2016, Seiten 2–3; GKV 2015).

Berufsrechtliche Vorgaben sind in der von der Bundesärztekammer verabschiedeten (Muster-)Berufsordnung

für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte geregelt sowie in der (Muster-)Weiterbildungsordnung und der (Muster-)Fortbildungsordnung (BÄK 2013, 2018a,b).¹³ Die (Muster-)Berufsordnung regelt umfassend ärztliche Behandlungsgrundsätze und Verhaltensregeln gegenüber Patient*innen und anderen Partnern im Gesundheitswesen. In Bezug auf Beratung sind dies wichtige Grundlagen wie die Achtung der Würde und Autonomie, weltanschauliche Neutralität, die ärztliche Schweigepflicht, der Datenschutz, die Aufklärungspflicht sowie Qualitätssicherung und Fortbildung. Viele der von der WHO geforderten Empfehlungen einer rechtbasierten Verhütungsberatung werden in Deutschland für Ärzt*innen formal durch Gesetzgebung, Berufsordnung, Weiterbildungsordnung und Richtlinien des Gemeinsamen Ausschusses sichergestellt. Durch das Ärztliche Gelöbnis (Deklaration von Genf des Weltärztebunds), die der ärztlichen Berufsordnung als Präambel vorangestellt ist, und die Berufsordnung selbst sind die Verpflichtung auf Nicht-Diskriminierung, der Respekt und die Wahrung der Autonomie und Würde der Patient*innen und die Achtung des Selbstbestimmungsrechts festgeschrieben. Auch die Verpflichtung auf Einhaltung der Schweigepflicht und die Aufklärungspflicht entspricht den Anforderungen rechtbasierter Beratung. Der Forderung nach qualitativ hochwertiger Betreuung wird durch die Pflicht zur kontinuierlichen Fortbildung und zur Teilnahme an qualitätssichernden Maßnahmen Rechnung getragen (BÄK 2018a).

Innerhalb der ärztlichen Ausbildung an den medizinischen Fakultäten der Universitäten wird das Thema Kontrazeption im Fach Frauenheilkunde behandelt. In der fachärztlichen Weiterbildung Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die durch die (Muster-)Weiterbildungsordnung geregelt ist, ist die „Beratung zu Familienplanung“ und die „Beratung zur hormonellen, chemischen, mechanischen und operativen Kontrazeption“ explizit vorgesehen (BÄK 2018b, Seite 83). Neben dem fachlichen Anforderungskatalog ist seit 2003 der Erwerb der Psychosomatischen Grundversorgung als integraler Bestandteil in der Weiterbildung zum Frauenarzt/zur Frauenärztin festgeschrieben (Deutsches Ärzteblatt 2003). Diese umfasst Schulung in Gesprächsführung und Gesprächstechniken sowie in patient*innenzentrierter Kommunikation und zielt unter anderem auf eine kooperative Patient/Patientin-Ärztin/Arzt-Beziehung und ein bes-

¹² Der Gemeinsame Bundesausschuss ist das höchste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen und besteht aus Vertreter*innen der Ärzteschaft, der Krankenhäuser, der Krankenkassen und Patientenvereinen. Die Richtlinien des G-BA bestimmen, welche Leistungen gesetzlich Versicherte erhalten.

¹³ Online unter: <https://www.bundesaerztekammer.de/recht/berufsrecht/> (Zugriff: 19.4.2019).

seres Verständnis für den Patienten/die Patientin unter Berücksichtigung seiner früheren und aktuellen sozialen Situation (BÄK 2018c). Neben der Frauenheilkunde ist die Beratung zu Familienplanung und die psychosomatische Grundversorgung auch in die Ausbildung zum Facharzt Allgemeinmedizin integriert (BÄK 2018b, Seite 24)

Medizinische Leitlinien sind ein wichtiger und etablierter Orientierungsrahmen in der ärztlichen Behandlung, allerdings ohne bindenden Charakter. Die Entwicklung der Leitlinien wird von der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.) als Dachverband der medizinischen Fachgesellschaften koordiniert. Eine offizielle deutsche Leitlinie zur Empfängnisverhütung gab es bisher nicht.¹⁴ Im Moment wird gerade eine Leitlinie erstellt, die das Ziel hat „eine evidenzbasierte Handlungsempfehlung für die Beratung von Frauen mit Antikonzeptionswunsch zu schaffen und für die Verordnung von Antikonzeptiva, die für die Frau unter Berücksichtigung ihrer Lebensumstände und ihres Risikoprofils individuell geeignet und nebenwirkungsarm oder -frei sind“.¹⁵ Die Leitlinie wurde bereits 2013 angemeldet und ist noch in Bearbeitung (Stand: März 2019). Sie umfasst ausschließlich hormonelle Verhütungsmethoden, wobei geplant ist, dass sich ein zweiter Teil mit nicht-hormonellen Kontrazeptiva beschäftigen soll (Pliefke 2017).

Setting, Inhalte und Herausforderungen der ärztlichen Verhütungsberatung

Die Betreuung von Frauen in ihrem Verhütungsverhalten umfasst viele unterschiedliche Lebensabschnitte und -bereiche, weswegen neben der Aufklärung über medizinische Fragen auch die Einbeziehung psychosomatischer Aspekte in die Beratung zentral ist (Schuster 2016).

¹⁴ Die sogenannte Leitlinie „Empfängnisverhütung“, die erstmalig 1998 von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe DGOG in der Zeitschrift Frauenarzt veröffentlicht wurde und später als S1-Leitlinie auf der Seite des AWMF geführt wurde, galt seit 2004 als gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin e.V. (DGGEF) und des Berufsverbands der Frauenärzte e.V. Sie erfüllt nicht die Kriterien zur Entwicklung von Leitlinien und wurde seit dem 1.9.2010 als „Sonstiger Text“ der DGOG eingestuft. Siehe: https://www.dgog.de/fileadmin/documents/leitlinien/archiviert/federfuehrend/015015_Empf%C3%A4ngnisverhuetung/015015_2010.pdf (Zugriff: 27.4.2019).

¹⁵ Zitat von der Webseite der AWMF: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/II/015-015.html> (Zugriff: 27.4.2018).

Insgesamt haben die Anforderungen an ärztliche Beratung, Information und Aufklärung in den letzten Jahren stark zugenommen. Dadurch dass immer mehr hormonelle Kontrazeptiva auf den Markt kommen, die sich in Zusammensetzung, Verabreichungsformen und Nebenwirkungen unterscheiden, und zudem immer neue Studienergebnisse zu Risiken und unterschiedlichen Risikoprofilen beachtet werden müssen, ist die Information und Aufklärung in diesem Bereich deutlich komplexer geworden. Als beispielsweise bekannt wurde, dass manche Pillenpräparate ein erhöhtes Risiko für Thromboembolien aufweisen, hat das zuständige Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte einen Warnhinweis veröffentlicht (BfArM 2014). Demnach sollen Patientinnen vor der Verschreibung eines oralen Kontrazeptivums über das Risiko einer Thromboembolie und mögliche Warnsymptome aufgeklärt werden. Bei der Verordnung soll das individuelle Thromboserisikoprofil der Frauen bedacht werden (zum Beispiel Rauchen, Übergewicht, höheres Lebensalter, anamnestische Migräne, venöse Thromboembolien in der Familie). Die Unterschiede zwischen den einzelnen Präparaten sollen in die Verordnungsentscheidung einfließen. Wird ein Pillentyp verordnet, der nicht der niedrigsten Risikogruppe zugeordnet wird, soll das vorab mit der Patientin abgesprochen werden. All dies bedeutet einen erheblichen Mehraufwand in der ärztlichen Beratung.

Der Pillenreport 2015, den die Techniker Krankenkasse durch das Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik SOCIUM an der Universität Bremen erstellen ließ, bewertete das ärztliche Ordnungsverhalten hinsichtlich oraler Kontrazeptiva in Deutschland. Der Report kam zu dem Ergebnis, dass, obwohl die Risikoprofile bekannt waren, mehr als die Hälfte der meistverkauften Pillenpräparate ein Gestagen enthalten, das entweder ein nachgewiesen erhöhtes oder zu diesem Zeitpunkt noch nicht ausreichend untersuchtes Thromboserisiko hatte. Ärzt*innen verordneten vorrangig Pillenpräparate der dritten und vierten Generation, die diese neu entwickelten Gestagene enthalten, und dies auffällig häufig an sehr junge Mädchen. Dieses Ordnungsverhalten ist evidenzbasiert nicht erklärbar. Hier könnte bei Nutzerinnen und Ärzt*innen ein Einfluss der Pharmaindustrie vorliegen. Zwar ist direkte Werbung für verschreibungspflichtige Medikamente durch das Heilmittelwerbegesetz untersagt, jedoch werden mithilfe vermeintlich neutraler Informationsseiten, Aufklärungskampagnen und Lifestyle-Seiten positive Aspekte neuer Wirkstoffe

(Gewicht, Haut, Haare) hervorgehoben, die insbesondere für junge Mädchen/Frauen interessant sein könnten (TK 2015, Seiten 30–34). Daneben wird versucht, auch Ärzt*innen durch redaktionelle Beiträge und ExpertInnen-Interviews zu beeinflussen.

Hier wird deutlich, dass es für Ärzt*innen eine Herausforderung sein kann, sich in der Beratung inhaltlich nur von der Evidenz leiten zu lassen, und welche Bedeutung evidenzbasierten Leitlinien zukommt. Aufgrund der starken Resonanz, die insbesondere neue Entwicklungen zur Pille immer wieder in den Medien finden, sind Fachkräfte hier auch mit vermehrter Verunsicherung konfrontiert, was zusätzlichen Beratungsbedarf nach sich zieht.

In Deutschland ist im internationalen Vergleich mit über 50 Prozent der Anteil der Pille an der Verhütung sehr hoch. Demgegenüber verhüten zum Beispiel nur ein Drittel der Schwedinnen und noch weniger Britinnen mit der Pille (Irala et al. 2011). Diskutiert wird, inwiefern die Wahl der Verhütungsmethode von der ärztlichen Empfehlung abhängt (Merki-Feld et al. 2018). In einer aktuellen Befragung von Gynäkolog*innen und ihrer Patientinnen in Deutschland verhüteten 56 Prozent aller Frauen und sogar 86 Prozent der Mädchen zwischen 14 und 19 Jahren mit oralen Kontrazeptiva (Oppelt et al. 2017; Oppelt et al. 2018). Subjektiv fühlten sich die befragten Mädchen über weitere Verhütungsmethoden gut informiert, zeigten aber Wissensdefizite bei den Wirkmechanismen (Oppelt et al. 2018). Die Hälfte aller Frauen und zwei Drittel der jungen Frauen wünschten sich mehr Informationen über Langzeitverhütungsmethoden. 60 Prozent aller Frauen und zwei Drittel der jungen Frauen gaben außerdem an, dass Langzeitverhütungsmittel für sie eine Option darstellen würden, wenn sie mehr Informationen hätten (Oppelt et al. 2017, Seite 1488). In der Befragung waren die Einschätzung von Frauen und Ärzt*innen hinsichtlich Methoden Zufriedenheit, Häufigkeit von Anwendungsfehlern und Bedarf an Informationen zu verschiedenen Verhütungsmethoden diskrepant. Auch wünschten sich Frauen deutlich häufiger zusätzliche Informationen hinsichtlich unterschiedlicher Verhütungsmethoden und zogen einen Methodenwechsel häufiger in Betracht als von Gynäkolog*innen angenommen (Oppelt et al. 2017, Seite 1488). Insgesamt scheinen hier also noch Informationsdefizite vorhanden, die von den Ärzt*innen nicht voll erkannt werden, die aber keine voll informierte Entscheidung erlauben und vielleicht auch eine Erklärung für den hohen Anteil an Pillennutzerinnen in Deutschland bieten.

Die Bundesärztekammer hat zusammen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin eine Checkliste für eine gute Arztpraxis herausgegeben, die in vielen Punkten mit den WHO-Kriterien für eine rechtebasierte Verhütungsberatung übereinstimmt (BÄK/BV/ÄZQ 2015; WHO 2014). Demnach ist die ideale Praxis gut erreichbar (Wohnortnähe, Terminabstimmung, bauliche Voraussetzungen, Zugang für Menschen mit Behinderung). Die Betreuung in der Praxis ist respektvoll, vorurteilsfrei und unvoreingenommen (interkulturelle Kompetenz) und wahrt die Privatsphäre und Vertraulichkeit. Der ärztliche Termin lässt ausreichend Zeit für Beratung, Untersuchung und Austausch. Die Konsultation findet auf Augenhöhe statt. Die ärztlichen Informationen sind neutral, sachlich und auf dem aktuellen Stand der Erkenntnis (evidenzbasiert). Sie werden in einer für die Patient*innen verständlichen Weise kommuniziert. Die Entscheidung findet als informierte und partizipative Entscheidung statt.

Die Realität der gynäkologischen Versorgung ist allerdings von Entwicklungen geprägt, die in eine andere Richtung deuten. Ein hohes Aufkommen von Patientinnen kann dazu führen, dass man schwer einen wohnortnahen Termin bekommt. In strukturschwachen Regionen, wo weniger Frauenärzt*innen praktizieren, kann sich die Situation noch verschärfen. Zudem müssen medizinische Leistungen nach dem gesetzlich festgelegten Wirtschaftlichkeitsgebot ausreichend, wirtschaftlich und zweckmäßig sein (SGB V, §12). Ökonomisierung und Effektivität rücken in den letzten Jahren in der Medizin immer mehr in den Vordergrund, und der mögliche strukturelle und inhaltliche Einfluss auf die Versorgung ist Thema vieler Fachbeiträge und medialer Berichterstattung (Beckermann et al. 2014). Während die Anforderungen an Beratung, Information und Aufklärung in der Verhütungsberatung in den letzten Jahren also deutlich gestiegen sind, wofür eigentlich mehr Zeit benötigt würde, verstärkt sich andererseits der Druck auf die Ärzt*innen, ihre Patient*innenkontakte ökonomisch zu gestalten.

Explizite Angaben, wie viel Zeit für die Verhütungsberatung in gynäkologischen Praxen zur Verfügung steht beziehungsweise wie sich das Zeitfenster in den letzten Jahren verändert hat, liegen nicht vor. Bekannt ist, dass zahlreiche Ärzt*innen mit der zur Verfügung stehenden Zeit nicht zufrieden sind (Bahrs/Dingelstedt 2009). Auch Patient*innen teilen die Einschätzung, dass Ärzt*innen zu wenig Zeit für ihre Belange haben. Laut einer Studie,

die die Konsultationszeiten bei Allgemeinärzt*innen in sechs europäischen Ländern verglich, betrug die durchschnittliche Dauer einer Konsultation 10,7 Minuten, wobei sie in Deutschland (wohl aufgrund der Vielzahl von Patient*innenkontakten) nur 7,6 Minuten dauerte (Deveugele et al. 2002). Auch andere Studien deuten im Schnitt auf ähnliche Zeiträume hin (Irving et al. 2017).

Der Faktor Zeit steht in direktem Zusammenhang mit der Vergütung ärztlicher Leistung. Da berechnungsfähige Leistungen in der Regel nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab EBM der Kassenärztlichen Bundesvereinigung als Pauschalpositionen vergütet werden, besteht für Ärzt*innen bei zeitaufwendiger und umfassender Beratung das Risiko, dass ihre Beratungsleistung finanziell nicht entsprechend ihrem Aufwand vergütet wird. Gemäß dem EBM belaufen sich die Leistungen, die Ärzt*innen für eine Verhütungsberatung berechnen können, auf 7,68 Euro.¹⁶

Sowohl die geringe Vergütung als auch die kurzen zeitlichen Vorgaben deuten darauf hin, dass eine Diskrepanz zwischen dem Anspruch an die ärztliche Beratung und der tatsächlichen Versorgungssituation besteht.

¹⁶ Webseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung „Beratung im Rahmen der Empfängnisregelung“, online: <https://www.kbv.de/html/13259.php?srt=relevance&stp=fulltext&q=beratung+empf%C3%A4ngnisverh%C3%Bctung&s=Suchen> (Zugriff: 27.4.2019).

2. Verhütungsberatung in Beratungsstellen

Beratung ist ein der Alltagssprache entlehnter Begriff, der zunächst recht unspezifisch eine breite Palette an Angeboten von dem in allen zwischenmenschlichen Beziehungen vorhandenen Ratschlägen bis hin zu hoch komplexen professionellen Beratungsbeziehungen bezeichnet. Die institutionalisierte Beratung vollzieht sich dabei in einem Feld, das sich in Deutschland im 20. Jahrhundert ausdifferenziert hat und sowohl von diversen Berufsgruppen bespielt wird als auch sehr unterschiedliche Felder umfasst (Wenzel 2013, Seite 16). Das 2004 erschienene Handbuch zur Beratung definiert Beratung in diesem professionellen Sinn als zentrale „Hilfe- und Unterstützungsform in psychosozialen, sozialen und gesundheitsberuflichen, psychologischen und pädagogischen Arbeitsfeldern mit geregelten Institutionalisierungs- und Professionalisierungsformen“ (Engel/Nestmann/Sickendiek 2004, Band 1, Seite 34). Dabei heben die Autoren insbesondere die doppelte Kompetenz von Beratung hervor: Einmal bietet Beratung eine spezifische Fachkompetenz, also Wissen und Informationen in einem speziellen Bereich, andererseits aber auch feldunspezifische Beratungskompetenzen. Als wichtige Fachrichtungen der institutionalisierten Beratung sind Psychologie, Soziologie, Pädagogik sowie soziale Arbeit zu nennen (Engel/Nestmann/Sickendiek 2004, Band 1, Seiten 34–35). Aus dieser multiprofessionellen Aufstellung von Beratung ergibt sich einerseits die Notwendigkeit, sich in der Beratung insbesondere von Heilberufen wie der Psychotherapie und der Medizin abzugrenzen, andererseits aber auch eine Offenheit und eine Vielzahl von Beratungsansätzen, die auch als Chance verstanden werden kann (Engel/Nestmann/Sickendiek 2004, Band 2, Seite 604–605).

In diesem Abschnitt soll dargelegt werden, wie die Verhütungsberatung in Beratungsstellen in Deutschland aufgestellt ist. Der tatsächliche Umfang an Verhütungsberatung in Beratungsstellen lässt sich kaum ermitteln, da sich das Angebot auf viele unterschiedliche private und öffentliche Träger verteilt und dabei fast immer innerhalb der Familienplanungsberatung betrachtet wird. In die Familienplanungsberatung fallen alle Themen, die die Planung von Zahl und Zeitpunkt der Geburt von Kindern betreffen, also neben Verhütungsberatung auch Kinderwunschberatung sowie weitere Themen rund um Schwangerschaft und Geburt. Auch pro familia als ein wichtiger Träger von Verhütungsberatung weist in ihrer Bundesstatistik Verhütungsberatung innerhalb der Familienplanungsberatung aus. pro familia hatte zwischen 2015 und 2017 zwischen 15.000 und 20.000 Erst-

beratungen im Themenfeld Familienplanung mit steigender Tendenz (pro familia Bundesstatistik 2017). Da pro familia nur einer unter vielen Trägern ist, kann davon ausgegangen werden, dass die Fallzahlen deutlich höher sind, zumal Verhütungsberatung auch innerhalb anderer Beratungsfelder ein wichtiger Bestandteil ist, so etwa in der §219-Beratung und in der Beratung zu Sexualität und Partnerschaft. Die Befragung der BZgA zur Jugendsexualität ergab dabei, dass zwar ein hohes Interesse an Informationen aus Beratungsstellen bei jungen Menschen vorhanden ist, dass aber nur sieben Prozent eine Beratungsstelle aufgesucht haben und dass dieser Anteil sich gegenüber den Vorjahren, als er noch im zweistelligen Bereich war, verringert hat (Bode/Heßling 2015, Seite 48). Hier scheint also eine gewissen Diskrepanz zu bestehen.

Insgesamt führt die BZgA in ihrem Online-Beratungsführer familienplanung.de über 1600 Familien- und Schwangerschaftsberatungsstellen auf, die üblicherweise auch Familienplanungs- und Verhütungsberatung anbieten. Für die auf der Internetseite der BZgA aufgeführten „Beratungsstellen zu Sexualität, Partnerschaft und Verhütung“ wird nur auf das Telefonbuch verwiesen, hier gibt es keinen eigenen Beratungsführer.¹⁷ In dem vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) geförderten Online-Beratungsführer der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung e.V. (DAJEB) ist es möglich, gesondert nach Stellen zur Familienplanungsberatung zu suchen.¹⁸ Insgesamt waren in diesem Führer 2006 bundesweit 1028 Beratungsstellen aufgelistet, die Familienplanungsberatung durchführen.¹⁹ Dass Verhütungsberatung selten als gesondertes Beratungsfeld ausgewiesen wird, kann auch auf den Stellenwert dieses Beratungsfelds in der gesellschaftlichen Debatte hindeuten. So wurden beispielsweise die Beratungsschwerpunkte „Beratung für Opfer jeglicher Gewalt (GewO)“ und „Beratung für Gewalttäter(innen) (GewT)“ erst 2010 in Folge der verstärkten gesellschaftlichen Debatte in den DAJEB-Bera-

17 Online unter: www.bzga.de/service/beratungsstellen/ (Zugriff: 14.4.2019).

18 Online unter: www.dajeb.de/beratungsfuehrer-online/beratung-in-ihrer-naehe/ (Zugriff: 14.4.2019).

19 Quelle: Schriftliche Mitteilung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung e.V. (DAJEB), 2006. Online unter: http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=11580 (Zugriff: 14.4.2019).

tungsführer gesondert aufgenommen (Wenzel 2013, Seite 19).

Verhütungsberatung ist in Deutschland also innerhalb der Familienplanungsberatung verortet sowie innerhalb der Beratung rund um Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch. Dies macht insofern Sinn, als Verhütungsberatung wie diese neben beraterischem Fachwissen auch medizinische Fachkenntnisse erfordert. Andererseits steht aber, anders als etwa bei der §219-Beratung und anderen psychosozialen Beratungsanlässen, weniger die Unterstützung bei der Bewältigung einer besonderen Situation im Vordergrund (Wälte/Lübeck 2018, Seite 24), sondern zunächst vor allem die Klärung spezifischer Fragen und die Weitergabe von Informationen. Da die Berater*innen aber eine Schulung haben, die auf beraterische Qualifikationen ausgerichtet ist (darauf wird unten noch näher eingegangen), eröffnet die in Beratungsstellen vorgehaltene Verhütungsberatung mehr als nur die Möglichkeit, sich über bestimmte Verhütungsmittel zu informieren. Im Folgenden soll in der gegebenen Kürze ein Überblick über das Beratungsverständnis, auf das sich die wichtigsten Träger von Beratungsstellen geeinigt haben, gegeben werden, um anschließend das Setting, die Prozesse und die Inhalte von Verhütungsberatung in Beratungsstellen zu umreißen.

Das Beratungsverständnis

Die Verhütungsberatung ist Teil der Beratungslandschaft in Deutschland und wird in auf psychosoziale Beratung ausgerichteten Beratungsstellen angeboten. Innerhalb der psychosozialen Beratung ist es zentral, die Weitergabe von Wissen und die Beratungskompetenz in eine „klientenzentrierte Balance“ (Wälte/Lübeck 2018, Seite 25) zu bringen, also am jeweiligen Anliegen der Ratsuchenden anzusetzen und die Beratung dementsprechend zu gestalten. Insofern lässt sich eine psychosoziale Beratung auch als Lern- und Bildungsprozess des Einzelnen verstehen, der auf einer ganzheitlichen Auffassung basiert (Wenzel 2013, Seiten 31–32). Dabei verwenden die Beratenden eine Vielzahl wissenschaftlich fundierter Ansätze, unter die wichtigsten zählen die psychoanalytisch orientierte Beratung, die klient*innenzentrierte Beratung und die Systemische Beratung (Wenzel 2013, Seite 34, umfassender Überblick über weitere Beratungsansätze in Engel/Nestmann/Sickendiek 2004, Band 2).

Der Schwerpunkt der psychosozialen Beratung liegt auf einer ganzheitlichen Beratung, die den Klienten/die Klientin dort abholt, wo er/sie steht und dabei die Gesprächsführung offen und partizipativ gestaltet. Dabei ist der prozesshafte Charakter des Beratungsgesprächs entscheidend, in dessen Verlauf die vorab verabredeten Themen teilweise auch neu angepasst werden. Die Beratung dient hier vor allem auch der Unterstützung des Klienten/der Klientin und kann damit letztlich auch als Hilfe zur Selbsthilfe bezeichnet werden (Wenzel 2013, Seiten 22, 37–41).

Der Deutsche Arbeitskreis für Jugend-, Ehe- und Familienberatung (DAKJEF), in dem die wichtigsten auch in der Verhütungsberatung tätigen Organisationen fachlich zusammenarbeiten,²⁰ hat 2001 Fachliche Standards von Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen sowie 2003 Ethische Standards in der institutionellen Beratung verabschiedet. Einleitend wird in den fachlichen Standards betont: „Beratung hat prozesshaften Charakter und ist darauf angelegt, dass Ratsuchende mit ihren Fragen und Problemen besser umgehen und eigene Lösungswege erarbeiten können.“ (DAKJEF 2001, Seite 13). An erster Stelle wird anschließend die Freiwilligkeit von Beratung als zentraler Grundsatz der Beratungsstellen genannt, dass also die Klientin/der Klient aus eigener Motivation die Beratung aufsucht, sowie weitere eher den Zugang und das Setting betreffende Faktoren. In den ethischen Standards verpflichten sich die Mitgliedsverbände auf ein Handeln, das Menschenwürde und Autonomie der Ratsuchenden wahrt und auf Basis einer hohen, überprüfbaren und stets aktualisierten fachlichen Kompetenz arbeitet (DAKJEF 2003). Die Beratenden handeln diskriminierungsfrei, sind „offen für die Wertorientierung und den Lebenskontext des/der Ratsuchenden“ und „befähigen die/den Ratsuchenden zu einer selbst verantworteten Entscheidung“ (DAKJEF 2003, Seite 4).

Zentrale Grundlagen der Leitlinien wichtiger Beratungsinstitutionen sind der Respekt vor der Entscheidung der Ratsuchenden, das Prinzip der Ergebnisoffenheit des Beratungsgesprächs und die Freiwilligkeit der Beratung

²⁰ Folgende fünf Verbände sind Mitglieder des DAKJEF: die Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V. (bke), die DAJEB, Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung e. V., die Evangelische Konferenz für Familien- und Lebensberatung e.V., der Fachverband für Psychologische Beratung und Supervision (EKFuL), die Katholische Bundesarbeitsgemeinschaft für Ehe-, Familien- und Lebensberatung, Telefonseelsorge und Offene Tür e.V. (KBKEFL) sowie die pro familia.

(Rummer 2013, Seiten 81–84). Insgesamt wird deutlich, dass die selbstbestimmte Entscheidung ein wichtiger Grundsatz ist, der auch für die Verhütungsberatung gilt und sich insofern im Rahmen der Menschenrechte wie oben dargestellt bewegt. Dabei steckt die Beratung, die dem hier dargestellten ganzheitlichen Beratungsverständnis folgt, ein breites Feld ab, wobei die Bedürfnisse und Vorstellungen des Ratsuchenden Leitfaden für die Beratung sind. Ziel der Beratung ist weniger das Ergebnis, sondern ein Prozess, der die eigenen Kompetenzen und Ressourcen des Ratsuchenden stärkt mit dem Ziel, eine tragfähige Entscheidung zu treffen (Schoeps 2012, Seite 65).

Es liegt auf der Hand, dass ein Beratungsgespräch zu Verhütung innerhalb eines solchen Beratungsverständnisses sich rein auf die Frage bestimmter Verhütungsmittel beschränken kann, aber nicht muss. Je nach Gesprächsverlauf können weitere Bedarfe deutlich werden. In diesem Feld tätige Beratungsstellen in Deutschland halten meist eine Vielzahl von Beratungsleistungen vor, so etwa familienfördernde Leistungen, aber auch soziale und wirtschaftliche Hilfen sowie Paar- und Sexualberatungen und Schwangerschaftsberatung (Schoeps 2012, Seiten 68–69). Wenn also im Rahmen einer Verhütungsberatung weitere Beratungsbedarfe deutlich werden, ist hier je nach Berater*innenkompetenz eine direkte Bearbeitung oder ein schneller Verweis an eine andere Person möglich.

Setting und Inhalte der Verhütungsberatung in Beratungsstellen

Familienplanungsberatung ist in Deutschland gesetzlich verankert. Nach dem Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (SchKG) hat jede/r Anspruch auf Information und Beratung „in Fragen der Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung sowie in allen eine Schwangerschaft unmittelbar oder mittelbar berührenden Fragen von einer hierfür vorgesehenen Beratungsstelle“ (§2 SchKG).

Die Bundesländer sind verpflichtet, für diese Beratung ausreichend Beratungsstellen zur Verfügung zu stellen, und zwar mindestens eine Beratungsfachkraft in Vollzeit für 40.000 Einwohner (Menne 2004, Seite 1221). Die Verhütungsberatung kann dabei von jeder Beratungsstelle übernommen werden, während mit der §-219-Beratung nur spezielle staatlich anerkannte Stellen betraut werden. Aufgrund der Bindung an die Einwohnerzahl kann es

in strukturschwachen Gebieten auch dazu kommen, dass keine wohnortnahe Betreuung möglich ist.

Die Beratungsangebote werden von staatlichen Stellen vorgehalten, etwa in Gesundheitsämtern, aber auch von privaten Trägern. Träger von Familienplanungsberatung sind beispielsweise Arbeiterwohlfahrt, Caritas, Diakonie, Frauengesundheitszentren, pro familia und das Deutsche Rote Kreuz.

Die Ausbildungsmöglichkeiten zum Berater/zur Beraterin und die Beratungsfelder differieren stark, und die Bezeichnung „Berater*in“ ist berufsrechtlich nicht geschützt (Rummer 2013, Seite 21). Deswegen existiert auch keine einheitliche Ausbildung zur Berater*in, üblicherweise wird aber ein Universitäts- oder Fachhochschulstudium vorausgesetzt. Häufige Studiengänge sind Soziale Arbeit oder Sozialpädagogik, Medizin, Psychologie und Pädagogik (Rummer 2013, Seite 41). Dies spiegelt sich auch in den Vorgaben der wichtigen Anbieter von Beratungsleistungen. Ebenso werden Fortbildungen und weitere Zusatzqualifikationen und besondere fachliche Qualifikationen entsprechend der Beratungsthemen gefordert (Rummer 2013, Seite 86; DAKJEF 2001, Seite 15). Schaut man auf die Fortbildungscurricula, so ist die Qualifikation der in der psychosozialen Schwangerschaftsberatung tätigen Fachkräfte insgesamt vergleichbar und auf hohem Niveau hinsichtlich der Schulung in Beratungskompetenzen und medizinischem, aber auch juristischem und sozialrechtlichem Fachwissen (Stender/Wolff 2015, Seiten 48–49). Die Beratungsverbände qualifizieren ihre Mitarbeiter*innen, und zwar spezifisch auf das Beratungsfeld zugeschnitten und praxisnah. Dies ist ein Spezifikum der institutionalisierten Beratung, die in den Mitgliedsverbänden des DAKJEF abgebildet ist.

Wie oben dargestellt, erfolgt Verhütungsberatung in einer Beratungsstelle häufig innerhalb anderer Beratungsanlässe. Der/die Ratsuchende kann aber auch direkt zur Verhütungsberatung eine Beratungsstelle aufsuchen oder von einem Arzt/einer Ärztin dorthin weiterempfohlen werden. Im Rahmen des von pro familia durchgeführten Modellprojektes biko konnte festgestellt werden, dass sich die Beziehungen zwischen Ärzt*innen und Beraterin*innen in Bezug auf die Verhütungsberatung durch persönliche Kontakte und kontinuierliche Zusammenarbeit verbessern ließen (hier ging es konkret um die Zusammenarbeit bei der Abrechnung von Kostenübernahmen für Verhütungsmittel).

Insbesondere Gruppen mit besonderem Beratungsbedarf können von einer ausgiebigeren, unterschiedliche Bedarfe abklopfenden psychosozialen Beratung profitieren. Wichtig ist hier auch die Einbeziehung von (Video-) Dolmetscher*innen, um Personen mit wenig Deutschkenntnissen einen Zugang anzubieten.

Die psychosoziale Beratung findet in der Beratungsstelle meist in Einzelberatung (evtl. auch in Paarberatung) zwischen der Berater*in und dem/der Ratsuchenden statt. Berater*in und Ratsuchende kennen sich normalerweise vor dem Beratungstermin nicht. Die Berater*in unterliegt der Schweigepflicht. In der Beratungsstelle (auch im Außenbereich) sollte eine wertschätzende Atmosphäre herrschen, in der die Ratsuchende sich öffnen kann und Raum und Zeit für das Beratungsanliegen und emotionale Dimensionen vorhanden ist (Rummer 2013, Seiten 35–36). Die Dauer der Beratung richtet sich nach den Bedarfen des/der Ratsuchenden und kann bis zu eine Stunde pro Sitzung einnehmen. Die angewendeten Methoden in der psychosozialen Beratung sind vielfältig und werden aus unterschiedlichen Bereichen eklektisch zusammengestellt und auf den Einzelfall bezogen, wobei die Zusammenstellung nicht zufällig ist, sondern der „Versuch einer geplanten und kontrollierten Kombination und Integration verschiedener Verfahren“ (Nestmann 2004, Seite 789). Wichtig sind dabei insbesondere vier Wirkfaktoren: „Aktive Hilfe zur Problembewältigung“, „Klärungsarbeit“, „Problemaktualisierung“, „gezieltes Arbeiten mit den Potenzialen und Stärken der Rat Suchenden“, die in eine „gelingende Beziehung zwischen Berater und Klient“ eingebettet werden müssen (Nestmann 2004, Seite 791).

Ziel der psychosozialen Beratung ist zunächst, die Ratsuchenden zur Reflexion anzuregen. Dabei können auch Themen rund um Partnerschaft und Sexualität eine Rolle spielen, die die Wahl des Verhütungsmittels ebenfalls beeinflussen (Nottbohm/Ommert 2017a, Seite 7). Die Klient*innen können Emotionen zulassen und aussprechen. Außerdem stellen die Berater*innen den Klient*innen Informationen als Basis für die Entscheidungsfindung zur Verfügung (Rummer 2013, Seite 39). Häufig geht es auch darum, ein zu viel an Informationen zu bewältigen und die für den Ratsuchenden relevanten Informationen herauszuheben. Wenn also eine Klientin beispielsweise schon bei der/dem Gynäkolog*in war und beraten wurde, zielt die Beratung eher auf eine „Informationsbalance“ und darauf, die Informationen kognitiv und emotional zu verarbeiten (Nestmann 2008, Seite 8). Die

Verhütungsberatung kann auch ein Trittbrett für weitere Beratungen sein, wenn ein Bedarf erkannt wird.

Über die tatsächliche Umsetzung von Verhütungsberatung in Beratungsstellen in Deutschland gibt es wenig fundierte Informationen. Insbesondere wäre es wichtig, die Beratung zu evaluieren und zu untersuchen, ob Beratungsstellen, die explizit Verhütungsberatung anbieten, den Ansprüchen an eine rechtbasierte Verhütungsberatung auch gerecht werden, also zum Beispiel Berater*innen mit entsprechenden Qualifikationen sowie spezielles Equipment (etwa einen „Verhütungsmittelkoffer“) vorhalten.

3. Bevölkerungsgruppen mit besonderem Beratungsbedarf

Einige Bevölkerungsgruppen sind besonders von Diskriminierung betroffen. Der Zugang zu Beratung kann für diese Gruppen schwieriger sein, und ihr Beratungsbedarf unterscheidet sich möglicherweise von dem anderer Gruppen. Die WHO nennt in ihrem Rahmenkonzept für die Sicherstellung der Menschenrechte bei der Bereitstellung von Informationen und Diensten im Bereich der Empfängnisverhütung als Faktoren der Diskriminierung „aufgrund von Rasse, Hautfarbe, Geschlecht, Sprache, Religion, politischer oder sonstiger Meinung, nationaler oder sozialer Herkunft, Eigentum, Geburt oder einem sonstigen Status, wie zum Beispiel Behinderung, Alter, Zivil- und Familienstand, sexueller Orientierung und Genderidentität, Wohnort oder wirtschaftlicher und sozialer Lage.“ (pro familia 2018, Seite 21) Wichtige weitere Gruppen mit speziellen Bedarfen sind Menschen, die mit HIV leben, und trans- sowie intersexuelle Menschen (pro familia 2018, Seite 27). Die Sorge dafür, dass schutzbedürftige Gruppen Zugang zu Informationen und Diensten haben und dass sie entsprechend ihrer besonderen Bedarfe beraten werden, ist ein zentraler Punkt für die Realisierung der Menschenrechte in diesem Bereich. In Deutschland gibt es keine offiziellen Richtlinien, die auf Verfügbarkeit und Qualität in der Vermittlung von sexuellen und reproduktiven Rechten und Gesundheit an besonders vulnerable Gruppen zielen (IPPF 2015, Seite 41).

Die Diskussion befasst sich hinsichtlich der Gruppen mit besonderem Beratungsbedarf vor allem mit jungen Menschen, Personen aus sozial benachteiligten und bildungsfernen Schichten, Migrant*innen sowie Menschen mit Behinderungen (insbesondere mit Lernschwierigkeiten). Die besondere Situation dieser Gruppen in Bezug auf Verhütungsberatung soll im Folgenden kurz charakterisiert werden, wobei sich die Darstellung auf die Situation in Deutschland konzentriert, die gut mit derjenigen in den meisten anderen westlich geprägten Staaten vergleichbar ist.

Einleitend sei darauf hingewiesen, dass verschiedene Formen der sozialen Diskriminierung intersektional verbunden sind. So ziehen sich die Formen der Diskriminierung, die mit Armut verbunden sind, in die anderen hier angesprochenen Bereiche (Migration, Beeinträchtigung, Jugend) hinein und verschlimmern die Situation der Betroffenen zusätzlich. Erfolgreiche Verhütungsberatung muss gegenüber dieser Intersektionalität von Diskriminierung sensibel agieren.

Junge Menschen

Die Beratung junger Menschen ist insofern besonders wichtig, als sie noch sexuell unerfahren und nicht immer gut aufgeklärt sind. Deswegen benötigen sie häufiger zusätzliche Unterstützung in der Wahl eines Verhütungsmittels sowie Beratung bezüglich der korrekten und konsistenten Anwendung und der Nebenwirkungen (Minnis et al. 2014; Oppelt et al. 2018). Zentrale Elemente in der Beratung junger Menschen sind der Wunsch nach Vertraulichkeit, Rücksichtnahme auf die besondere Situation junger Menschen, die sich häufig in Übergangsphasen befinden, leichter beeinflussbar und unsicherer sind und insofern eine besonders rücksichtnehmende und wertschätzende Gesprächsführung benötigen, um zu einer selbstbestimmten Entscheidung zu kommen (ACOG 2017: 2-4). Weiterhin sind für Jugendliche flexible Öffnungszeiten von Beratungsstellen besonders wichtig, die auch auf die üblichen Schulzeiten Rücksicht nehmen sollten (Hock-Long 2003: 145).

In Studien konnte nachgewiesen werden, dass junge Menschen in Europa in der Regel gut verhüten und dass sich ihr Verhütungsverhalten seit den 1970er-Jahren kontinuierlich verbessert. Eine Erhebung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zur Jugendsexualität ergab, dass fast alle der dort befragten deutschen Jugendlichen zwischen 14 und 25 Jahren regelmäßig gut verhüten und nur vier Prozent gar nicht verhüten, beim „Ersten Mal“ nutzen allerdings mit acht Prozent doppelt so viele keine Verhütungsmittel (Bode/Heßling 2015, Seite 165). Unterschiede gab es zwischen den Geschlechtern und zwischen jungen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund. Zwar ist die Schwangerschaft Minderjähriger in Deutschland sehr selten, aber wenn diese Gruppe schwanger wird, brechen 60 Prozent der Mädchen die Schwangerschaft ab – zum Vergleich: bei den 18- bis 19-Jährigen sinkt die Abbruchrate bereits auf 38 Prozent (BZgA 2009, Seite 42). In den USA, wo beispielsweise die Organisation der Kinderärzt*innen den Rat zur Enthaltksamkeit unter die effektiven Verhütungsmethoden zählt (AAP 2014), sind die Jugendschwangerschaftsraten deutlich höher.

Die Befragung der BZgA ergab außerdem, dass bei der Beratung Minderjähriger die Eltern die wichtigsten Ansprechpartner bezüglich sexueller Themen sind, dass aber viele Jugendliche auch professionelle Ansprechpartner vorziehen (Ärzt*innen/Expert*innen in Beratungsstellen). Ärzt*innen nannten 30 Prozent der Mädchen und 12 Prozent der Jungen als präferierte Ansprechpart-

ner, Beratungsstellen 21 Prozent der Mädchen und 15 Prozent der Jungen. Auffällig ist dabei, dass sich weniger Jugendliche mit Migrationshintergrund bei Fragen zur Sexualität bevorzugt an ihre Eltern wenden als solche ohne Migrationshintergrund, dass sich Erstere dafür aber etwas häufiger an Ärzt*innen (und Mädchen mit Migrationshintergrund auch etwas häufiger an Beratungsstellen) wenden (Bode/Heßling 2015, Seiten 18–20).

Zwei von drei Mädchen/junge Frauen im Alter von 14 bis 25 Jahren gaben in dieser Studie an, ärztliche Verhütungsberatung aufgesucht zu haben, um sich gezielt über Verhütung beraten zu lassen (Bode/Heßling 2015, Seite 43). Die Beratungsstellen sind zwar weniger frequentiert, scheinen aber für bestimmte unterversorgte Gruppen, etwa junge Mädchen, die noch nie bei der Gynäkologin/beim Gynäkologen waren, ein wichtiger Ort zu sein, um sich zu diesem Thema zu informieren (Bode/Heßling 2015, Seite 7). Ein wichtiger Faktor ist zudem, dass die Verhütungsberatung bei Gynäkolog*innen Männer ausschließt, eine Lücke, die Beratungsstellen schließen könnten.

Viele der befragten Jugendlichen wünschten sich mehr Informationen über Verhütung (32 Prozent der Mädchen und 25 Prozent der Jungen sowie 40 Prozent der Mädchen mit Migrationshintergrund) (Bode/Heßling 2015, Seite 6–7). Dies unterstreicht auch eine 2015 durchgeführte Online-Befragung, die sich mit dem Verhütungsverhalten in Deutschland befasste und dafür über 18.000 Frauen und über 1.000 Gynäkolog*innen befragte (Thinking About Needs in Contraception, TANCO). Das Wissen der befragten Mädchen zwischen 14 und 19 Jahren über die Funktionsweise der Verhütungsmittel (auch der selbst genutzten), gefragt wurde insbesondere nach der Pille, der Hormon- und Kupferspirale und dem Vaginalring, wies deutliche Defizite auf, wobei die Gynäkolog*innen jeweils von einem wesentlich höheren Wissensstand ausgingen (Oppelt et al. 2018, Seiten 1002–1005). Während sich 58 Prozent der Mädchen mehr Informationen über sichere Langzeitverhütungsmethoden wünschten und 68 Prozent angaben, eine Verwendung in Betracht zu ziehen, glaubten Ärzt*innen, dass nur 25 Prozent überhaupt an mehr Information interessiert wären und diese Verhütungsmethoden nur für 18 Prozent tatsächlich eine Option darstellen würden (Oppelt et al. 2018, S 1006). Es besteht also noch ein deutlicher Bedarf an Verhütungsberatung, der zudem von den Ärzt*innen unterschätzt wird.

Die Studien zeigen auch, dass junge Menschen in Deutschland vor allem mit Pille und Kondom verhüten. In der Studie der BZgA hatten unter den Minderjährigen fast keine Erfahrungen mit anderen hormonellen Verhütungsmitteln als der Pille und bei den bis zu 25-Jährigen nur etwa zehn Prozent und auch die Spirale hatten in der Altersgruppe bis 25 Jahre höchstens acht Prozent schon einmal genutzt (Bode/Heßling 2015, Seite 175). Auch die TANCO-Studie ergab für die Gruppe der 14- bis 19-jährigen Frauen, dass mit 86 Prozent die große Mehrzahl orale kombinierte Kontrazeptiva nutzte. Aufgrund der Rekrutierungsbedingungen dieser Studie wurden hier nur Frauen befragt, die bei einer/m Gynäkolog*in in Behandlung waren. Die deutliche Bevorzugung der Pille könnte auch auf gewisse Tendenzen in der Beratung hinweisen.

Menschen mit Beeinträchtigung

Einen besonderen Beratungsbedarf haben häufig auch Menschen mit Beeinträchtigung, insbesondere Menschen mit Lernschwierigkeiten. 2009 ist in Deutschland die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung in Kraft getreten, ein völkerrechtliches Übereinkommen mit dem Ziel einer inklusiven Gesellschaft, die allen Menschen eine uneingeschränkte, wirksame und gleichberechtigte Teilnahme und Teilhabe in gesellschaftlichen Bereichen ermöglichen soll (BAMS 2016, Seite 2). Artikel 6 der UN-Konvention formuliert, dass Frauen und Mädchen mit Beeinträchtigung mehrfacher Diskriminierung ausgesetzt sind, und in Artikel 25 wird das Recht auf ein Höchstmaß an Gesundheit einschließlich sexual- und fortpflanzungsmedizinischer Gesundheitsleistungen festgelegt (UN 2008: 6/7). Der Deutsche Ärztetag in Mainz hat im gleichen Jahr einen umfassenden Forderungskatalog beschlossen, der die Zielsetzung verfolgt, die medizinische Versorgungssituation von Menschen mit Behinderung zu verbessern (Deutscher Ärztetag 2009, Seiten 32–38). In Deutschland lebten 2013 insgesamt 12,7 Millionen Menschen mit Beeinträchtigungen. Das entspricht einem Anteil der Bevölkerung von 15,8 Prozent. 50,3 Prozent davon sind Frauen. Allerdings sind die Differenzen innerhalb dieser Gruppe erheblich, sowohl im Grad als auch in der Art der jeweiligen Beeinträchtigung, so bestehen etwa für sehbeeinträchtigte Menschen andere Probleme als für hörbeeinträchtigte (Wienholz 2013, Seite 85). Besonders behutsam ist dabei auch die Beratung junger Menschen mit Beeinträchtigung anzugehen (Wienholz 2013, eBand). Ziel sollte sein, das Recht auf selbstbestimmte Sexualität

für Menschen mit Beeinträchtigung zu gewährleisten und ihnen die dafür nötigen Informationen zur Verfügung zu stellen.

In der Verhütungsberatung von Menschen mit Beeinträchtigung sind dabei zwei Perspektiven zu beachten: zum einen die Zugänglichkeit von gesundheitlichen Einrichtungen für beeinträchtigte Menschen, zum anderen die Qualifikationen der Fachkräfte, die Verhütungsberatung anbieten. Denn für eine qualitativ hochwertige Verhütungsberatung, die auf die Bedürfnisse von Menschen mit Beeinträchtigung zugeschnitten ist, braucht es spezielle Fähigkeiten, die in Fortbildungen geschult werden müssen (Petri/Ribbert 2017). Zu denken wäre hier etwa an Leichte Sprache und die verstärkte Verwendung von Anschauungsmaterial für Menschen mit Lernbeeinträchtigung, aber auch an die Schulung in spezifischen Problemen von körperbeeinträchtigten Menschen, im Umgang mit Opfern sexualisierter Gewalt (die bei Menschen mit Beeinträchtigung häufig vorkommt) und Elternarbeit. Wichtig um zu einer selbstbestimmten Entscheidung zu kommen, sind für Menschen mit Beeinträchtigung auch ein flexibler zeitlicher Rahmen sowie ein besonders gesichertes Umfeld. Die Bundesärztekammer hat 2011 eine zielgruppenspezifische curriculare Fortbildungsreihe für die medizinische Betreuung von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Beeinträchtigung entwickelt (BÄK 2011). Zur Erreichbarkeit, Zugänglichkeit und Nutzbarkeit von Gesundheitseinrichtungen auf Bundesebene gibt es keine gesicherten Daten (BAMS 2016, Seite 320), dies gilt auch für geschlechtsspezifische Gesundheitsdienste. Eine Ärzt*innen-Befragung der Stiftung Gesundheit weist jedoch in diesem Kontext auf große Defizite bei der räumlichen Zugänglichkeit hin (BAMS 2016, Seite 321).

Eine gute Beratung von Menschen mit Beeinträchtigung ist auch insofern wichtig, als die erhobenen Zahlen darauf hinweisen, dass sowohl Sterilisationen als auch etwa die Anwendung der Dreimonatsspritze unter Frauen mit Beeinträchtigung wesentlich höher ist als unter anderen Frauen. Zehn bis 18 Prozent der Frauen mit Beeinträchtigung sind sterilisiert (der allgemeine Bevölkerungsdurchschnitt liegt bei fünf bis acht Prozent), wobei sich wahrscheinlich nur etwa die Hälfte dazu bewusst entschieden hat, und 43 Prozent der Frauen, die in betreuten Einrichtungen leben, erhalten die Dreimonatsspritze, die aufgrund ihrer hohen Nebenwirkungen ansonsten wenig genutzt wird (Staatliche Koordinierungsstelle 2017, Seite 6).

Menschen mit niedrigen Bildungsabschlüssen und/oder geringem Einkommen

Eine weitere Gruppe, bei der die Zahlen auf einen erhöhten Beratungsbedarf hinweisen, sind Menschen, die geringe Bildungsabschlüsse haben. So nimmt beispielsweise bei höherem Bildungsgrad die Anzahl an Bezugspersonen, mit denen Jugendliche über Verhütung sprechen, zu (Bode 2015, Seite 16). Quantitative Studien konnten zeigen, dass Menschen mit niedrigen Bildungsabschlüssen häufiger gar keine Verhütungsmittel nutzen (Fiala 2019; Seite 12; Radulovic et. al 2005, Seiten 59–60; BZgA 2011a, Seite 10; Bode/Heßling 2015, Seite 152). Auch schätzen Frauen mit niedrigen Bildungsabschlüssen ihr eigenes Wissen über Verhütung als geringer ein als Frauen mit höheren Bildungsabschlüssen (Radulovic et. al 2005, Seite 60, BZgA 2011a, Seite 22).

Empirisch ist gesichert, dass geringes Einkommen in Deutschland eine Hürde beim Zugang zu Verhütung darstellt. Armut geht mit Verhütungsrisiken und einem erhöhten Risiko ungewollter Schwangerschaften einher (Helfferich 2015, Seite 13). Während in der Studie „frauen leben 3“ nur circa vier Prozent der fertilen Frauen einen ungedeckten Bedarf an Verhütungsmitteln hatten, waren es unter den Frauen mit niedrigen Bildungsabschlüssen knapp sieben Prozent (Helfferich et al. 2016, Seite 124). Hintergrund dieser Situation ist, dass in Deutschland jede/r selbst für Verhütungsmittel aufkommen muss (mit Ausnahme junger Frauen). Finanziell schlechter gestellte Frauen verzichten unter Umständen aus Kostengründen auf Spirale oder Pille und verhüten stattdessen mit preiswerteren und teilweise weniger zuverlässigen Methoden (Helfferich 2017). Zwar gibt es in einigen Kommunen öffentliche Regelungen zur Übernahme der Verhütungskosten, wer aber berechtigt ist, Leistungen zu beziehen und wo und wie dies zu beantragen ist, variiert ebenfalls von Region zu Region (Staender/Thonke 2015: 14-16). Einiges weist auch darauf hin, dass junge Frauen teilweise nicht wissen, dass sie Verhütungsmittel kostenlos erhalten (Helfferich 2017, Seite 10). Hier kann Beratung helfen, Informationsdefizite zu beheben.

In dem von pro familia durchgeführten Modellprojekt biko, das für Frauen mit wenig Geld die Kostenübernahme von Verhütungsmitteln ermöglicht, wurde insbesondere auf die Niedrigschwelligkeit des Kostenübernahmeverfahrens (zum Beispiel leichte Verständlichkeit, gute Erreichbarkeit, geringer bürokratischer Aufwand etc.) Wert gelegt sowie darauf, dass mit der Kostenübernahme das freiwillige Angebot einer Verhütungsbera-

tung verbunden ist. Dabei wurde der Zugang zu den Informationen in möglichst vielen Sprachen vorgehalten und über Videodolmetschen dafür gesorgt, dass auch Frauen, die nicht oder wenig Deutsch sprechen, die Beratung wahrnehmen können (Nottbohm/Ommert 2017b, Seite 13–14). Auch wenn die Frauen bei diesem Projekt vor allem in die Beratungseinrichtungen kommen, um ein kostenloses Verhütungsmittel zu erhalten, wurde das Angebot einer Beratung von vielen angenommen, was den hohen Bedarf verdeutlicht. Beratung kann in diesem Kontext eine kurze Nachfrage zur Anwendung der Pille bedeuten, aber auch ein einstündiges Beratungsgespräch zu sozialen und Partnerschaftsfragen oder ein Informationsgespräch über weitere mögliche Verhütungsmittel.

Migrant*innen/Geflüchtete

Eine weitere Gruppe mit besonderem Beratungsbedarf, die in jüngerer Zeit verstärkt in den Fokus der Forschung gerückt ist, sind Menschen mit Migrationshintergrund. Innerhalb dieser Gruppe gilt es, zwischen den verschiedenen Herkunftsländern und daraus resultierenden kulturellen Unterschieden zu differenzieren,²¹ die im Beratungsgespräch berücksichtigt werden sollten (Sargent 2005, Seite 150–151). Das Kontrazeptionsverhalten von Migrant*innen aus islamisch geprägten Ländern unterscheidet sich etwa darin, dass der Coitus interruptus hier deutlich häufiger angewendet wird und aus Angst vor Unfruchtbarkeit Vorbehalte gegen Pille und Spirale bestehen. Das Kondom wird von Männern eher abgelehnt (BzGA 2011b, Seite 23). Bei Migrant*innen stellen insbesondere mangelnde Sprachkenntnisse, erschwerter Zugang zur Gesundheitsversorgung aufgrund des Migrant*innenstatus und fehlender Zugang zu Informationen Hindernisse in Gesundheitsförderung und Prävention dar (BzGA 2011b, Seite 12). Im Schnitt wissen Menschen mit Migrationshintergrund über alle Altersgruppen hinweg weniger über die eigenen körperlichen Vorgänge als Menschen ohne Migrationshintergrund. Dieser Unterschied erklärt sich unter anderem aus einem niedrigeren Bildungsniveau und Defiziten in den Sprachkenntnissen und verringert sich in der zweiten Generation der Migrant*innen deutlich (BzGA 2011b, Seite 24).

Migrationssensible Verhütungsberatung ruht auf drei Säulen: Sie geht kultursensibel vor, indem sie Maßnahmen und Medien nutzt, die auf eine klar beschriebene Zielgruppe mit engem kulturellem Bezug passen, sie ist

migrationsspezifisch, indem Menschen mit Migrationshintergrund nicht ausgeschlossen werden (beispielsweise über die Sprache) und sie ist der Diversity verpflichtet, indem sie Migrant*innen proaktiv einbezieht und positiv beteiligt (BzGA 2011b, S 29). Eine konkrete Maßnahme, um den Zugang zu Informationen für Migrant*innen niedrigschwelliger zu organisieren, wäre etwa die Vermittlung von sexuellen und reproduktiven Rechten in Integrationskursen (pro familia 2011, Seite 14).

Auch die Perspektive migrantischer Jugendlicher ist in diesem Kontext noch einmal gesondert zu betrachten. So stellte die BZgA-Studie zur Jugendsexualität fest, dass 63 Prozent der Mädchen und 51 Prozent der Jungen ohne Migrationshintergrund von ihren Eltern über Verhütung aufgeklärt werden, aber nur 41 Prozent der Mädchen und 36 Prozent der Jungen mit Migrationshintergrund (Bode/Heßling 2015, Seite 28). Hier zeigt sich ein Bedarf, auf den migrationsspezifische Verhütungsberatung eingehen könnte.

Die Schwierigkeit, gelingende Verhütungsberatung zur Verfügung zu stellen, verschärft sich noch einmal, wenn es sich bei den betroffenen Menschen um Geflüchtete handelt. Aufgrund ihrer finanziell sowie persönlich häufig äußerst prekären Situation hat diese Gruppe erhöhten Schutzbedarf. In deutschen Flüchtlingsunterkünften bestehen erhebliche Lücken bei Angeboten zur Prävention sexuell übertragbarer Krankheiten und zur Verhütungsberatung (UNICEF/BMFSF 2018, Seiten 3–4). Gute Verhütungsberatung sollte die spezifische Situation geflüchteter Menschen in den Unterkünften Rechnung tragen, indem sie beispielsweise Angebote vor Ort bereitstellt (pro familia 2018a, Seite 6). Noch prekärer stellt sich die Lage bei Geflüchteten dar, die ihren Aufenthaltsstatus verlieren und sich illegal weiterhin in Deutschland aufhalten. Diese sind generell stärkeren gesundheitlichen Risiken ausgesetzt, da sie aus Angst vor Abschiebung oder anderen Repressalien häufig nicht an Beratung teilnehmen und ihre gesundheitlichen und reproduktiven Rechte nicht wahrnehmen (pro familia 2018b, S 34). Geflüchtete Menschen haben häufig einen erhöhten Bedarf an Informationen und Beratung, auf den die Beratungseinrichtungen in den EU-Staaten oft schlecht vorbereitet sind. Dabei differieren die Bedarfe auch hier je nach Herkunftskontext, wobei auch noch nicht abschließend geklärt ist, wie die Beratung sich hier aufstellen sollte, um möglichst viele darin zu unterstützen, einen selbstbestimmten Zugang zu Verhütung zu erreichen (pro familia 2018b, Seite 22–30).

²¹ Zur Definition von Migrant*innen vgl. BzGA 2011b, Seite 7–8.

D. Fazit

Zugang zu einer menschenrechtsbasierten Verhütungsberatung, die eine informierte Entscheidung über Verhütungsmittel befördert, ist ein Menschenrecht. Es ist ein zentrales Element in der Gleichstellung von Frauen, aber auch für die Verminderung von Armut und die Weiterentwicklung: „Leben und Wohlbefinden von Millionen von Frauen und Mädchen hängt davon ab, ob sie haben, was sie benötigen, um eine Wahl darüber zu treffen, ob und wie viele Kinder sie bekommen wollen und in welchem Abstand.“²² (UNFPA/WHO 2015, Seite VI) Bis heute ist vielen Frauen und Mädchen der Zugang zu qualitativ hochwertiger Verhütungsberatung verwehrt, dabei insbesondere Menschen in Entwicklungsländern sowie Personen, die marginalisierten Gruppen angehören. Es ist die bindende Verpflichtung jedes Staates, hier Maßnahmen zu ergreifen, um Dienstleistungen im Bereich Verhütung flächendeckend zur Verfügung zu stellen.

Im Folgenden sollen die Bedarfe hinsichtlich der Versorgungssituation in Deutschland kurz skizziert werden sowie eine Reihe möglicher Themen für künftige Forschungsarbeiten (ohne Anspruch auf Vollständigkeit).

²² Im englischen Original: “The lives and well-being of millions of women and adolescent girls depend on whether they have what they need to exercise choice about when to have children, how many to have, and at what intervals.”

1. Bedarfe innerhalb der Versorgungssituation in Deutschland

Obwohl Ärzteschaft und Beratungsstellen sich die Beratungsarbeit in der Verhütungsberatung teilen, ist die Vernetzung zwischen diesen beiden Professionen bisher ungenügend. Dabei konnte herausgearbeitet werden, dass die Beratung durch Ärzt*innen, die sich vor allem auf die medizinischen Fragen bezieht und zielorientierter berät, und die Beratung durch Berater*innen, die eher prozesshaften Charakter hat, dabei aber dem Ratsuchenden mehr Freiräume geben kann, sich gegenseitig sehr gut ergänzen können. Insbesondere könnte die Verhütungsberatung in Beratungsstellen eine wichtige Entlastung für Gynäkolog*innen darstellen, bei denen die Beratung aus ökonomischer Sicht meist innerhalb eines kurzen Zeitintervalls abgehandelt werden muss (wenn dies auch sicherlich im Einzelfall und je nach Gynäkologin/Gynäkologe differiert). Dies wäre insbesondere bei Gruppen mit besonderem Beratungsbedarf wichtig, die mehr Beratungszeit, aber auch teilweise sehr spezielle Kenntnisse und Materialien benötigen. Ein Problem ist dabei, dass „Berater*in“ keine geschützte Berufsbezeichnung ist und insofern die Qualifikation der Berater*innen nicht wie etwa bei den Ärzt*innen vorausgesetzt wird. Hier könnten eine größere Transparenz, aber auch verstetigte Netzwerke, Runde Tische und Qualitätszirkel, die persönliches Kennenlernen ermöglichen, hilfreich sein. Auch eine eindeutige Etikettierung von Verhütungsberatung als Verhütungsberatung (nicht nur als Familienplanungsberatung) und die deutliche Vermittlung der Besonderheiten psychosozialer Verhütungsberatung wären hier hilfreich.

Ein wichtiger Punkt ist außerdem die mangelhafte Evaluation von Beratung in Beratungsstellen, die es zwar in Deutschland gibt, die aber nicht umfassend implementiert ist und deren Ergebnisse kaum für die Weiterentwicklung genutzt werden. Hinzu kommt, dass Beratungsstellen, aber auch gynäkologische Praxen in strukturschwachen ländlichen Räumen häufig nicht wohnortnah zugänglich sind (IPPF 2015, Seiten 21, 41).

Auch Angebote für Bevölkerungsgruppen mit speziellem Beratungsbedarf werden nicht flächendeckend vorgehalten und Kompetenzen in gruppenspezifischer Beratung müssten stärker in Schulungen und Fortbildungen vermittelt werden. In Deutschland gibt es keine offiziellen Richtlinien für die Vermittlung von sexuellen und reproduktiven Rechten und Gesundheit an besonders vulnerable Gruppen. Vielerorts fehlen beispielsweise spezielle Angebote für Jugendliche (IPPF 2015, Seite 41) und insbesondere Ärzt*innen bräuchten mehr Schulung

im Umgang mit Menschen mit Beeinträchtigung (Petri/Ribbert 2017, Seite 21). Daneben ist auch migrationsspezifische Beratung nicht überall zugänglich und erfordert ebenfalls spezielle Kompetenzen.

Nicht zuletzt sei auf die Barriere der Kosten von Verhütungsmitteln hingewiesen, die auch die Verhütungsberatung betrifft. Wenn in der Beratung ein passendes Verhütungsmittel gefunden wird, das dann aber aufgrund der hohen Kosten nicht oder nicht konsistent verwendet wird, so beeinträchtigt das nicht nur das Wohl des/der Einzelnen, sondern auch die Effizienz der Beratung.

Frauen haben offensichtlich Bedarf an mehr Wissen zur natürlichen Verhütungsplanung (Raith-Paula et al. 2013, Seite 3) und zu Langzeitverhütungsmitteln (Oppelt et al. 2017). Hier sollte die Verhütungsberatung mehr verständliche Informationen bereitstellen.

2. Forschungsdesiderate

Ein wichtiger Aspekt künftiger Forschung könnte es sein, die langfristige Zufriedenheit von Frauen/Männern mit den von ihnen gewählten Verhütungsmitteln und die konsistente Nutzung zu untersuchen und dabei darauf zu schauen, ob es einen Zusammenhang mit unterschiedlichen Beratungsansätzen und -formen gibt (Schivone/Glish 2017, Seite 447). Auch die Frage, welche Gründe neben der Effektivität die Entscheidung über ein Verhütungsmittel vor allem beeinflusst, ist noch nicht umfassend geklärt, insbesondere mit Blick auf die Ambivalenzen hinsichtlich des Kinderwunsches scheint dieser Aspekt interessant.

Ferner stellt sich die Frage, wie gut sich Verhütungsberatung im ärztlichen Umfeld mit kleinem Zeitfenster überhaupt realisieren lässt. Daten aus der TANCO-Studie deuten darauf hin, dass hier Informationsdefizite nach Beratung vorhanden sind (Oppelt et al. 2017). Unklar ist auch, wie lange Ärzt*innen tatsächlich zu Verhütung beraten.

Zudem liegen zu wenig Daten dazu vor, wie stark Verhütungsberatung in Beratungsstellen in Deutschland aktuell wahrgenommen wird. Auch über Ablauf, Setting und Inhalte von Verhütungsberatungen in Beratungsstellen und darüber, ob diese den Grundsätzen einer rechtbasierten Verhütungsberatung entsprechen, gibt es zu wenig fundierte Informationen.

Weiterhin wäre speziell für Deutschland zu untersuchen, wie die Abgabe der Pille danach in Apotheken funktioniert und ob hier Defizite bestehen, die durch eine bessere Schulung und Richtlinien für Apotheker*innen behoben werden könnten. Auch im Bereich der interprofessionellen Kooperation zwischen Ärzt*innen und Berater*innen besteht noch Forschungsbedarf.

Unklar ist auch, wie sich Beratung aufstellen sollte, um die Bedarfe von Geflüchteten zu erfüllen, die zudem je nach Herkunftskontext differieren (pro familia 2018b, Seiten 22–30).

Auch die Bedarfe von Männern hinsichtlich Verhütungsberatung sind noch sehr wenig erforscht.

Eine wichtige Frage ist außerdem, wie Frauen Verhütungsberatung in Zusammenhang mit anderen Beratungen und insbesondere innerhalb der §-218-Beratung aufnehmen. Hier stellt sich die Frage, ob es etwa im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch zielführend ist, das Thema Verhütung anzusprechen, oder ob es sinnvoller ist, andere Wege zu gehen, um

Frauen über weitere Verhütung zu informieren. Diskutiert wird in diesem Zusammenhang, ob die Herstellung einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Frau und Berater*in und eine gute Beratung durch den Hinweis auf Verhütung nicht gerade verhindert wird (Kilander 2018, Seiten 16–17). Weitere Forschung könnte Aufschluss darüber geben, wie Beratende hier vorgehen sollten.

E. Verwendete Literatur

AAP American Academy of Pediatrics (2014): Contraception for Adolescents. In: *Pediatrics* 134/4. Online unter: <https://pediatrics.aappublications.org/content/134/4/e1244> (Zugriff: 26.4.2019).

ACOG The American College of Obstetricians and Gynecologists (2017): Counseling Adults about Contraception. Online unter: <https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Adolescent-Health-Care/co710.pdf?dmc=1&ts=20190416T1036330524> (Zugriff: 16.4.2019).

Almalik, Mona, Sultan Mosleh und Issa Almasarweh (2018): Are users of modern and traditional contraceptive methods in Jordan different? In: *Eastern Mediterranean Health Journal* 24/4: Seiten 377–384. Online unter: http://applications.emro.who.int/emh/v24/04/EMHJ_2018_24_04_377_384.pdf?ua=1 (Zugriff: 4.4.2019).

APPG All-Party Parliamentary Group on Sexual and Reproductive Health in the UK (2015): *Breaking down the barriers: The need for accountability and integration in sexual health, reproductive health and HIV services in England*. London. Online unter: <http://www.fpa.org.uk/sites/default/files/breaking-down-the-barriers-report-appg-srhuk.pdf> (21.4.2019).

Bahrs, Ottomar und André Dingelstedt (2009): *Auf der Suche nach der verlorenen Zeit. Zur angemessenen Dauer des hausärztlichen Gesprächs aus Sicht der Versicherten*. In: Jan Böcken, Bernard Braun, Juliane Landmann (Hrsg): *Gesundheitsmonitor 2009. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung*. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung: Seiten 80–101.

BAK Bundesapothekerkammer (2018): *Rezeptfreie Abgabe von oralen Notfallkontrazeptiva („Pille danach“)*. Online unter: https://www.abda.de/fileadmin/assets/Praktische_Hilfen/Leitlinien/Selbstmedikation/BAK_Handlungsempfehlungen-Checkliste-NFK_20180228.pdf (Zugriff: 27.4.2018).

BÄK Bundesärztekammer (2011): *Strukturierte curriculare Fortbildung. „Medizinische Betreuung von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung“*. Berlin. Online unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/CurrBehinderung.pdf (Zugriff: 17.4.2019).

BÄK Bundesärztekammer (2013): *(Muster-)Fortbildungsordnung*. Online unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/_Muster-Fortbildungsordnung_29052013.pdf (Zugriff: 27.4.2019).

BÄK Bundesärztekammer (2018a): *(Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte*. Online unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO-AE.pdf (Zugriff: 27.4.2019).

BÄK Bundesärztekammer (2018b): *(Muster) Weiterbildungsordnung*. Online unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/MWBO-16112018.pdf (Zugriff: 27.4.2019).

BÄK Bundesärztekammer (2018c): *(Muster-)Kursbuch Psychosomatische Grundversorgung mit integriertem Fortbildungscurriculum „Patientenzentrierte Kommunikation“*. Online unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Fortbildung/Muster-Kursbuch_PSGV.pdf (Zugriff: 27.4.2019).

BÄK/KBV/ÄZQ Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (2015): *Patienten-Information.de: Woran erkennt man eine gute Arztpraxis? Checkliste für Patientinnen und Patienten*. Online unter: <https://www.patienten-information.de/checklisten/arztcheckliste> (Zugriff: 27.4.2019).

BAMS Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016): *Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslage von Menschen mit Behinderung. Teilhabe – Beeinträchtigung - Behinderung*. Bonn. Online unter: https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a125-16-teilhabebericht.pdf?sessionid=2C75C692C84DC5813A0C887B802BC148?__blob=publicationFile&v=9 (Zugriff: 17.4.2019).

Becker, Annika und Gerd Glaeske (2017): „Die Antibabypille ist kein Bonbon“ – Eine Befragung zum Wissensstand von Mädchen und Frauen. In: *pro familia magazin* 4: Seiten 13–15.

Beckermann, Maria J., Anke Kleinemeier, Mechthild Kuhlmann, Angelika Linckh, Claudia Schumann und Eva Waldschütz (2014): *IGeL und WANZ: Wie die Ökonomisierung in der Medizin die ambulante Versorgung verändert – Beispiele aus gynäkologischen Praxen*. In: Alexandra Manzei, Rudi Schmiede (Hg.): *20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege*. Wiesbaden: Springer VS: Seiten 265–288.

Benson Gold, Rachel (2014): *Guarding Against Coercion While Ensuring Access: A Delicate Balance*. In: *Guttmacher Policy Review* 17/3. Online unter: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/gpr170308.pdf (Zugriff: 10.4.2019).

BfArM Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2014): *Rote-Hand-Brief zu kombinierten hormonalen Kontrazeptiva. Einschließlich Informationsmaterialien: Risiko von venösen Thromboembolien*. Online unter: <https://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Pharmakovigilanz/DE/RHB/2014/rhb-khk.html> (Zugriff: 27.4.2019).

Bitzer, Johannes, Kristina Gemzell-Danielsson, Frans Roumen, Maya Marintcheva-Petrova, Bas van Bakel und Björn J. Oddens (2012): *The CHOICE Study: Effect of counselling on the selection of combined hormonal contraceptive methods in 11 countries*. In: *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 17/1: Seiten 65–78.

Bode, Heidrun und Angelika Heßling (2015): *Jugendsexualität 2015. Die Perspektive der 14- bis 25-Jährigen. Ergebnisse einer aktuellen repräsentativen Wiederholungsbefragung*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Online unter: <https://www.forschung.sexualaufklaerung.de/fileadmin/fileadmin-forschung/pdf/Jugendendbericht%2001022016%20.pdf> (Zugriff: 17.4.2019).

Borrero, S., C. Nikolajski, J.R. Steinberg, L. Freedman, A.Y. Akers, S. Ibrahim und E.B. Schwarz (2015): "It just happens": A qualitative study exploring low-income women's perspectives on pregnancy intention and planning. In: *Contraception* 91: Seiten 150–156.

Bruce, Linda und Antonietta Martin (2008): *Balanced Counseling Strategy Trainer's Guide*. Washington, DC: Population Council. Online unter: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.175.8134&rep=rep1&type=pdf> (Zugriff: 10.4.2019).

BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (2009): *Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen*. Bearb. v. Silja Matthiesen, Karin Block, Svenja Mix und Gunter Schmidt. Köln: BZgA.

BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (2011a): *Verhütungsverhalten Erwachsener 2011. Aktuelle repräsentative Studie im Rahmen einer telefonischen Mehrthemenbefragung, Repräsentativbefragung 2011*.

BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (2011b): *Migrantinnen und Migranten als Zielgruppe in der Sexualaufklärung und Familienplanung*. Köln. Online unter: <https://www.fachdialognetz.de/fileadmin/pfm/formUploads/files/MigrantInnen%20als%20Zielgruppe%20in%20der%20Sexualaufkl%C3%A4rung%20und%20Familienplanung.pdf> (Zugriff: 18.4.2019).

Callegari, Lisa S., Abigail R. Aiken, Christine Dehlendorf, Patty Cason und Sonya Borrero (2017): Addressing potential pitfalls of reproductive life planning with patient-centered counseling. In: *Am J Obstet Gynecol* 216/2: Seiten 129–134.

Chen, M., A. Lindley, K. Kimport und C. Dehlendorf (2019): An in-depth analysis of the use of shared decision making in contraceptive counseling. In: *Contraception* 99/3: Seiten 187–191.

Cleland, John G., Robert P Ndugwa und Eliya M Zulu (2011): Family Planning in Sub-Sahara Africa: Progress or Stagnation. In: *Bulletin of the World Health Organisation* 89: Seiten 137–143. Online unter: <https://www.who.int/bulletin/volumes/89/2/10-077925/en/> (Zugriff: 10.04.2019).

DAKJEF Deutsche Arbeitskreis für Jugend-, Ehe- und Familienberatung (2001): *Fachliche Standards von Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen*. Online unter: http://www.dakjef.de/pdf/fachliche_standards_efl.pdf (Zugriff: 14.4.2019).

DAKJEF Deutsche Arbeitskreis für Jugend-, Ehe- und Familienberatung (2003): *Ethische Standards in der institutionellen Beratung*. Online unter: http://www.dakjef.de/pdf/ethische_standards.pdf (Zugriff: 28.4.2019).

Dehlendorf, Christine, Edith Fox, Lauren Sobel, Sonya Borrero (2016): Patient-Centered Contraceptive Counseling: Evidence to Inform Practice. In: *Curr Obstet Gynecol Rep* 5: Seiten 55–63.

Deutscher Ärztetag (2009): *Beschlussprotokoll des 112. Deutschen Ärztetages in Mainz vom 19. bis 22.05. 2009*. Mainz. Online unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/112DAETBeschlussprotokoll20090901.pdf (Zugriff: 17.4. 2019).

Deutscher Bundestag (2014): *20 Jahre nach Kairo – Bevölkerungspolitik im Kontext internationaler Entwicklungszusammenarbeit und der Post-2015-Agenda*. Drucksache 18/1958. Antrag der Fraktionen der CDU/CSU und SPD. Online unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/019/1801958.pdf> (Zugriff: 19.4.2019).

Deutsches Ärzteblatt (2003): *Dokumentation: Deutscher Ärztetag. Entschlüsse zum Tagesordnungspunkt II: Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung*. In: *Dtsch Ärztebl* 100/22. Online unter: [https://www.aerzteblatt.de/archiv/37145/Entschliessungen-zum-Tagesordnungspunkt-II-Novellierung-der-\(Muster-\)Weiter%C2%ADbildungs%C2%ADordnung](https://www.aerzteblatt.de/archiv/37145/Entschliessungen-zum-Tagesordnungspunkt-II-Novellierung-der-(Muster-)Weiter%C2%ADbildungs%C2%ADordnung) (Zugriff: 27.4.2019).

Deveugele, Myriam, Anselm Derese, Atie van den BrinkMuinen, Joziën Bensing und Jan De Maeseneer (2002): Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. In: *BMJ* 325.

Dierolf, Verena und Stefanie Freytag (2017): Zugang zur Pille danach in den Apotheken nach der Rezeptfreigabe. In: *pro familia magazin* 4: Seiten 9–11.

Eerdewijk, Anouka van, Mariam Kamunyu, Laura Nyirinkindi, Rainatou Sow, Marlies Visser und Elsbet Lodenstein (2018): *The State of the African Women Report*. Online unter: https://www.ippfar.org/sites/ippfar/files/2018-07/The%20State%20of%20the%20African%20Woman%20Report%20-%20Key%20Findings_0.pdf (Zugriff: 10.4.2019).

Egarter, Christian, Brigitte Frey Tirri, Johannes Bitzer, Vyacheslav Kaminsky, Björn J Oddens, Vera Prilepskaya, Arie Yeshaya, Maya Marintcheva-Petrova und Steven Weyers (2013): Women's perceptions and reasons for choosing the pill, patch, or ring in the CHOICE study: a cross-sectional survey of contraceptive method selection after counseling. In: *BMC Womens Health* 13/9. Online unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3605181/> (Zugriff: 22.4.2019).

Engel, Frank, Frank Nestmann und Ursel Sickendiek (2004): *Das Handbuch der Beratung*. Band 1 und 2. Tübingen: Dgvt-Verlag.

EPF European Parliamentary Forum on Population & Development (2018): *Contraception Atlas 2018*. Online unter: <https://www.contraceptioninfo.eu/node/71> (Zugriff: 6.2.2019).

EPF European Parliamentary Forum on Population & Development (2018b): *Limited Access: Europe's Contraception Deficit. A White Paper*. Online unter: https://www.contraceptioninfo.eu/sites/contraceptioninfo.eu/files/786209755_epf_contraception-in-europe_white-paper_cc03_002.pdf (Zugriff: 10.4.2019).

EU Europäische Union (2002): *European Parliament resolution on sexual and reproductive health and rights (2001/2128 (INI))*. Online unter: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P5-TA-2002-0359+0+DOC+XML+V0//EN> (Zugriff: 19.4.2019).

EU Europäische Union (2017): European Parliament resolution of 12 September 2017 on the proposal for a Council decision on the conclusion, by the European Union, of the Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence (COM(2016)0109 – 2016/0062(NLE)). Online unter: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P8-TA-2017-0329+0+DOC+XML+V0//EN&language=EN> (Zugriff: 19.4.2019).

Fiala, Christian und Elisabeth Parzer (2019): Österreichischer Familienreport. Leobersdorf. Online unter: <http://verhuetungsreport.at/sites/verhuetungsreport.at/files/2019/Verhuetungsreport-2019-Web.pdf> (Zugriff: 19.4.2019).

G-BA Gemeinsamer Bundesausschuss (2016): Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch. Online unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1203/ESA-RL_2016-04-21.pdf (Zugriff: 19.4.2019).

GKV-Spitzenverband und Verbände der Krankenkassen (2015): Gemeinsames Rundschreiben vom 09.12.2015 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (§§ 24a, 24b SGB V) (GKV). Online unter: https://www.vdek.com/vertragspartner/leistungen/schwangerschaft/_jcr_content/par/download_0/file.res/RS%202014-312_A01.pdf (Zugriff: 27.4.2019).

Guttmacher Institute (2017): Fact Sheet. Adding it up: Investing in contraception and maternal and newborn health, 2017. New York: Guttmacher Institute. Online unter: <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/adding-it-up-contraception-mnh-2017> (Zugriff: 31.3.2019).

Guttmacher Institute (2018): Factsheet. Induced Abortion Worldwide. Online unter: <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-worldwide> (Zugriff: 31.3.2019).

Hardee, Karen, Jan Kumar, Karen Newman, Lynn Bakamjian, Shannon Harris, Mariela Rodríguez und Win Brown (2014): Voluntary, Human Rights-Based Family Planning: A Conceptual Framework. In: *Studies in Family Planning* 45/1: Seiten 1–18. Online unter: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1728-4465.2014.00373.x> (Zugriff: 12.4.2019).

Helfferrich, Cornelia (2015): Geringes Einkommen als Hürde beim Zugang zu Verhütung. In: *pro familia magazin*: Seiten 10–13. Online unter: https://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Magazin/2015/pfm_2015-3_web_geschuetzt.pdf (Zugriff: 23.4.2019).

Helfferrich, Cornelia, Heike Klindworth, Yvonne Heine und Ines Wlosnewski (2016): *frauen leben 3. Familienplanung im Lebenslauf von Frauen. Schwerpunkt: Ungewollte Schwangerschaften*. Online unter: <https://www.bzga.de/infomaterialien/fachpublikationen/fachpublikationen/band-38-frauen-leben-3-familienplanung-im-lebenslauf-von-frauen-schwerpunkt-ungewollte-schwang/> (Zugriff: 19.4.2019).

Helfferrich, Cornelia (2017): Geringes Einkommen, Sozialleistungsbezug und Verhütung. Aktualisierte Ergebnisse der BZgA-Studie „frauen leben 3“. In: *Forum Sexualaufklärung und Familienplanung* 2: Seiten 3–10. Online unter: <https://www.bzga.de/infomaterialien/fachpublikationen/forum-sexualaufklaerung/heft-2-2017-verhuetung-und-soziale-lage/> (Zugriff: 23.4.2019).

Hock-Long, Linda, Roberta Herceg-Baron, Amy M. Cassidy und Paul G. Whittaker (2003): Access to Adolescent Reproductive Health Services: Financial and Structural Barriers to Care. In: *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 35/3: Seiten 144–147.

IPPF International Planned Parenthood Federation (2008, deutsche Übersetzung 2009): *Sexuelle Rechte: Eine IPPF Erklärung*. Online unter: https://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/profamilia/IPPF_Deklaration_Sexuelle_Rechte-dt2.pdf (Zugriff: 6.4.2019).

IPPF International Planned Parenthood Federation (2015): *Barometer of women's access to modern contraceptive choice in 16 EU countries. Extended*. Online unter: <https://www.ippfen.org/sites/ippfen/files/2017-04/IPPF%20EN%20Barometer%202015%20contraceptive%20access.pdf> (Zugriff: 24.4.2019).

Irala, Jokin de, Alfonso Osorio, Silvia Carlos und Cristina Lopez-del Burgo (2011): Choice of birth control methods among European women and the role of partners and providers. In: *Contraception* 84/6: Seiten 558–564.

Irving, Greg, Ana Luisa Neves, Hajira Dabha-Miller, Ai Oishi, Hiroko Tagashira, Anistasiya Verho und John Holden (2017): International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. In: *BMJ* 7/10. Online unter: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/10/e017902> (Zugriff: 27.4.2019).

Jütte, Robert (2003): *Lust ohne Last. Geschichte der Empfängnisverhütung*. München: Beck.

Kilander, Helena (2018): *Contraceptive counselling in abortion care*. Linköping: Department of Medical Health Sciences Linköping University.

Kumar, Jan und Karen Hardee (2017): *Rights-based family planning: 12 resources to guide programming*. Washington: The Evidence project. Online unter: https://www.familyplanning2020.org/sites/default/files/Resource-Guide-of-RBA-to-FP-Updated-April_2017_0.pdf (Zugriff: 19.4.2019).

Lessard, Lauren N., Deborah Karasek, Sandi Ma, Philip Darney, Julianna Deardorff, Maureen Lahiff, Dan Grossman und Diana Greene Foster (2012): Contraceptive features preferred by women at high risk of unintended pregnancy. *Perspect Sex Reprod Health* 44/3: Seiten 194–200.

McNicholas, Colleen, Madden Tessa, Gina Secura, Jeffrey F. Peipert (2014): The Contraceptive CHOICE Project Round Up: what we did and what we learned. In: *Clin Obstet Gynecol* 57/4: Seiten 635–643. Online unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4216614/> (Zugriff: 12.3.2019).

Menne, Klaus (2004): Finanzierung von Beratung. In: Engel/Nestmann/Sickendiek 2004, Band 2: Seiten 1213–1227.

Merki-Feld, Gabriele S., C. Caetano, T.C. Porz und J. Bitzer (2018): Are there unmet needs in contraceptive counselling and choice? Findings of the European TANCO Study. In: *Eur J Contracept Reprod Health Care* 23/3: Seiten 183–193. Online unter: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13625187.2018.1465546> (Zugriff: 22.4.2019).

- Messer, Melanie (2013): *Shared decision-making – Kein Thema für die Pflege? Ein internationaler Überblick*. In: *Pflegewissenschaft* 05/13: Seiten 261–267.
- Mikolajczyk, Rafael, M. Osenbrügge-Müller und S. Mund-Hoym (2002): *Eine Studie zur Kenntnis und Einschätzung der natürlichen Familienplanung*. In: *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 62/3: Seiten 264–268.
- Minnis, Alexandra M., Sue Napierala Mavedzenge, Ellen Luecke und Christine Dehlendorf (2014): *Provider Counseling to Young Woman Seeking Family Planning Services*. In: *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 46/4: Seiten 223–231.
- Motte, Anne de la (2018): *Die Geschichte der Beratung*. In: Dieter Wälte und Michael Borg-Laufs (Hg.): *Psychosoziale Beratung. Grundlagen, Diagnostik, Interventionen*. Stuttgart: Kohlhammer: Seiten 14–24.
- Müller-Landgraf, Ingrid (1996): *Von der Verhütung mit Granant- und Gallapfel zur hormonalen Kontrazeption*. In: Gisela Staupe und Lisa Vieth (Hg.): *Die Pille. Von der Lust und von der Liebe*. Ausst. Kat. Deutsches Hygienemuseum, Dresden. Berlin: Rowohlt: Seiten 101–112.
- Nappi, Rossella E., Paloma Lobo Abascal, Diana Mansour, Thomas Rabe und Raha Shojai (2014): *Use of and attitudes towards emergency contraception: a survey of women in five European countries*. In: *Eur J Contracept Reprod Health Care* 19: Seiten 93–101.
- Nestmann, Frank (2004): *Beratungsmethoden und Beratungsbeziehung*. In: Engel/Nestmann/Sickendiek 2004, Band 2: Seiten 783–796.
- Nestmann, Frank (2008): *Die Zukunft der Beratung in der sozialen Arbeit*. In: *Beratung Aktuell* 2: Seiten 1–25.
- Nottbohm, Kristina und Alexandra Ommert (2017a): *Selbstbestimmte Entscheidungen unterstützen*. In: *pro familia magazin* 4: Seiten 6–8.
- Nottbohm, Kristina und Alexandra Ommert (2017b): *Selbstbestimmt verhüten. Modellprojekt „biko“ erprobt Beratung, Information und Kostenübernahme bei Verhütung für Frauen mit wenig Geld*. In: *Forum Sexualaufklärung und Familienplanung* 2: Seiten 11–14. Online unter: <https://www.bzga.de/infomaterialien/fachpublikationen/forum-sexualaufklaerung/heft-2-2017-verhuetung-und-soziale-lage/> (Zugriff: 23.4.2019).
- Oppelt, Patricia G., Friederike Baier, Christine Fahlbusch, Katharina Heusinger, Thomas Hildebrandt, Christiane Breuel und Ralf Dittrich (2017): *What do patients want to know about contraception and which method would they prefer?* In: *Arch Gynecol Obstet* 295: Seiten 1483–1491.
- Oppelt, Patricia G., Christine Fahlbusch, Katharina Heusinger, Laura Lotz, Ralf Dittrich und Friederike Baier (2018): *Verhütungssituation von Adolescentinnen in Deutschland*. In: *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 78: Seiten 999–1007. Online unter: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/a-0684-9838.pdf?articleLanguage=en> (Zugriff: 16.4.2019).
- Peking 1995: *Bericht der Vierten Weltfrauenkonferenz (Beijing, 4.-15. September 1995)*. Online unter: http://www.un.org/depts/german/conf/beijing/beij_bericht.html (Zugriff: 6.4.2019).
- Petri, Annica und Bärbel Rippert (2017): *Sexualität und Verhütung bei Menschen mit Beeinträchtigung: Qualifizierungsbedarfe und -angebote*. In: *Forum Sexualaufklärung und Familienplanung* 2: Seiten 18–21. Online unter: <https://www.bzga.de/infomaterialien/fachpublikationen/forum-sexualaufklaerung/> (Zugriff: 19.4.2019).
- Pliefke, Jutta (2017): *Medizinische Leitlinie zur Empfängnisverhütung. Verhütung nach Leitlinie*. In: *pro familia magazin*, 4: Seiten 18–19.
- pro familia (2011): *Migrations- und kultursensible Beratung. Zu Schwangerschaft, Sexualität, Verhütung und Familienplanung. Dokumentation des Workshops am 17. November 2011 in Frankfurt am Main*. Online unter: https://www.profamilia.de/publikationen/themen/sexuelle-bildung.html?tx_pgetendshop_pi1%5Bproduct%5D=165&tx_pgetendshop_pi1%5Baction%5D=show&tx_pgetendshop_pi1%5Bcontrol%5D=item&cHash=2c25e2c67e4bfcbb9ad8982d3f7b043e (Zugriff: 18.04.2019).
- pro familia (2018): *Verhütung – Aktuelle Preise und Zusatzkosten Juli 2018*. Online unter: https://www.profamilia.de/fileadmin/landesverband/lv_nordrhein-westfalen/Verhuetung_-Aktuelle_Preise_MAK_pro_familia_NRW_2018.pdf (Zugriff: 18.4.2019).
- pro familia (2018a): *Geflüchtete Familien besser erreichen. Ideen und Erfahrungen aus dem Modellprojekt „pro familia: Flüchtlinge im Blick“ zu Gesundheit von Mutter und Kind*. Online unter: https://www.profamilia.de/fileadmin/landesverband/lv_nordrhein-westfalen/pro_familia_Gefluechtete_Familien_besser_erreichen.pdf (Zugriff: 18.4.2019).
- pro familia (2018b): *Forschung zu Schwangerschaft und Flucht. Aktuelle Befunde und Forschungslücken*. Online unter: https://www.fachdialognetz.de/fileadmin/pfm/data/Spielmaterial/Fachdialognetz_Forschung_zu_Schwangerschaft_und_Flucht_2018.pdf (Zugriff: 18.4.2019).
- Radulović, Olivera, Čedomir Šagrić, Aleksandar Višnjić, Ana Tasić und Roberta Marković (2005): *The Influence of Education Level on Family Planning*. In: *Medicine and Biology* 13/1: Seiten 58–64. Online unter: <http://facta.junis.ni.ac.rs/mab/mab200601/mab200601-12n.pdf> (Zugriff: 19.4.2019).
- Raith-Paula, Elisabeth, Günter Freundl, Petra Frank-Herrmann und Thomas Strowitzki (2013): *Natürliche Familienplanung heute: Modernes Zykluswissen für Beratung und Anwendung*. 5. akt. Auflage Berlin, Heidelberg: Springer.
- Rockenbach, J. und J. Schildmann (2011): *Partizipative Entscheidungsfindung (PEF): eine systematische Übersichtsarbeit zu Begriffsverwendung und Konzeptionen*. In: *Das Gesundheitswesen* 73/7: Seiten 399–408.

- Rowe, P.J. (2017): *Barrier Contraceptive Methods*. GFMER (Geneva Foundation for Medical Education and Research). Online unter: https://www.gfmer.ch/Books/Reproductive_health/Barrier_contraceptive_methods.html (Zugriff: 5.4.2019).
- Rummer, Anne (2013): *Selbstbestimmt entscheiden. Beratung bei Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsabbruch*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Sargent, Carolyn (2005): *Counseling Contraception for Malian Migrants in Paris: Global, State, and Personal Politics*. In: *Human Organization* 64/2: Seiten 147–165.
- Schivone, Gillian B. und Laura L. Glish (2017): *Contraceptive counseling for continuation and satisfaction*. In: *Curr Opin Obstet Gynecol* 29/6: Seiten 443–448.
- Schmidt, Roscha (1988): *Frauengesundheit in eigener Hand. Die Feministische Frauengesundheitsbewegung*. In: Kristine von Soden (Hg.): *Der große Unterschied. Die neue Frauenbewegung und die siebziger Jahre*. Berlin: Elefanten Press: Seiten 39–46.
- Schoeps, Bettina (2012): *Pränatale Diagnostik. Thema in der Beratung von werdenden Eltern*. Hamburg: Diplomica.
- Schumann, Claudia (2016): *Pille danach: Alles gut geregelt? Bestandsaufnahme nach der Rezeptfreigabe*. In: *Forum Sexualaufklärung und Familienplanung* 1: Seiten 16–19. Online unter: <https://www.bzga.de/infomaterialien/fachpublikationen/forum-sexualaufklaerung/> (Zugriff: 28.4.2019).
- Schuster, Dorothea (2016): *Psychosomatische Aspekte der Verhütung*. In: *Gyne* 5. Online unter: <https://dgpfg.de/blog/gyne-052016-psychosomatische-aspekte-der-verhuetung/> (Zugriff: 4.2.2019).
- Schwarz, Gislinde (1996): *Von der Antibaby- zur Wunschkindpille und zurück. Kontrazeptiva in der DDR*. In: Gisela Staupe und Lisa Vieth (Hg.): *Die Pille. Von der Lust und von der Liebe*. Ausstellungskatalog Deutsches Hygienemuseum, Dresden. Berlin: Rowohlt: Seiten 149–163.
- Sedgh, Gilda und R. Hussain (2014): *Reasons for contraceptive nonuse among women having unmet need for contraception in developing countries*. In: *Stud Fam Plann* 45/2: Seiten 151–169.
- Silies, Eva-Maria (2013): *Liebe, Lust und Last: Die Pille als weibliche Generationserfahrung in der Bundesrepublik 1960–1980*. Göttingen: Wallstein.
- Singh, Susheela, Lisa Remez, Gilda Sedgh, Lorrain Kwok und Tsuyoshi Onda (2017): *Abortion worldwide 2017. Uneven progress and unequal access*. New York: Guttmacher Institute. Online unter: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/abortion-worldwide-2017.pdf (Zugriff: 28.4.2019).
- Staatliche Koordinierungsstelle (2017): *Zwangssterilisation. Positionspapier der Staatlichen Koordinierungsstelle nach Art. 33 UN-BRK (Fachausschuss Freiheits- und Schutzrechte)*. Online unter: https://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Downloads/DE/20170426_Positionspapier_Zwangssterilisation.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (Zugriff: 24.3.2019).
- Staender, Johannes und Ines Thonke (2015): *Regionale Kostenübernahme von Verhütungsmitteln für Menschen mit geringem Einkommen*. In: *pro familia magazin*: Seiten 14–18. Online unter: https://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Magazin/2015/pfm_2015-3_web_geschuetzt.pdf (Zugriff: 23.4.2019).
- Stanback, John, Markus Steiner, Laneta Dorfinger, Julie Solo und Willard Cates (2015): *WHO Tiered-Effectiveness Counseling Is Rights-Based Family Planning*. In: *Global Health: Science and Practice* September 3/3: Seiten 352–357. Online unter: <http://www.ghspjournal.org/content/ghsp/3/3/352.full.pdf> (Zugriff: 9.4.2019).
- Starrs, Ann M. (2017): *The Trump global gag rule: an attack on US family planning and global health aid*. In: *The Lancet* 389/10068: Seiten 485–486. Online unter: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)30270-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30270-2/fulltext) (Zugriff: 21.4.2019).
- Stender, Ulrike und Angelika Wolff (2015): *Basisqualifikation und Qualifizierungsbedarfe*. In: Nationales Zentrum Frühe Hilfen und Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V.: *Handreichung Schwangerschaftsberatungsstellen in Netzwerken Frühe Hilfen*: Seiten 47–57. Online unter: https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/NZFH_Handreichung_Schwangerschaftsberatungsstellen_BZGA-14-02369_low.pdf (Zugriff: 28.4.2019).
- Stewart, Mary, Kathleen McNamee und Caroline Harvey (2013): *A practical guide to contraception Part 3: Traditional methods, sterilisation and emergency contraception*. In: *Medicine Today* 14/9: Seiten 55–65. Online unter: https://www.fpnsw.org.au/sites/default/files/assets/med_today_part_3.pdf (Zugriff: 5.4.2019).
- Tarabella, Marc (2015): *Report on progress on equality between women and men in the European Union in 2013 (2014/2217(INI))*. Online unter: http://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-8-2015-0015_EN.html?redirect (Zugriff: 19.4.2019).
- Thoß, Elke (2005): *Das Recht auf Verhütung: Erfolge und Rückschläge*. In: *Forum Sexualaufklärung und Familienplanung*: Seiten 29–33.
- TK Techniker Krankenkasse (2015): *Pillenreport. Ein Statusbericht zu oralen Kontrazeptiva*. Bearb. v. Daniela Boeschen, Judith Günther, Dennis Chytrek, Goentje-Gesine Schoch und Gerd Glaeske. Online unter: <https://www.tk.de/centaureus/servlet/contentblob/992448/Datei/94975/Pillenreport-2015.pdf> (Zugriff: 19.4.2019).
- UN United Nations (1968): *Final Act of the International Conference on Human Rights, Teheran, 22. April bis 13. Mai 1968*. New York. Online unter: http://legal.un.org/avl/pdf/ha/fatchr/Final_Act_of_TehranConf.pdf (Zugriff: 17.3.19).
- UN United Nations (1995): *Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994*. New York. Online unter: http://www.un.org/en/development/desa/population/events/pdf/expert/27/SupportingDocuments/A_CONF.171_13_Rev.1.pdf (Zugriff: 17.3.2019).
- UN United Nations (2005): *Resolution adopted by the General Assembly on 16 September 2005. World Summit Outcome*. Online unter: <https://www.un.org/en/development/desa/>

population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_60_1.pdf (Zugriff: 6.4.2019).

UN United Nations (2008): *United Nations Convention on the Rights of Persons with Disability*. New York. Online unter: https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convention_accessible_pdf.pdf (Zugriff: 17.4.2019).

UN United Nations (2010): *Keeping the promise: united to achieve the Millennium Development Goals*. Online unter: <https://www.undp.org/content/dam/undp/library/MDG/english/covers/mdg%202010%20outcome%20document.pdf> (Zugriff: 6.4.2019).

UN United Nations (2015): *Sustainable Development Goals. 17 Goals to transform our world*. Online unter: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/> (Zugriff: 14.4.2019).

UN United Nations, Department of Economic and Social Affairs (2015b): *Trends in Contraceptive Use worldwide*. New York: United Nations. Online unter: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/trendsContraceptiveUse2015Report.pdf> (Zugriff: 4.4.2019).

UN United Nations, Department of Economic and Social Affairs (2017): *World Family Planning 2017. Highlights*. New York: United Nations. Online unter: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/WFP2017_Highlights.pdf (Zugriff: 4.4.2019).

UN United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2018): *Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2018*. Online unter: https://www.un.org/en/development/desa/population/theme/family-planning/cp_model.asp (Zugriff: 31.03.2019).

UNFPA/WHO United Nations Population Fund and World Health Organization (2015): *Ensuring human rights within contraceptive service delivery: implementation guide*. Online unter: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/158866/9789241549103_eng.pdf;jsessionid=BFE44DB2AE082C5E40D0D77C14796F51?sequence=1 (Zugriff: 23.4.2018).

UNICEF/BMFSFJ (2018): *Schutz von geflüchteten Menschen in Flüchtlingsunterkünften. Sexuaufklärung und Familienplanung als integraler Bestandteil einrichtungsinterner Schutzkonzepte*. In: *Forum Sexuaufklärung und Familienplanung 1*: Seiten 3–6. Online unter: https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation-BZgA-Forum-Sexuaufklaerung-Kontext-Flucht.pdf (Zugriff: 18.04.2019).

Upadhyay, Ushma D (2001): *Informed choice in family planning. Helping people decide*. In: *Population reports. Series J: Family planning programs*. Online unter: <https://www.k4health.org/sites/default/files/j50.pdf> (Zugriff: 30.3.2019)

Usborne, Cornelia (1994): *Frauenkörper – Volkskörper. Geburtenkontrolle und Bevölkerungspolitik in der Weimarer Republik*. Münster: Westfälisches Dampfboot.

Wälte, Dieter und Anja Lübeck (2018): *Was ist psychosoziale Beratung*. In: In: Dieter Wälte und Michael Borg-Laufs (Hg.): *Psychosoziale Beratung. Grundlagen, Diagnostik, Interventionen*. Stuttgart: Kohlhammer. Seiten 24–31

Weisberg, E., D. Bateson, S. Knox, M. Haas, R. Viney, D. Street und D. Fiebig (2013): *Do women and providers value the same features of contraceptive products? Results of a bestworst stated preference experiment*. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 18: Seiten 181–190.

Weisman, Carol S., Deidre Spicer Maccannon, Jillian T. Henderson, Emily Shortridge und Camille L. Orso (2002): *Contraceptive counseling in managed care: preventing unintended pregnancy in adults*. In: *Womens Health Issues* 12/2: Seiten 79–95.

Wenzel, Joachim (2013): *Wandel der Beratung durch neue Medien*. Göttingen: V&R unipress.

WHO World Health Organization (2014, deutsche Übersetzung 2018): *Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services. Guidance and recommendations*. Online unter: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/102539/9789241506748_eng.pdf;jsessionid=161D5EA53E9EBA25D764A90C5A3A91A0?sequence=1 (Zugriff: 28.4.2019). Dieses Papier wurde zusammen mit dem Anhang und dem ergänzenden „Framework for Ensuring Human Rights in the Provision of Contraceptive Information and Services“ ins Deutsche übersetzt und findet sich online unter: <https://www.profamilia.de/publikationen/themen/verhuetung.html> (Zugriff: 28.4.2019).

WHO World Health Organization (2015): *Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fifth Edition 2015*. Genf: WHO. Online unter: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181468/9789241549158_eng.pdf;jsessionid=E66F80D93EDA1AE1D6FE78D432077BEC?sequence=1 (Zugriff: 19.4.2019).

WHO (2018): *Key Facts: Family Planning/Contraception*. Website WHO. Online unter: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception> (Zugriff: 5.4.2019).

Wienholz, Sabine, Anja Seidel, Marion Michel und Martina Müller (2013): *Jugendsexualität und Behinderung. Ergebnisse einer Befragung an Förderschulen in Sachsen*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Online unter: https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/downloads/Jugendsexualitaet_und_Behinderung.pdf (Zugriff: 16.4.2019).

Yee, Lynn, Melissa Simon (2010): *The Role of the Social Network in Contraceptive Decision-Making among Young, African American and Latina Women*. In: *Journal of Adolescent Health* 47: Seiten 374–380.

Yee, Lynn, Melissa Simon (2011): *Perceptions of Coercion, Discrimination and other Negative Experiences in Postpartum Contraceptive Counseling for Low-Income Minority Women*. In: *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 22/4: Seiten 1387–1400.

Zur Autorin

Dr. Claudia Caesar hat Geschichte, Literatur- und Sprachwissenschaften und Kunstgeschichte studiert und über ein wissenschaftshistorisches Thema promoviert. Sie ist seit über 20 Jahren als wissenschaftliche Autorin und Lektorin tätig. In dieser Zeit hat sie eine Reihe von Themen für den pro familia Bundesverband bearbeitet und unter anderem maßgeblich an dem 2017 erschienen Hintergrundpapier zum Schwangerschaftsabbruch mitgearbeitet.

