

Hochschule Merseburg
Geusaer Straße
06217 Merseburg



Tanja Nitz

Pille oder Risiko?

Empirische Belege zum Verhütungsverhalten unter ALG II Bezug

Masterthesis

zur Erlangung des akademischen Grades Master of Arts

1. Gutachter:

Frau Dr. phil Ulrike Busch

2. Gutachter:

Herr Prof. Dr. phil. Konrad Weller

vorgelegt von:

Tanja Nitz; Immatrikulationsnummer: 18294

vorgelegt am:

02.08.2013

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	II
Abkürzungsverzeichnis.....	IV
Abbildungsverzeichnis.....	V
Theoretischer Teil	6
Einleitung	7
1. Familienplanung	9
1.1 Sexuelle und reproduktive Rechte	9
1.2 Familienplanung/Kinderwunsch heute	10
1.2.1 Zukunftsprognosen	13
1.2.2 Ungewollte/Ungeplante Schwangerschaft - Entstehung, Entscheidung und Folgen	15
2. Kontrazeptionsverhalten	17
2.1 Geschichte der Empfängnisverhütung	17
2.2 Anwendung und Kosten	20
3. Veränderungen durch ALG II	23
3.1 Die Entstehung von ALG II	23
3.2 Das Gesetz	24
3.3 Leistungen im Hinblick auf Familienplanung.....	28
a) Verhütungskosten	28
b) Kostenübernahme Schwangerschaftsabbruch	29
c) Unterstützung in der Schwangerschaft und nach der Geburt..	30
3.4 Situation in Deutschland und Brandenburg.....	32
a) EmpfängerInnen von ALG II.....	32
b) Schwangerschaftsabbrüche	33
c) Kostenübernahme Verhütungsmittel	34
d) Neueste Entwicklungen.....	37
4. Fazit.....	39
Forschungsgrundlage	40
5. Studien.....	41
5.1 Verhütungsverhalten Erwachsener 2011 / BZgA	41
5.2 Frauen Leben 2011 / BZgA	43
5.3 „Familienplanung gibt es praktisch nur theoretisch“ - Gäckle.....	45

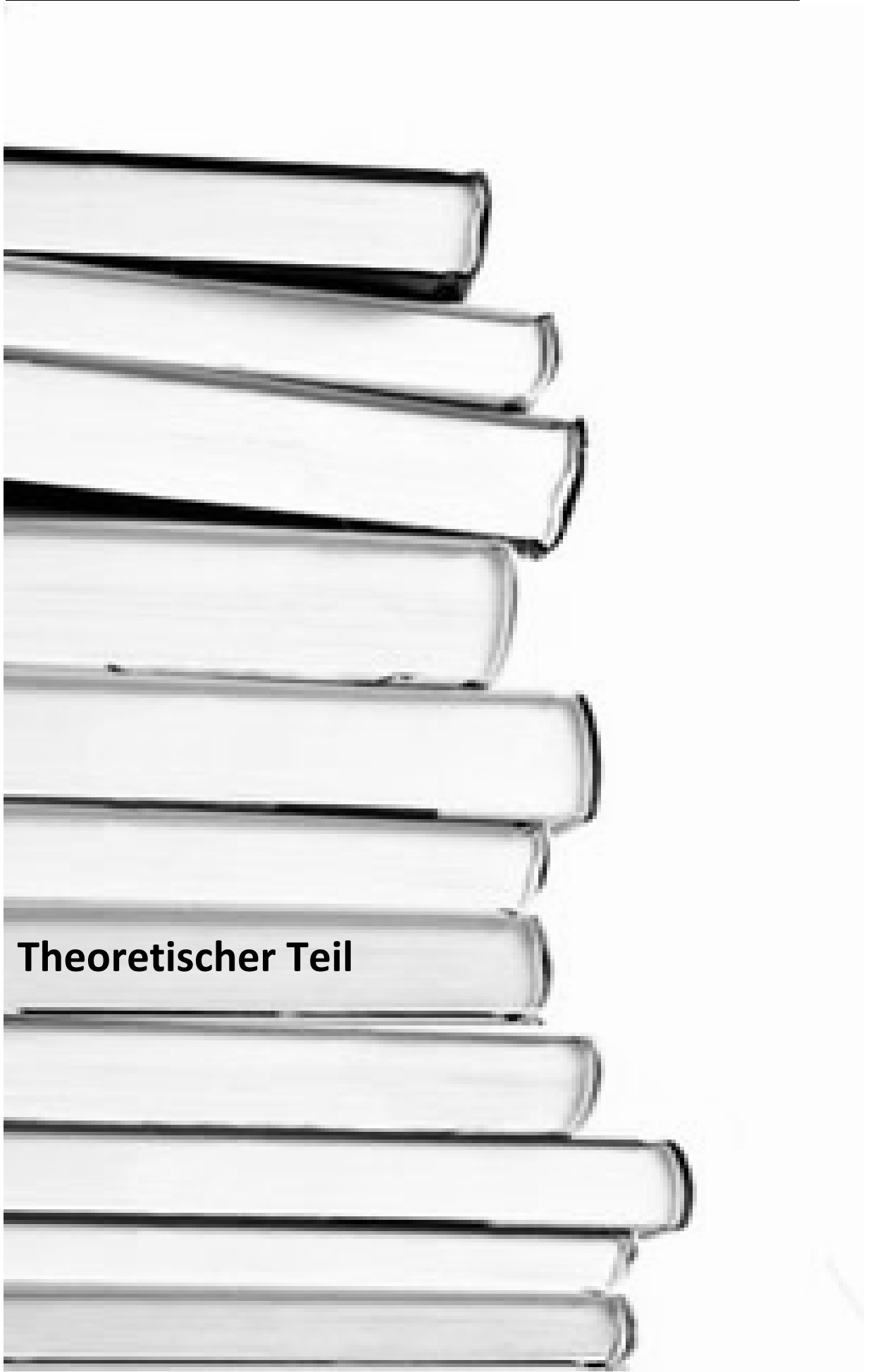
Empirischer Teil	47
6. Anlage und Durchführung der Studie.....	48
6.1 Design	49
6.2 Instrument (Entwicklung des Fragebogens).....	50
6.3 Datenanalyse	53
7. Ergebnisse.....	54
7.1 Rücklauf	54
7.2 Charakteristika.....	54
7.3 Lebenssituation	56
7.4 Verhütungsverhalten.....	58
7.5 Kostenübernahmeregelung Schwangerschaftsabbruch	62
7.6 Der Einfluss von sozialen/ökonomischen Faktoren auf das Verhütungsverhalten.....	63
8. Diskussion	69
8.1 Zusammenfassung/Interpretation der Ergebnisse	69
8.2 Vergleich mit relevanten Studien.....	71
8.4 Stärken und Limitation der Studie.....	73
8.5 Konsequenzen, Relevanz & Weiterleitung der Ergebnisse	75
Eidesstattliche Erklärung.....	82
Anhang	83

Abkürzungsverzeichnis

ALG II	Arbeitslosengeld 2
Arge	Arbeitsgemeinschaft / heute: Agentur für Arbeit
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BMFSFJ	Bundesministerium für Familien, Soziales, Frauen und Jugend
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
bzw.	beziehungsweise
GMG	Gesundheitsmodernisierungsgesetz
Hartz IV	=ALG II / Grundsicherung
ICPD	International Conference on Population and Development
Jhd.	Jahrhundert
SGB x	Sozialgesetzbuch
StGB	Strafgesetzbuch

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Lebendgeborene und Veränderungen zum Vorjahr
Abbildung 2	Durchschnittliches Alter der Mutter bei der Geburt 2007 bis 2011
Abbildung 3	Lebendgeborene 1990 und Zukunftsprognosen bis 2060
Abbildung 4	Aktuelle Preise und Zusatzkosten für Verhütungsmittel Januar 2013
Abbildung 5	Entwicklung des Regelsatzes von 2005 bis 2013
Abbildung 6	Entwicklung des Regelbedarfs - Vergleich zum Verbraucherpreisindex
Abbildung 7	Hartz IV Regelsatz – Aufteilung des Regelbedarfs
Abbildung 8	Regelsätze für Kinder ab 01.01.2013
Abbildung 9	Zahlen ALG II EmpfängerInnen von 2007 bis 2012
Abbildung 10	Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland und Brandenburg
Abbildung 11	Kostenübernahmelandschaft Verhütungskosten der Bundesländer
Abbildung 12	Angewendete Verhütungsmittel- BZgA 2011
Abbildung 13	Gründe für die Wahl des Verhütungsmittels- BZgA 2011
Abbildung 14	Anwendung der „Pille danach“ - BZgA 2011
Abbildung 15	Verhütungsmittel – Frauen Leben 2011
Abbildung 16	Gründe für einen Schwangerschaftsabbruch – Frauen Leben 2011
Abbildung 17	Charakteristika der Stichprobe
Abbildung 18 bis 24	Auswertung der empirischen Daten, Diagramme



Theoretischer Teil

Einleitung

„Pille oder Risiko?“ – ein provokanter Titel, der jedoch sowohl die Debatte zum Thema Übernahme von Verhütungskosten für sozial schwache Personen als auch die dahinter stehende ganz individuelle Problematik für die Betroffenen deutlich macht. Die „Pille“ als meist angewendetes Verhütungsmittel steht dabei stellvertretend für alle anderen Methoden und das Recht auf eine zuverlässige, sichere und selbstbestimmte Familienplanung. Da die Betroffenen wenig finanzielle Mittel haben und der Zugang zu Verhütungsmitteln demzufolge erschwert ist, steht „Risiko“ für mehrere Aspekte: Können sie sich Kontrazeptiva überhaupt leisten? Welche Verhütungsmittel passen in ihr Budget? Müssen sie auf Verhütung verzichten? Müssen sie dadurch eine ungewollte/ungeplante Schwangerschaft akzeptieren? Oder nehmen sie gar einen möglichen Abbruch in Kauf?

Die Autorin führte im Laufe des Studiums eine praxisorientierte Studie durch, die sich mit Thema „Hartz IV und Partnerschaft“ beschäftigte. In den qualitativen Interviews war auch der Bereich „Sexualität und Verhütung“ im Leitfaden aufgenommen. Einige Auszüge aus den Interviews:

„Ich habe mir sonst immer was gelegt, extra dafür. Tja und dann ging es nicht mehr, also habe ich keine Pille gekauft.“

„Wenn ich keine Verhütungsmittel zur Hand habe, dann kann ich keinen Sex haben. Das führt bei uns auch manchmal zu Streit.“

„Dann haben wir mal Kondome gekauft und ja dann eben mal nicht.“

„Wenn die alle waren, hieß es eben, das Risiko eingehen oder eben verzichten.“

Nach der Auswertung entstand die Idee, sich diesem Thema auch quantitativ zu nähern. Nach umfassender Recherche und Kontaktaufnahme mit Annelene Gäckle, die sich bereits im Jahr 2007 in ihrer Masterarbeit „Familienplanung gibt es praktisch nur theoretisch“ mit dem Verhütungsverhalten von ALG II EmpfängerInnen beschäftigte, entstand der Rahmen für diese Arbeit.

Nach wie vor ist es in Deutschland nur in einzelnen Regionen und Kommunen der Fall, dass die Kosten für Kontrazeptiva übernommen werden. Seit der Einführung

von ALG II und dem Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetz müssen Hartz IV EmpfängerInnen ab dem 20. Lebensjahr Verhütungsmittel aus ihrem Regelsatz bestreiten. Im Theorieteil sollen daher die Themenkomplexe Familienplanung, Verhütungsverhalten und Veränderungen durch die Arbeitsmarktreform dargestellt werden. Anschließend werden im Bereich Forschungsgrundlage drei Studien vorgestellt, die sich den Themen Verhütungsverhalten, Schwangerschaftsabbruch und den jeweiligen Einflussfaktoren widmen, die Ergebnisse werden zusammenfassend dargestellt. Im anschließenden empirischen Teil, bei dem ein teilstandardisierter Fragebogen eingesetzt wird, sollen die Hypothesen, die sich sowohl auf den Theorieabschnitt als auch auf der dargestellten Forschungsgrundlage stützen, überprüft werden:

- ALG II EmpfängerInnen sind in ihrer Familienplanung nicht selbstbestimmt, da sie die Kosten für sichere Verhütung nicht aufbringen können.
- Mit einer Kostenübernahme verändert sich das Verhütungsverhalten. Ohne Übernahme der Kosten nutzen ALG II EmpfängerInnen günstiger und zugleich weniger sichere Kontrazeptiva.
- Die Möglichkeit eines Schwangerschaftsabbruchs wird als „Verhütungsmethode“ angesehen, da die Kosten übernommen werden.

Der Fragebogen wird ausschließlich an ALG II EmpfängerInnen verteilt. Diese Eingrenzung wurde bewusst vorgenommen. Auch andere sozial schwache Gruppen, wie StudentInnen, AsylbewerberInnen und SozialhilfeempfängerInnen wurden beim Gesundheitsmodernisierungsgesetz vernachlässigt und müssen die Kosten für Verhütung ab dem 20. Lebensjahr selbst aufbringen. Um dieses komplexe Thema jedoch übersichtlich darstellen zu können, den Theorie- und Forschungsteil als Grundlage für die Empirie nutzen zu können und aussagekräftige Ergebnisse für diese ausgewählte Gruppe zu bekommen, wurde der Fragebogen für ALG II EmpfängerInnen konzipiert. Alle Personengruppen haben ein Recht auf freie und selbstbestimmte Familienplanung.

In dieser Arbeit wird abwechselnd von ALG II Bezug und Hartz IV gesprochen. Der Begriff Hartz IV hat sich inzwischen integriert und wird alltäglich verwendet. Die Verwendung dieser beiden Begriffe ist gleichwertig anzusehen.

1. Familienplanung

Im ersten Kapitel dieser Arbeit soll das Thema „Familienplanung“ betrachtet werden. Als Grundlage sollen die sexuellen und reproduktiven Rechte näher dargestellt werden. Im Anschluss soll kurz der Wandel des Familienlebens bis zur Familie heute beschrieben werden. Den Abschluss dieses Kapitels bildet der Punkt „ungewollte/ungeplante Schwangerschaft“, bei dem sowohl das Entscheidungsverhalten als auch die Folgen erläutert werden.

1.1 Sexuelle und reproduktive Rechte

Schon seit mehreren Jahrzehnten existieren internationale Empfehlungen zu den sexuellen und reproduktiven Menschenrechten. Im Jahr 1968 wurde auf der Menschenrechtskonferenz der Grundsatz: „Eltern verfügen über das grundlegende Menschenrecht, frei und eigenverantwortlich über die Anzahl und den Geburtenabstand ihrer Kinder zu entscheiden“ getroffen. Sechs Jahre später wurde dieser in Bukarest durch das „Recht auf Zugang zu Informationen und den Zugang zu entsprechenden Mitteln“ weiter entwickelt. Auf der Internationalen Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung (ICPD) gelang 1994 in Kairo ein Durchbruch für die Frauenrechte und deren Gleichberechtigung. Familienplanung wurde durch 179 Staaten zum Menschenrecht deklariert. Es wurde ein Ansatz entwickelt, der sich an dem Einzelnen und den Menschenrechten orientiert. Das ICPD Programm wird bis heute als Grundlage für entwicklungspolitisches Handeln angesehen. Die sexuellen und reproduktiven Rechte umfassen folgende drei Aspekte:

- Recht auf sexuelle und reproduktive Gesundheit
- Recht auf Zugang zu Informationen und Verhütungsmitteln
- Recht auf Zugang zu Gesundheitsdiensten

Auch Deutschland vertritt dieses Konzept. Allerdings werden die Forderungen nur im Bereich der Millenniumsentwicklungsziele, der Bevölkerungsentwicklung und für die Unterstützung der Entwicklungsländer öffentlich vertreten. Der individuelle As-

pekt wird vernachlässigt. Der Zugang und die Wahl von Kontrazeptiva sind vom sozialen und ökonomischen Stand abhängig und nicht für jeden Menschen frei und selbstbestimmt zugänglich. (vgl. Bury, 2013)

1.2 Familienplanung/Kinderwunsch heute

„Die Familie ist die kleinste Zelle des Staates.“ Die Struktur der „Zelle“ hat sich im Laufe der Geschichte gewandelt. Vor etwa 1000 Jahren existierte das Wort „Familie“ noch nicht. Man sprach von „Hiwon“, der eine Gruppe beschrieb, die gemeinsam in einem Haus lebten. Der Begriff „familia“ besteht erst seit dem 16. Jahrhundert. Im späten Mittelalter bis ins 19. Jahrhundert war die dominierende Familienform die Haushaltsfamilie. Es galt ein rechtliches Leitbild, welches durch das männliche Oberhaupt geleitet wurde. Im Laufe des 19. Jahrhunderts entwickelte sich dann die Haushaltsfamilie allmählich zu einer meist 2-Generationen-Kernfamilie, die sich vorrangig in den städtischen Gebieten fand. In den bürgerlichen Familien herrschte oft noch ein Patriarchalismus, die Mutter war für Küche und Kinder zuständig, der Mann war das Oberhaupt. Im Gegensatz dazu waren die Arbeiterfamilien auf die Mitarbeit aller Familienmitglieder angewiesen. In der Zeit des Nationalsozialismus galten die bäuerlichen Familien als Vorbild. Die Frauen sollten ihre Aufgabe des Gebärens erfüllen, die Kinder sollten gegenüber dem Vater gehorsam sein. Nach dem Krieg strebten die Familien an gemeinsam materielle und soziale Werte zu schaffen. Es entstand ein partnerschaftliches Miteinander. (vgl. Kraus, o.J.)

Bis heute fand eine Pluralisierung und Individualisierung des Systems Familie statt. Die frühere Definition „Unter einer Familie verstehen wir eine Gemeinschaft von verheirateten Erwachsenen mit Kindern bzw. Jugendlichen, die dort erzogen werden“ (Hobmair, 1996, S.321), muss flexibler gestaltet werden.

Die Geschichte hilft uns auch dabei den demographischen Wandel und seine komplexen Ursachen zu verstehen. Vor dem 19./20. Jhd. standen den hohen Geburtenzahlen die hohen Säuglingssterblichkeitsraten gegenüber. Frauen mit mehr als zwei oder drei überlebenden Kindern waren selten. Die realisierte Fertilität ist zudem regional sehr unterschiedlich und nicht immer deckungsgleich mit dem Kinderwunsch. Das 20. Jhd. ist geprägt durch einen Geburtenrückgang, nur in der Nach-

kriegszeit gab es eine Geburtenzunahme. Sowohl wirtschaftliche, soziale als auch kulturelle Bedingungen beeinflussen die Fertilität. Fertilität meint „*die Fähigkeit eines Lebewesens, Nachkommen hervorzubringen, bezogen auf die gesamte Population und/oder ein Areal oder eine Region.*“ (Barthels, 2008, S.3). Die folgende Tabelle zeigt die Zahl der Lebendgeborenen und die Veränderungen zum Vorjahr. Zu erkennen ist, dass die Zahl stetig abnimmt bis auf zwei Ausnahmen im Jahr 2007 und 2010.

Abbildung 1: Lebendgeborene von 1999 bis 2011 und Veränderungen zum Vorjahr

Jahr	Lebendgeborene	Veränderung zum Vorjahr
1999	770 744	-14 290
2000	766 999	-3 745
2001	734 475	-32 524
2002	719 250	-15 225
2003	706 721	-12 529
2004	705 622	-1 099
2005	685 795	-19 827
2006	672 724	-13 071
2007	684 862	+12 138
2008	682 514	-2 348
2009	665 126	-17 388
2010	677 947	+12 821
2011	662 685	-15 262

(Quelle: Statistisches Bundesamt, 2012)

Deutschland hat im Vergleich zu anderen europäischen Ländern eher niedrige Geburtenziffern, die seit einigen Jahrzehnten nahezu stagnieren. Nach dem Babyboom mit Geburtenziffer von 2,5 bis 2,8 in den 1960er Jahren, fiel dieser Wert bis 2009 aufgrund des Geburtenrückgangs und dem zunehmenden Gebäralters auf einen Wert von 1,4. Die Abbildung zeigt das Alter der Mutter bei der Geburt ihrer lebend geborenen Kinder, unterschieden nach verheirateten und nicht verheirateten Frauen.

Abbildung 2: Durchschnittliches Alter der Mutter bei der Geburt 2007 bis 2011

Alter der Mütter	2007	2008	2009	2010	2011
¹ Bezogen auf die Kinder der bestehenden Ehe.					
Insgesamt	30,3	30,4	30,4	30,5	30,7
Mütter verheiratet ¹					
zusammen	31,2	31,3	31,4	31,5	31,6
bei der Geburt des 1. Kindes	29,9	30,1	30,2	30,3	30,3
bei der Geburt des 2. Kindes	31,6	31,8	31,9	32,0	32,1
bei der Geburt des 3. Kindes	33,0	33,2	33,3	33,3	33,4
Mütter nicht verheiratet	28,2	28,3	28,5	28,6	28,8

(Quelle: Statistisches Bundesamt, 2012)

Familien mit zwei Kindern sind am häufigsten vertreten. 2009 wurden in den neuen Bundesländern 61 % der Kinder von Frauen geboren, die nicht verheiratet waren, in Westdeutschland ist dieser Anteil mit 26 % wesentlich geringer. Die Entscheidung für Kinder ist sehr individuell und zudem von der heutigen Zeit beeinflusst. Die Partnerschaft, die eigene Weiterentwicklung, die soziale und finanzielle Absicherung und die immer höher werdenden Anforderungen an das „Eltern sein“ prägen die Realisierung des Kinderwunsches. Die befürchtenden Nachteile, wie der Verlust des Arbeitsplatzes, weniger Einkommen und die Schwierigkeit des Wiedereinstiegs in das Arbeitsleben, sind wichtige Faktoren. Zudem werden Paare immer später Eltern. Zum einen aufgrund der verlängerten Schul- und Ausbildungsphasen, zum anderen aufgrund der Partnersuche und der längeren Phase der Partnerschaft vor einer Elternschaft. (vgl. Stock u.a., 2012)

Die Kleinfamilie wird heute oft als „Auslaufmodell“ angesehen. Der Anteil der Alleinerziehenden nimmt zwar stetig zu, aber immer noch werden drei Viertel aller Kinder bei Ehepaaren groß. Dazu zählen auch Stief-, Adoptiv-, Pflege-, Patchwork-, Regenbogen- und Mehrgenerationsfamilien. Die Erscheinungsformen von Familie sind facettenreicher und individueller geworden. 49% der Bevölkerung leben heute in Familien. Die Familie wird immer vielfältiger werden, aber immer wichtig bleiben, da sich Kinder und Erwachsene in und mit ihr entwickeln und wachsen können. Im Jahr 2011 gab es in Deutschland 8,1 Millionen Familien mit minderjährigen Kindern, insgesamt 14,6 Millionen. 2011 waren die Ehepaare mit minderjährigen Kindern mit

71 %, Alleinerziehende mit 20% und Lebensgemeinschaften mit 9 % vertreten. 15 Jahre zuvor betrug der Anteil der Ehepaare noch 81 % und der Anteil der Alleinerziehenden nur 14 %. (vgl. Wolf, 2010)

1953 entstand erstmals das Bundesministerium für Familienfragen, welches der Familie eine politische Wichtigkeit anerkannte. Es wurden Schul- und Ausbildungsgänge, Krankenversicherung und Altersvorsorge abgedeckt. Auf diesem Weg wurden auch sozial schwächere Familien aufgefangen. Verschiedene Analysen zeigen, dass Familienpolitik zu einem Anstieg der Fertilität beitragen kann, auch wenn die Beeinflussung sehr komplex ist. Eine bessere finanzielle Absicherung und eine Aufwertung der Infrastruktur könnten die Entscheidung für die Elternschaft erhöhen. Bujard (2011) zeigte, dass die Wirkung familienpolitischer Maßnahmen Zeit braucht ehe sie auf die Geburtenziffern wirken, er spricht von ein bis zwei Jahrzehnten. Er sagt ein Zusammenhang zwischen dem Handeln des Familienministeriums und der Geburtenrate besteht, jedoch in einer sehr langfristigen aber zugleich anhaltenden Perspektive.

1.2.1 Zukunftsprognosen

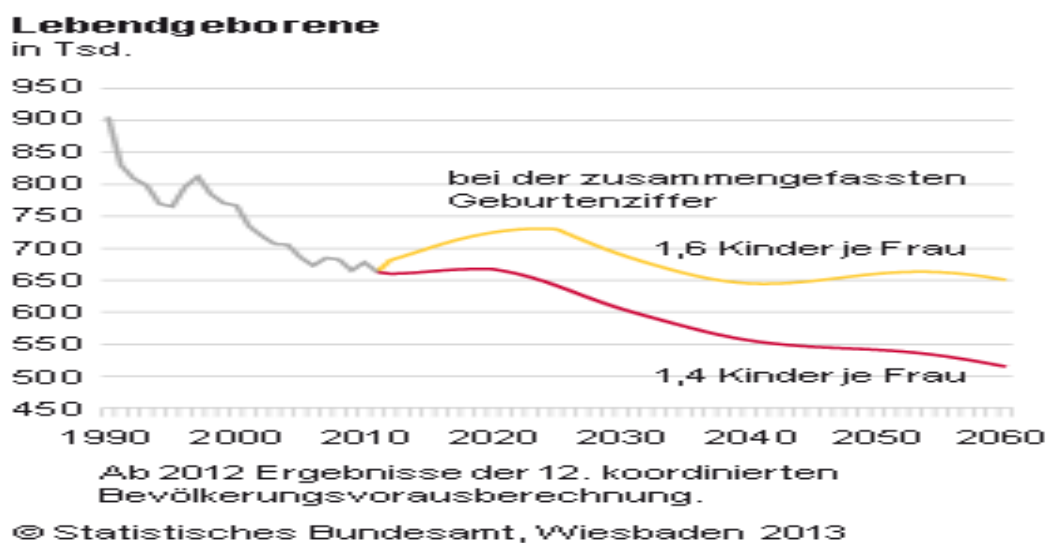
Was wird man in einigen Jahrzehnten als Familie bezeichnen? Wird es „die Familie“ überhaupt noch geben? Günter Burkardt stellt in seinem Essay „Konsequenzen gesellschaftlicher Entwicklungstrends für Familie und private Lebensformen in der Zukunft“ die möglichen zukünftigen Veränderungen der Familie auf drei Ebenen dar. Er sagt die Binnenstruktur und damit die Grenzen des Systems Familie könnten sich weiter voneinander entfernen. Die privaten und öffentlichen Linien, von denen die Familie gekreuzt wird, könnten sich weiter verschieben. „Privatheit“, die Individualität und die Partnerschaft gewinnen an Wichtigkeit, Familie hingegen wird öffentlicher. Die zunehmende Technisierung und die Kommunikation über Medien werden dazu beitragen. Der Begriff „Familie“ wird neu verstanden werden als ein Zusammenleben von Kindern und Erwachsenen, egal ob es sich um verheiratete Eltern handelt, ob es die sozialen oder biologischen Eltern sind. Die Heirat könnte für die Partnerschaft wieder als ein Ritual an Bedeutung gewinnen. Die Familienform „Patchwork“ wird zunehmen, da die Scheidungszahlen stetig steigen werden.

„Familie“ als Phase im Leben, die vorübergehen und sich neu zusammensetzen kann. Immer mehr Kinder werden mehr als zwei Eltern haben, mehrere „Mütter und Väter“. Neue Begriffe für den Lebenspartner des Elternteils werden benötigt, „Alltagsvater“ oder eine andere Wortneuschöpfungen.

Auch die Funktionen der Familie werden sich verändern. Immer mehr dieser Funktionen werden ausgelagert. Die Reproduktionsfunktion, sprich Zeugung und Geburt, werden medizinisch überwacht und zunehmend juristisch geregelt. Auch die Sozialisationsfunktion wird abnehmen. Elternschaft wird immer professioneller, an die Erziehung immer höhere Ansprüche gestellt. Elternratgeber, Kompetenzkurse und Beratungsstellen erklären wie man mit Kindern umgeht. Die Regenerationsfunktion wird verlegt. Das Wohlbefinden und Erholen wird durch öffentliche Elemente beeinflusst. (Wellnessangebote, Vergnügungsparks, Medien etc.) Nicht mehr jeder wird in und mit einer Familie leben. Die Familie wird als gesellschaftliches System jedoch nicht an Bedeutung verlieren, denn „dort kann jeder nicht nur ganze Person sein, sondern auch werden“. (vgl. Burkhardt, 2013, S.392 – 409)

Die Abbildung zeigt die voraussichtliche Entwicklung der Lebendgeborenen bis ins Jahr 2060. Die Zahlen basieren auf den Ergebnissen der Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes.

Abbildung 3: Lebendgeborene 1990 und Zukunftsprognosen bis 2060



(Quelle: Statistisches Bundesamt, 2013)

Die zukünftige Fertilität voraussagen ist aufgrund der Komplexität der Einflussfaktoren schwer. Unwahrscheinlich ist jedoch, dass die Geburtenziffer den Wert 2 in den nächsten 20 Jahren übersteigen wird. Ein Anstieg der realisierten Fertilität kann nur erreicht werden, wenn die gesellschaftlichen und politischen Hindernisse überwunden werden. (vgl. Stock u.a., 2012, S. 42- 43)

1.2.2 Ungewollte/Ungeplante Schwangerschaft - Entstehung, Entscheidung und Folgen

Wie im vorigen Abschnitt dargestellt, wird die Familienplanung und der Kinderwunsch von vielen äußeren (gesellschaftlichen, finanziellen, politischen) und inneren (eigene Lebensplanung, Partnerstatus) Faktoren beeinflusst. Jede Schwangerschaft ist ein mehr oder weniger bewusster Konflikt. Es hängt also von der eigenen Biografie, der aktuellen Lebenssituation, physiologischen Faktoren und der Einstellung zur Schwangerschaft ab, wie dieser Konflikt erlebt und bewältigt wird.

Trotz Prävention und Zugang zu Verhütungsmitteln entstehen ungewollte/ungeplante Schwangerschaften. In der Umfrage der BZgA von 2001 sagten 14 %, dass die Schwangerschaft ungewollt und 24 % sagten nicht gewollt/zwiespältig gewollt war. 35% gaben an, dass die Schwangerschaft nicht gewusst geplant war und 12 % freuten sich nicht über die Nachricht schwanger zu sein. Es gibt verschiedene Modelle, welche die Entstehungsbedingungen von ungeplanten/ungewollten Schwangerschaften darstellen. Gründe für die Entstehung einer ungewollten Schwangerschaft können äußere Bedingungen (berufliche Situation, Beziehung, Gesundheit), das Verhütungsverhalten oder die Funktion von Schwangerschaften bis hin zu psychischen Aspekten sein. Die Frau kann einen intraindividuellen Konflikt in sich tragen, den sie versucht mit der Schwangerschaft zu lösen. Auch Familienprozesse und die eigene Lebensgeschichte können un- und unterbewusst zu einer ungeplanten/ungewollten Schwangerschaft führen. (vgl Busch, 2012)

Prof. Beate Wimmer-Puchinger befragte 2001 Personen nach den Gründen für die Entscheidung zu einem Abbruch. 70 % sagten, dass Beruf und Familie für sie nicht vereinbar sind, 51% fürchteten eine zu große Veränderung ihres Lebens, 45% beschrieben finanzielle Sorgen, 43 % das Fehlen eines sozialen Netzes und 35% erhielten keine Unterstützung durch den Partner.

In einer Expertise der BZgA aus dem Jahr 2009 wurden BeraterInnen nach ihren Erfahrungen befragt. Sie beschrieben, dass gesellschaftliche Veränderungen, der soziale Kontext, kulturelle Traditionen, der „richtige“ Zeitpunkt und der Partner, den Entscheidungsprozess im Wesentlichen bestimmen. (vgl. Busch, 2009, S.24 ff.)

Eine ungewollte von einer ungeplanten Schwangerschaft zu unterscheiden ist schwer. Befragungen, die es zu diesem Thema gibt, liefern oft kein klares Bild, da die Frau bereits im Entscheidungsprozess ist und ihr Wahrnehmen dadurch „verzerrt“ wird. Meist werden ungeplante Schwangerschaften, die mit einem Abbruch beendet werden als ungewollt klassifiziert. Daher wird eine Abgrenzung zu „ungeplanten“ Schwangerschaften vollzogen, die trotzdem ausgetragen werden. (vgl. Langenberg, 2004, S.2). Ungewollt schwanger zu sein bedeutet somit nicht automatisch, kein Kind haben zu wollen. Frauen erleben inneren und äußeren Druck eine Entscheidung treffen zu müssen. Sie stehen vor allem zeitlich unter Druck, denn eine Schwangerschaft wird sichtbar und ein Abbruch ist nur innerhalb der ersten 12 Wochen möglich. (vgl. Friedrichsen, 2010, S.4-6)

Einen Weg zu finden, die ungewollte/ungeplante Schwangerschaft auszutragen oder die Schwangerschaft abubrechen, ist für jede eine Frau eine individuelle mehr oder weniger belastende Entscheidung. Gerade Abtreibungsgegner betonen immer wieder die psychischen Folgen eines Schwangerschaftsabbruchs. Die Stiftung „Ja zum Leben – Mütter in Not“ sagt, dass die psychischen Folgen etwa 80 % der Frauen betreffen und eine erfolgreiche Behandlung nicht wahrscheinlich ist. Zu den Symptomen zählen unter anderem Schuldgefühle, Selbstvorwürfe, Depressionen, Angstzustände, Trauer und schreckhaftes Träumen. (vgl. Werneck, 2000, S.216)

Diese psychisch emotionalen Folgen nach einem Schwangerschaftsabbruch werden als Post-Abortion-Syndrom (PSA) bezeichnet. In der Medizin ist dieses Syndrom nicht allgemein anerkannt und weder im ICD 10 noch im DSM IV aufgeführt. Der Begriff wurde von Vincent Rue geprägt, der Anfang der 80 er Jahre Schwangerschaftsabbrüche als traumatische Erfahrung beschrieb. 2008 und 2009 gab es drei Analysen der neueren wissenschaftlichen Untersuchungen, die das psychische Befinden von Frauen nach einem Abbruch betrachten. Sowohl die Psychological Association als auch die John Hopkins Universität kamen zu dem Ergebnis, dass diese qualitativ hochwertigen Studien widerlegen, dass ein Abbruch psychische Probleme

auslöst. Es ist kein Unterschied erkennbar zwischen den Frauen, die sich zu einem Abbruch entschieden haben und den Frauen, die eine ungewollte Schwangerschaft austragen. Andere Studien zeigen zudem, dass die psychische Belastung vor der Entscheidung für oder gegen einen Abbruch am größten ist. Einige Frauen berichten von leichter – meist vorübergehender – Trauer, Schuldgefühlen oder Depressionen. Dies sind nachvollziehbare und „normale“ Reaktionen, die auch nach anderen Entscheidungen im Leben auftreten können. Langwierige und schwere psychische Folgen betreffen in Abhängigkeit der Studie 1- 20 % der Frauen. Oft waren diese schon vorher in psychologischer/psychiatrischer Behandlung. (vgl. Schwangerschaftsabbruch – Infostelle, o.J.)

Zusammenfassend wird deutlich, dass eine ungewollte/ungeplante Schwangerschaft, die zu treffende Entscheidung und die Folgen eine mehr oder weniger belastende Erfahrung für jede Frau ist, die von vielen inneren und äußeren Faktoren beeinflusst wird.

2. Kontrazeptionsverhalten

In dieser Forschungsarbeit geht es um das Verhütungsverhalten unter ALG II Bezug. In diesem Abschnitt soll sich daher dem Thema Kontrazeptionsverhalten durch einen kurzen geschichtlichen Einstieg und der Darstellung des Anwendungsverhalten und der Kostenlandschaft genähert werden.

2.1 Geschichte der Empfängnisverhütung

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts entdeckte Theodor van der Velde, dass die Aufwachttemperatur der Frau während des Zyklus schwankt. Im Jahr 1928 veröffentlichte Hermann Knaus seine Forschungsergebnisse zum weiblichen Zyklus. Er sagte, dass eine Frau im Idealfall 14 Tage vor der nächsten Menstruation ihren Eisprung hat. Er entwickelte eine Berechnungsmethode um die fruchtbaren Tage bestimmen zu können. Dies erforderte jedoch ein Jahr stetige Beobachtung. In Japan gelang

Ogino zu denselben Ergebnissen, daher wird diese Methode auch die „Knaus-Ogino-Methode“ genannt. Die Beobachtung der Temperatur und des Vaginalsechleims konnten sich die Forscher jedoch nur in Ausnahmesituationen als zuverlässige Verhütungsmethode vorstellen. Als die physiologischen hormonellen Abläufe weitestgehend bekannt waren, kamen erste Gedanken an hormonelle Verhütung auf. Zwei französische Forscher erkannten, dass einmal während des Zyklus ein Ei springt, sie vermuteten den Eisprung während der Periode. Der Wiener Emil Knauer kann als „Entdecker“ der Hormone bezeichnet werden. Er transplantierte Eierstöcke geschlechtsreifer Nagetiere in nicht geschlechtsreife Tiere und sie erlangten die Merkmale der Geschlechtsreife. Er vermutete, dass ein „Fruchtbarkeitsferment“ dies auslöste. Später wurden diese Stoffe unter dem Namen Hormon zusammengefasst. (hormon = veranlassen / Aktion erzeugen) 1928 wurde bekannt, dass der aus dem Follikel entstehende Gelbkörper ein Hormon erzeugt, welche die Reifung einer neuen Eizelle verhindert. George W. Corner und Willard M. Allen aus New York nannten dieses Hormon Progesteron (pro = für / gestare = tragen). Von Edward Doisy wurde jedoch nachgewiesen, dass es sich dabei um Östrogen (oistros = Raserei, Begehren / gennein = zeugen) handelt. Dieses Hormon löst die „verweiblichenden“ Veränderungen aus. Da zu dieser Zeit in den USA die Entwicklung von Materialien zur Geburtenregelung bestraft wurde, legte die Hormonforschung den Fokus auf Entwicklung zur Behandlung von Fertilitätsstörungen. 1919 begründete Ludwig Haberlandt seine Idee, dass hormonelle Verhütung möglich sei. Seine Hypothese war, dass der Gelbkörper weitere Eisprünge verhindert und somit eine schwangere Frau nicht nochmal schwanger werden könnte. Mit Eierstocks- und Pflanzenextrakten wies er die Unfruchtbarkeit und die Wiedererlangung der Fruchtbarkeit, indem er das Extrakt absetzte, nach. Durch immense Kosten und dem Desinteresse scheiterte die industrielle Herstellung. Nach dem Tod Haberlandts kam es nie zur Umsetzung seiner Idee. Ein großer Schritt war dann die synthetische Herstellung des Hormons Progesteron. Die Forschung verlagerte sich zunehmend in die USA, da das NS Regime dies in Deutschland unmöglich machte.

1931 entwickelte Professor Gräfenberg die erste Spirale. Es handelte sich dabei um einen Silberring mit Kupferanteil, der eine Einnistung verhinderte. Durch das Herrschen der Naziideologie wurde diese Methode nur für wenige bekannt. Verhü-

tungsbefürworter mussten schweigen. Nur Schwangerschaftsabbrüche und die Sterilisation bei nicht arischen Frauen galten als Dienst am Volke. In den Konzentrationslagern wurden tausende Sterilisationen durchgeführt, die durch Injektionen in den Eileiter stattfanden. Die Regeln der NS Zeit wirkten lange nach. Die „Himmlersche Polizeiverordnung“, das Verbot für Verhütung zu werben, wurde zum Teil erst 1960 aufgehoben.

Die lockere Zeit der Jazzmusik brachte einen freizügigen Lebensstil mit sich. Magret Sanger kooperierte 1951 mit dem Fortpflanzungsbiologen Dr. Gregory Pincus. Er sollte ihr helfen ein Verhütungsmittel zu produzieren, das man „wie eine Aspirin“ schlucken könne. Es gelang ihm jedoch nicht, ein Mittel zu entwickeln, das in Tablettenform wirksam war. Die Wirkung des Progesterons war schon bekannt, aber oral eingenommen war es schnell unwirksam. Ludwig Haberlandt hatte bereits die Basis gebildet. Er nahm die Idee von Carl Djerassi auf, der nach dem 2. Weltkrieg auf dem Gebiet der Steroidforschung forschte. Ihm gelang 1951 die erste Synthese eines oralen Kontrazeptivums. Der Chemiker Colton gelang zur selben Zeit zu ähnlichen Erkenntnissen. Sie hatten ein Mittel zur Geburtenkontrolle gefunden. Pincus führte mit diesen neuen Erkenntnissen Großversuche durch. Er ermittelte ein Pearl Index von 1,7 pro hundert Frauen. Andere Kontrazeptiva waren lange nicht so sicher. Die Firma G.D. Searle wollte die erste Pille zur Behandlung von Menstruationsbeschwerden unter dem Namen „envoid“ auf den Markt bringen. Diese Vorgehensweise ermöglichte es ein Kontrazeptivum auf den Markt zu bringen ohne Sanktionen zu fürchten. Erst 1960 durfte die Pille auch offiziell als Kontrazeptiva vermarktet werden.

Auch andere Verhütungsmethoden entwickelten sich weiter. Die „symptothermale Methode“, bei der die Basaltemperatur und die Veränderung des Zervixschleims beobachtet werden, gilt bei einem regelmäßigen Zyklus als eine natürliche sichere Verhütungsmethode. Seit dem Auftreten von HIV, wurde das Kondom wieder zu einem der meist verwendeten Kontrazeptiva. In den 90er wurde das Femidom entwickelt. Auch andere hormonelle Verhütungsmittel, wie der Nuvaring und das Pflaster haben sich stetig verbessert und erweitern das Angebot an Kontrazeptiva. (vgl. Schmitt, 2003)

Die Pille war jedoch nicht nur ein Befreiungsschlag. Sie produzierte auch den Zwang sich für ein Kind entscheiden zu müssen. Diese Entscheidung wird immer mehr verschoben. Ein Zukunftsszenario beschreibt Djerassi: „Junge Männer und Frauen werden Reproduktionsbanken voll tiefgefrorener Spermien und Eizellen anlegen. Wollen sie ein Kind haben, dann heben sie einfach bei ihrer Bank ab, was sie brauchen. Sobald sie über ein Bankkonto verfügen, lassen sie sich sterilisieren. Sex fände nur noch aus Lust und Liebe und Fortpflanzung unter dem Mikroskop statt.“ Immer mehr Frauen suchen Hilfe in der Reproduktionsmedizin. Der Historiker Jütte glaubt jedoch nicht, dass es bald keine Verhütung mehr geben wird. Dafür führt er die lange Geschichte der Verhütung und das Festhalten an Traditionen als Begründungen an. (vgl. Beckmann, 2009)

Weitere Verhütungsmethoden für den Mann außer der Kondome, wurden bisher noch nicht erfolgreich auf den Markt gebracht. Im einem Interview der Zeitung „Spiegel“ über die „Pille für den Mann“ verkündete Eberhard Nieschalg zu Beginn 2013, dass die Datenlage noch nicht sicher genug ist, um die Pille auf den Markt zu bringen. Mit der „Intra Vas Device“ wurde eine weitere Methode für den Mann entwickelt. Durch das Einsetzen von kleinen Silikonteilen in den Samenleiter soll vorübergehend eine Befruchtung verhindert werden. Die Zeugungsfähigkeit soll nach der Entfernung des Materials sofort wieder da sein, quasi eine vorübergehende Sterilisation. (vgl. FOCUS Magazin, 2006, Ausgabe 42) Weiterhin werden in der Literatur und im Internet diverse homöopathische Mittel angeboten.

2.2 Anwendung und Kosten

Nach einer Studie der BZgA zum Verhütungsverhalten Erwachsener aus dem Jahr 2011, sind die Pille und das Kondom nach wie vor die mit Abstand am meist verwendeten Kontrazeptionsmittel. Jedoch sind auch andere Verhütungsmittel in großer Bandbreite vertreten. Im internationalen Vergleich sind in Deutschland die Preise für Kontrazeptiva hoch. In einer Untersuchung von Pro Familia wurden nicht die Absolutpreise der Kontrazeptiva, sondern alle damit verbundenen Kosten, die die Frau tragen muss, betrachtet. Es soll gezeigt werden bei welchen Mitteln große Differenzen bestehen und in welchen Ländern bestimmte Kontrazeptiva kostenfrei

zur Verfügung stehen. Aus insgesamt 20 EU Ländern, mit sehr hohen bzw. hohen/moderaten Pro-Kopf-Einkommen wurden Daten ausgewertet. Deutschland liegt beim Pillenpreis im oberem Viertel. Die höchsten Preise gibt es in Irland und Zypern. Hier gibt es allerdings Unterstützung für sozial Schwache. In den Niederlanden, Frankreich und Großbritannien ist die Pille kostenfrei. In Deutschland kostet sie durchschnittlich 27 Euro. In Bulgarien haben die Frauen unter Berücksichtigung der Gesamtbevölkerung und dem Pro Kopf Einkommen, die meisten Kosten zu bewältigen. Der Besuch beim Arzt ist in fünf Ländern kostenpflichtig. Deutschland zählte zum Zeitpunkt der Untersuchung (2008) noch dazu, da die Praxisgebühr erst 2013 abgeschafft wurde. Die Pille ist in Europa meist gut zugänglich, jedoch sagen acht Familienplanungsorganisationen, dass sozial Schwache und MigrantInnen es schwer haben, die Pille regelmäßig zu bekommen und anzuwenden. Auch in Deutschland wird dies so bewertet. Ein Kondom kostet unter 1,50 Euro und im Durchschnitt 0,70 Euro. In zwei Dritteln der untersuchten Länder sind Kondome an bestimmten Orten kostenfrei zu erhalten. Für die Pille danach müssen nur in Deutschland und Tschechien zusätzliche Arztkosten bezahlt werden. Im Jahr 2008 hatten die Frauen in Deutschland die absolut höchsten Kosten bedingt durch die Praxis-/Notfallgebühr. Ein Rezept ist neben Deutschland, noch in Bulgarien, Italien, Malta, Polen und Ungarn erforderlich. In insgesamt 28 europäischen Ländern ist die Pille danach rezeptfrei zu erhalten. Bei der Kupfer- und Hormonspirale existieren ebenfalls große Kostendifferenzen. Deutschland liegt mit 350 Euro auf Platz zwei. Nur in Österreich ist die Hormonspirale mit 450 Euro noch teurer. In Portugal kostet die Spirale nur 96 Euro. Sozial schwache Frauen werden in Österreich und Irland unterstützt. In Deutschland findet die Regelung „kostenlose Verhütung unter 21 Jahren“ beim Thema Spirale keine Anwendung. Bei der Sterilisation gibt es ebenfalls Preisschwankungen. In vielen Staaten ist eine Sterilisation kostenlos. In anderen Ländern, absoluter Spitzenreiter ist Österreich, liegen die Preise bei bis zu 800 Euro für den Mann und bis zu 2000 Euro für die Frau. In einigen Ländern bestehen Altersgrenzen. Oft wird eine Sterilisation nur durchgeführt, wenn die Frau schon mehrere Kinder hat. Deutschland liegt mit den Preisen für Verhütungsmittel im oberen Bereich. Bei den relativen Preisen lässt sich im Vergleich keine Regelung erkennen, sondern Willkür.

Der Zugang zu Verhütungsmittel hat sich mit dem GMG und der Einführung von Hartz IV besonders für sozial Schwache verschlechtert (vgl. Thonke, 2011)

Pro Familia erstellt regelmäßig eine Übersicht der Kosten für Kontrazeptiva. Die folgende Abbildung zeigt Auszüge aus der erstellten Tabelle von Januar 2013.

Abbildung 4 : Aktuelle Preise und Zusatzkosten für Verhütungsmittel Januar 2013

Verhütungsmittel	Kosten	Kosten incl. Einlage
Hormonhaltige Pille	4,26 – 19,85 Euro je nach Präparat und Packungsgröße	
Verhütungsring	1 Monat 22,80 Euro 3 Monate 47,77 Euro	
EVRA Pflaster	1 Monat – 3 Pflaster 20,17 Euro 3 Monate – 3 Pflaster 39,21 Euro	
Dreimonatsspritze	1 Dosis ca. 30,90 bis 34,94 Euro für 3 Monate	
Kupferhaltige Spiralen	Zwischen 26 und 85 Euro, zusätzliche 0,40 Euro für jährliche Ultraschallkontrolle	Ca. 120 bis 300 Euro
Kondome	0,19 bis 1,20 Euro pro Stück	
Femidom	11,95 Euro / Dreierpack	
Femcap Portiokappe	49,98 Euro	

(Quelle: Medizinischer Arbeitskreis pro Familia NRW; Verhütung Aktuelle Preise und Zusatzkosten)

Setzt man die Kosten für Kontrazeptiva dem aktuellen vorgesehen Budget im Regelsatz des ALG II gegenüber, sind Verhütungsmittel sehr teuer. Eine freie selbstbestimmte Entscheidung für ein Kontrazeptivum ist für sozial Schwache nicht realisierbar.

3. Veränderungen durch ALG II

Die Hartz IV Reform brachte viele Folgen mit sich. In diesem Abschnitt soll als Grundlage auf das Gesetz, die Leistungsberechtigten und die Entwicklung der Regelsätze eingegangen werden. Im Weiteren werden die Leistungen mit Blick auf das Thema Familienplanung näher betrachtet. Die Punkte Verhütung, Schwangerschaftsabbruch, Unterstützung während der Schwangerschaft und nach der Geburt sollen dargestellt werden. Im letzten Punkt sollen die aufgeführten inhaltlichen Aspekte mit Zahlen und Fakten für die Situation in Deutschland, im Land Brandenburg und der Stadt Brandenburg an der Havel unterfüttert werden.

3.1 Die Entstehung von ALG II

Im Jahr 2002 wurde die „Kommission für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt“ gegründet. Diese Hartz-Kommission, unter der Leitung von Peter Hartz, erarbeitete Ideen, um die Arbeitsvermittlung zu reformieren und die Zahl der Arbeitslosen deutlich zu senken. Es folgten eine Reihe von vorbereitenden Maßnahmen (Hartz I, II und III), ehe es zur Einführung von Hartz IV kam. Im ersten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt wurde die Leiharbeit liberalisiert und gestärkt. Es entstanden Zeitarbeitsfirmen, die Arbeitssuchende für einen bestimmten Zeitraum „verliehen“. Weiterhin wurde die Idee des Bildungsgutscheins umgesetzt, mit dem Weiter- und Fortbildungen unterstützt werden können, jedoch ohne Rechtsanspruch. Die Regelungen von Hartz II wurden zeitgleich umgesetzt. Hierzu zählen, die Einführung der Ich-AG, die Schaffung der Minijobs und die Integration von Jobcentern, dessen Träger die Arbeitsagenturen oder die Sozialhilfeträger sind. Die Hartz III Regelungen traten kurz darauf in Kraft. Die Bundesanstalt für Arbeit wurde in Bundesagentur für Arbeit umbenannt. Durch neue Strukturen sollte effektiver und kundenorientierter gearbeitet werden.

Die Arbeitssuchenden sollten gefördert und gefordert werden. Unter diesem Leit-aspekt mündeten am 01.01.2005 die Vorbereitungen in die Zusammenlegung von Arbeitslosenhilfe und der Sozialhilfe für Erwerbsfähige, es entstand das Arbeitslo-

sengeld II. Die Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende sind die Bundesagentur für Arbeit und kommunale Träger. Die Sozialhilfe ist seitdem nur noch Ansprechpartner für arbeitsunfähige Hilfsbedürftige.

Seit der Einführung gibt es viel Kritik an den Regelungen. Die Regierung hält an den Gesetzen fest, obwohl es Demonstrationen, Proteste und eine Flut von Klagen gibt. Hartz IV schaffe Schichten, verurteilt Menschen als „Schmarotzer“ und „erzeugt soziale Kälte.“ Das Bundesverfassungsgericht erklärte 2010 einzelne Aspekte des Gesetzes als verfassungswidrig. Daraufhin wurden die Leistungen leicht angepasst, jedoch hagelt es noch immer Kritik. (vgl. Schubert, Klein, 2011)

3.2 Das Gesetz

Die eingeführt Grundsicherung ist im „Sozialgesetzbuch Zweites Buch“, kurz SGB II geregelt, welches sich in elf Kapitel gliedert. Dazu zählen „Fördern und Fordern“, Anspruchsvoraussetzungen, Leistungen, gemeinsame Vorschriften für Leistungen, Finanzierung und Aufsicht, Datenerhebung, Statistik und Forschung, Mitwirkungspflichten, Bußgeldvorschriften, Bekämpfung von Leistungsmissbrauch und Schlussvorschriften.

Wer einen Antrag auf Leistungen des SGB II stellen kann, regelt der §7 Absatz 1 Satz 1 des Kapitels Anspruchsvoraussetzungen:

„Leistungen nach diesem Buch erhalten Personen, die

- 1. das 15. Lebensjahr vollendet & die Altersgrenze nach § 7a noch nicht erreicht haben,*
- 2. erwerbsfähig sind,*
- 3. hilfebedürftig sind und*
- 4. ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland haben (erwerbsfähige Leistungsberechtigte).“*

Als erwerbsfähig gilt wer *„nicht wegen Krankheit oder Behinderung auf absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein.“* (SGB II; §8) Die Nicht-Erwerbsfähigkeit stützt sich auf medizinische Gründe und muss mindestens sechs

Monate lang anhalten. Die Hilfebedürftigkeit wird im § 9 des SGB II definiert. Zutreffend ist dies, wenn eine Person „*seinen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus dem zu berücksichtigenden Einkommen oder Vermögen sichern kann [...]. Ist in einer Bedarfsgemeinschaft nicht der gesamte Bedarf [...] gedeckt, gilt jede Person der Bedarfsgemeinschaft [...] als hilfebedürftig.*“ Eine Voraussetzung für den Bezug von ALG II ist demzufolge nicht die Arbeitslosigkeit. Auch Angestellte und Selbstständige können Grundsicherungsleistungen beziehen, wenn sie mit ihrem Einkommen ihren Lebensunterhalt nicht sichern können. Einige Gruppen, wie SchülerInnen, StudentInnen, AsylbewerberInnen oder auch AltersrentenempfängerInnen haben keinen Anspruch auf die Leistungen, obwohl sie die Voraussetzungen erfüllen. (vgl. Murken; 2011, S.7 -9)

Im Kapitel Leistungen wird der Regelbedarf beschrieben. Der Regelsatz ist ein Pauschalbetrag, der den Lebensunterhalt der Betroffenen sichern soll. Seit der Einführung des ALG II wurde dieser stetig überprüft und angepasst. Die Berechnung des Regelsatzes erfolgte bis vor kurzem an dem Rentenwert.

Abbildung 5: Entwicklung des Regelsatzes von 2005 bis 2013

Jahr	Regelsatz
01/2005	Ost: 331 Euro; West: 345 Euro
07/2006	Keine Anhebung, da keine Rentenerhöhung
01/2007	Ost Satz wird auf Westniveau angehoben: 345 Euro
07/2007	347 Euro
07/2008	351 Euro
07/2009	359 Euro
02/2010	Bundesverfassungsgericht beschließt Neuberechnung, bisherige Methode verstößt gegen das Grundgesetz
01/2011	364 Euro
01/2012	374 Euro
01/2013	382 Euro

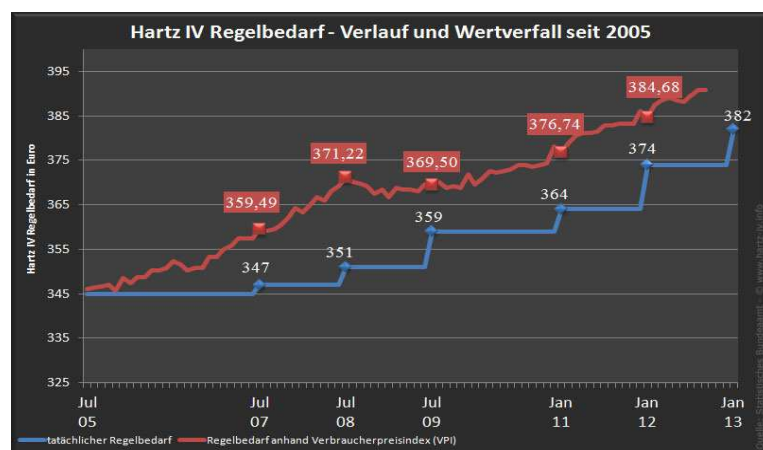
(Quelle: FOCUS online und hartz-iv.info/ratgeber/regelbedarf.html)

Es gab wiederkehrend Kritik an der Berechnungsmethode der Regelsätze. Nach Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts sieht der Gesetzgeber diese Berechnungsme-

thode als verfassungswidrig an. Hauptkritikpunkte sind, dass man sich bei der Aufstellung der Regelsätze „an den Einnahmen und Ausgaben der untersten 15 % der Alleinstehenden orientiert“, die zu Grunde liegende Referenzgruppe wird nicht fehlerfrei gebildet (Familien, die zu ihrem Arbeitslohn aufstockend SGB II Leistungen erhalten, werden hinzugezogen) und viele Ausgaben und wichtige Bereiche, werden nicht mit dem Regelsatz abgesichert. Den gezahlten 60 beziehungsweise 80 Prozent des Regelsatzes für Kinder und Jugendlichen liegt keine bestimmte und transparente Berechnungsmethode zu Grunde. Das Berliner Sozialgericht entschied 2012 (Az. S 55 AS 9238/12) im Fall einer Berliner Familie, dass der Regelsatz zu niedrig ist und kein menschenwürdiges Existenzminimum widerspiegelt. *„Der Satz müsste nach Auffassung der Berliner Richter für Singles mindestens 36 Euro im Monat und für Familien um 100 Euro höher im Monat ausfallen.“* (Urteil des Sozialgerichts Berlin S 55 AS 9238/12, verkündet am 25.04.2012)

Die Erhöhung des Regelsatzes ab dem 01.01.2013 erfolgte nach statistischen Berechnungen. Ein Index, der sich zu 70 Prozent an der Preisentwicklung für Güter und Dienstleistungen orientiert und sich zu 30 Prozent aus der Nettolohnentwicklung ergibt. Als Berechnungsgrundlage wurde der Zeitraum Juli 2011 bis Juni 2012 genutzt. (vgl. Presse- und Informationsamt der Bundesregierung; 12.10.2012) Der Regelsatz hat sich nur sehr langsam steigend entwickelt. Die folgende Grafik zeigt, dass der Regelsatz immer noch unter dem Verbraucherpreisindex liegt.

Abbildung 6: Entwicklung des Regelbedarfs - Vergleich zum Verbraucherpreisindex



(Quelle: Statistisches Bundesamt, 2012)

Der Regelsatz ist in elf Bereiche aufgeteilt, für welche ein bestimmter Betrag ermittelt wurde. Verhütungskosten fallen in den Bereich „Gesundheitspflege“.

Abbildung 7 : Aufteilung des Regelbedarfs für einen alleinstehenden Erwachsenen

Hartz IV Regelsatz - das ist in 382 € enthalten



(Quelle: Bundesagentur für Arbeit, 2013)

Zudem gibt es prozentuale Aufstockungen des Regelbedarfs für besondere Lebenssituationen. Schwangere, Alleinerziehende, Menschen mit Behinderungen, denen Leistungen für die Teilhabe am Arbeitsleben oder Eingliederungshilfe zustehen, Personen, die eine kostenaufwendige Nahrung benötigen und für Haushalte, die das Wasser dezentral erwärmen erhalten entsprechende Mehrbedarfe. Weiterhin gibt es einmalige Sonderleistungen, die nicht vom Regelsatz beglichen werden müssen. Hierzu zählen beispielsweise die Erstaussstattung für die Wohnung und Erstaussstattung bei Schwangerschaft und Geburt. (vgl. Murken; 2011)

Im Jahr 2010 kritisierte das Bundesverfassungsgericht, dass die Teilhabe am Leben für Kinder und Jugendliche nicht allein durch den Regelsatz gewährleistet ist. Der Gesetzgeber brachte daraufhin das Bildungs- und Teilhabepaket auf den Weg, um Kinder und Jugendlichen mehr Teilhabe in den Bereichen Bildung, Freizeit und Kultur zu ermöglichen. Seitdem können Hartz IV Empfänger finanzielle Unterstützung für Kita- und Schulausflüge, Schulbedarf, Schülerbeförderung, Lernförderung, Mit-

tagesverpflegung und Aktivitäten im sozialen und kulturellen Bereich beantragen. (vgl. Brühl, Hoffmann, 2011)

3.3 Leistungen im Hinblick auf Familienplanung

Mit der Einführung des neuen Grundsicherungsgesetzes ALG II und dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz hat sich auch mit Hinblick auf den Bereich Familienplanung viel verändert. In diesem Abschnitt sollen die Aspekte Verhütungskosten, Übernahme von Schwangerschaftsabbrüchen und Leistungen vor und nach der Geburt betrachtet werden.

a) Verhütungskosten

Im Rahmen des Bundessozialhilfegesetzes, welches bis 2005 galt, wurden die Kosten für Kontrazeptiva übernommen. Die Sozialhilfe enthielt zwei Bereiche, die „Hilfe zum Lebensunterhalt“ (Abschnitt 2 BSHG) und die „Hilfe in besonderen Lebenslagen“ (Abschnitt 3 § 27 ff BSHG). Die „Hilfe zum Lebensunterhalt“ umfasste auch einmalige Beihilfen. Dadurch konnte flexibel und individuell auf besondere Lebenslagen reagiert werden. Die „Hilfe in besonderen Lebenslagen“ war nicht an die „Hilfe zum Lebensunterhalt gekoppelt“. Auch Personen, die sonst keine Leistungen nach dem BSHG erhielten, konnten aufgrund ihrer jetzigen Bedarfssituation Leistungen erhalten. (§ 1 Abs 2 BSHG 2000) Dazu zählten: die vorbeugende Gesundheitshilfe (§36 BSHG); Hilfe zur Familienplanung (§ 37 b SHG), Hilfe bei der Sterilisation (§ 37 a BSHG)etc. Bis zum 20. Lebensjahr übernahmen die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten. Danach wurde die Kostenübernahme den § 37 b „Hilfe zur Familienplanung“ im BSHG abgedeckt.

Ein Jahr vor der Einführung von Hartz IV, gab es drastische Sparmaßnahmen im Bereich der Gesundheit. Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz, auf den Weg gebracht von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt, veränderte auch die Regelung zur Kostenübernahme von Verhütungsmitteln. Seitdem mussten Sozialhilfeempfänger, die älter als 20 Jahre waren, ihre Verhütung aus ihren Leistungen bestreiten. Verhütung war für sie nicht mehr kostenfrei zugänglich. Die einzelnen Kommunen konn-

ten nun eine Regelung „nach eigenem Ermessen“ finden. Einige Städte entschieden sich für eine Übernahme der Kosten. (Näheres in Punkt 3.4 Situation in Deutschland/BRB) Diese Regelung des GMG wurde mit in die Hartz IV Reform übernommen. Kontrazeptionsmittel müssen mit den Leistungen aus dem Regelsatz bestritten werden.

Der Punkt Verhütungskosten ist im Regelsatz dem Bereich „Gesundheitspflege“ zuzuordnen. Seit dem 01.01.2013 stehen hierfür dem Leistungsempfänger 16,43 Euro zur Verfügung, (siehe Abbildung 7) das sind im Schnitt 0,55 Euro täglich. Wie der Regelsatz ist auch der Betrag für die Gesundheitspflege stetig über die Jahre hinweg minimal angestiegen. Im Jahr 2011 waren es noch 15,55 Euro. Darin war allein für die Praxisgebühr eine Summe von 2,64 Euro vorgesehen, gesamt 31,68 Euro im Jahr. Damit waren immerhin drei Quartale abgedeckt. Von diesem Budget müssen sämtliche medizinische und kosmetische Utensilien bezahlt werden. (vgl. Angaben des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, 2010)

Die meist verwendeten Kontrazeptionsmittel Kondom und Pille, deren Kosten zwischen 0,19 – 1,20 Euro (pro Kondom) und 4,41 – 21 Euro (pro Pillenschachtel) liegen, müssen davon bezahlt werden. Vom Bereich Gesundheitspflege ist gut die Hälfte für pharmazeutische Erzeugnisse, die andere Hälfte für andere medizinische Erzeugnisse und therapeutische Mittel vorgesehen. (vgl. Roth, Thomé, 2006) Das heißt für Verhütungsmittel stehen etwa 8 Euro zur Verfügung. Andere kostenintensivere Kontrazeptiva wie die Spirale, das Femidom, das Pflaster oder der Nuvaring sind von diesem Budget kaum bzw. nicht zu finanzieren.

b) Kostenübernahme Schwangerschaftsabbruch

Ein Schwangerschaftsabbruch ist nach § 218 a Abs. 1 Strafgesetzbuch rechtswidrig, bleibt aber straffrei, wenn die Beratungsregelung eintritt. Hierzu muss die Schwangere mindestens drei Tage vor dem Abbruch ein Beratungsgespräch in einer anerkannten Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle wahrgenommen haben. Die ausgestellte Bescheinigung muss dem Arzt, der nicht an der Beratung teilgenommen haben darf, innerhalb von 12 Wochen nach der Empfängnis vorgelegt werden. Erst dann darf er einen Abbruch vornehmen. Zudem bleibt ein Schwangerschaftsabbruch

bruch ohne rechtliche Folgen, wenn eine medizinische (§218 a Abs. 2 StGB) oder eine kriminologische Indikation (§§ 176 bis 179 StGB) vorliegen. Bei einer vorliegenden medizinischen oder kriminologischen Indikation werden die Kosten eines Abbruchs von der Krankenkasse übernommen. Ist dies nicht der Fall und ein Abbruch erfolgt nach der Beratungsregelung muss die Frau die Kosten selber tragen. Etwa 97 % der Abbrüche erfolgen nach der Beratungsregelung. Dabei fallen Kosten in Höhe von etwa 460 € für einen instrumentellen ambulanten Eingriff und ungefähr 360 € für einen medikamentösen Schwangerschaftsabbruch an. Die Kosten übernimmt das Bundesland, in dem die Frau lebt. Der Antrag für Kostenübernahme wird jedoch bei der Krankenkasse gestellt. (vgl. Pro Familia, 2011)

Damit die Kosten übernommen werden ist die soziale Bedürftigkeit nachzuweisen. Derzeit wird eine Frau als bedürftig angesehen, wenn ihr persönliches Einkommen 1033 Euro im Monat nicht übersteigt und sie kein kurzfristig zur Verfügung stehendes Vermögen hat. Bei im Haus lebenden Kindern oder zusätzlichen Unterkunftskosten erhöht sich diese Grenze. (§19 Absatz 5 Schwangerschaftskonfliktgesetz) Die Bedürftigkeitsgrenze steht in den alten Bundesländern im Zusammenhang mit der Veränderung des Rentenwerts. In den neuen Bundesländern wird der Wert jedes Jahr vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Finanzen überprüft. (vgl. BMFSFJ, 2012)

Bei Leistungsempfängerinnen des ALG II greift diese Bedürftigkeitsgrenze, d.h. für Hartz IV Empfängerinnen werden die Kosten einen Schwangerschaftsabbruchs vom jeweiligen Bundesland übernommen. Die Kosten für sichere regelmäßige Verhütung hingegen werden nicht bundesweit übernommen.

c) Unterstützung in der Schwangerschaft und nach der Geburt

Eine schwangere Leistungsempfängerin erhält in der Schwangerschaft zusätzliche Leistungen. Dieser Mehrbedarf umfasst eine Aufstockung des Regelsatzes um 17 % ab der 13. Schwangerschaftswoche bis zum Entbindungstag. Auch Alleinerziehenden steht ein Mehrbedarf in Höhe von 12 % des Regelbedarfs zu für jedes im Haushalt lebende minderjährige Kind. Einen Mehrbedarf von 36 % erhalten alleinerzie-

hende Leistungsempfängerinnen, wenn ihr Kind jünger als 7 Jahre ist oder zwei Kinder unter 16 Jahren mit im Haushalt leben. Bei mehr als zwei minderjährigen Kinder setzt wieder die 12 % Regel ein, d.h. bei drei Kindern 36 %, bei 4 Kindern 48 % Aufstockung des Regelsatzes bis maximal 60 %. Zudem gibt es einmalige Sonderleistungen, hierzu zählen nach § 24 Absatz 3 SGB II „Erstaussstattungen für Bekleidung und Erstaussstattungen bei Schwangerschaft und Geburt.“ Nach einem Urteil des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg vom 03.03.2006 umfasst dieser Sonderbedarf für die Erstaussstattung inklusive Schwangerschaftsbekleidung etwa 500 Euro. Diese Erstaussstattung ist in zwei Formen unterteilt. Einmal Leistungen für die Schwangere selbst und Leistungen für das Kind. Diese werden gesondert beantragt. Nach der Geburt steht auch den Kindern ein Regelsatz zu, dieser ist nach Alter gestaffelt.

Abbildung 8: Regelsätze für Kinder ab 01.01.2013

Kinder 0 bis 5 Jahren	224 €
Kinder von 6 bis 13 Jahren	255 €
Kinder 14 bis 17 Jahre	289 €

(Quelle: Bundesagentur für Arbeit, 2012)

Die Leistungen Kindergeld und seit 2011 auch das Elterngeld werden zu 100 % als Einkommen angerechnet und steigern den Regelsatz damit nicht. Bis 2011 wurde der sogenannte „Sockelbetrag“ des Elterngeldes in Höhe von 300 Euro nicht auf Leistungen nach dem SGB II angerechnet und Betroffene erhielten diesen zusätzlich zu ihrem Regelsatz. (vgl. BMFSFJ, „Elterngeld und Elternzeit“, 2010) Auch die geplante Betreuungsprämie in Höhe von 150 Euro monatlich wird angerechnet, sodass Hartz IV EmpfängerInnen davon nicht profitieren, wenn sie ihre Kinder die ersten zwei Jahre Zuhause betreuen. ALG II Empfängerinnen können unterstützende Leistungen bei der Bundesstiftung Mutter Kind beantragen. Diese vergibt Mittel für schwangere Frauen in Notlagen, die nicht im Regelsatz als Einkommen angerechnet werden.

Für viele Betroffene gilt eine Schwangerschaft als sozialer Abstieg. (vgl. Gäckle, 2007) Bis auf den prozentualen Mehrbedarf, einmalige Sonderleistungen und den

gezahlten Regelsatz für Kinder, greifen keine staatlichen finanziellen Unterstützungsangebote, da diese mit dem Regelsatz verrechnet werden.

3.4 Situation in Deutschland und Brandenburg

Im folgenden Abschnitt sollen die zuvor theoretisch dargestellten Sachverhalte durch Zahlen und Fakten unterlegt werden und somit greifbar werden. Hierbei sollen Daten für Deutschland und insbesondere für das Land und die Stadt Brandenburg angeführt werden, da sich der Fragebogen dieser empirischen Arbeit an ALG II EmpfängerInnen aus Brandenburg an der Havel und Umgebung richtet.

Brandenburg hat eine Fläche von 29.484 km² und etwa 2,5 Millionen Einwohner. Mit nur 85 EW/km² liegt Brandenburg an zweiter Stelle der dünn besiedelsten Bundesländer. Die größten Städte sind Frankfurt (Oder) und die Landeshauptstadt Potsdam. (vgl. Angaben Senatskanzlei Berlin und Staatskanzlei Brandenburg; o.J.) Die Stadt Brandenburg an der Havel ist mit gut 71.000 Einwohnern die dritt größte Stadt im Bundesland und hat eine Bevölkerungsdichte von 311 EW / km². Der Altersdurchschnitt liegt bei 47, 2 Jahren. Es wohnen 51 % Frauen und 49 % Männern in der Stadt an der Havel. (vgl. Statistikstelle Brandenburg an der Havel, 2012)

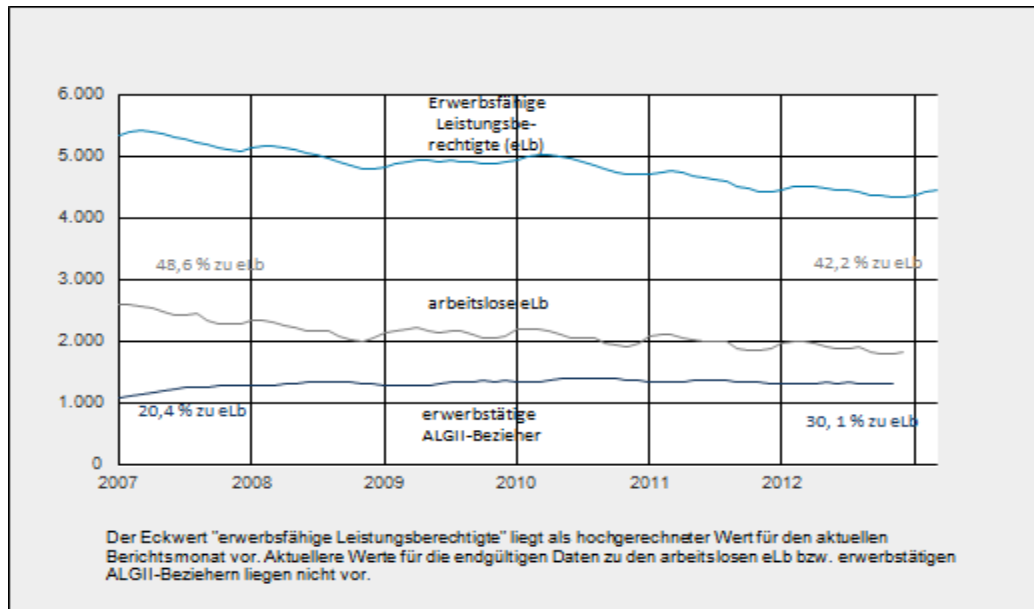
a) EmpfängerInnen von ALG II

Die Arbeitslosigkeit wird unterteilt in Personen, die das Arbeitslosengeld I beziehen und Leistungsberechtigte nach dem SGB II. Als arbeitslos gilt, wer keiner Beschäftigung von mehr als 15 Stunden wöchentlich nachgeht, dem Arbeitsmarkt zur Verfügung steht und zurzeit an keiner arbeitsmarktpolitischen Maßnahme teilnimmt. (vgl. Angaben der Bundesagentur für Arbeit, März 2013).

Im März 2013 bezogen nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit 4.445.000 Menschen ALG II. Diese werden unterteilt in arbeitslose Leistungsbezieher und erwerbstätige ALG II BezieherInnen, die Hartz IV als aufstockende Leistung erhalten. Die Zahl der Arbeitslosengeld II EmpfängerInnen sinkt in den letzten Jahren, doch zunehmend mehr Beschäftigte beziehen aufstockende Leistungen. Das Institut Arbeit und Qualifikation sagt, dass jeder dritte Hartz IV Empfänger ein sogenannter „Auf-

stocker“ sei. Im Jahr 2007 lag deren Anteil bei 23,1 %; bis zum Jahr 2012 stieg er auf 30,4 % an. (vgl. Völpel, 2013)

Abbildung 9 : Zahlen ALG II EmpfängerInnen von 2007 bis 2012



(Quelle: Statistik Bundesagentur für Arbeit, 2012)

Im Land Brandenburg gab es laut der Statistik der Bundesagentur 144.357 Arbeitslose, davon 96.549 ALG II BezieherInnen. Im März 2013 waren im Land Brandenburg 10,3 % der dort lebenden Personen ALG II BezieherInnen. Damit belegt das Bundesland Platz 5 nach Berlin, Bremen, Sachsen Anhalt und Mecklenburg Vorpommern mit den prozentual am meisten dort lebenden Hartz IV EmpfängerInnen. In der Stadt Brandenburg sind 5451 Menschen arbeitslos, 4258 bezogen Leistungen nach dem SGB II. Jeder 16. bezieht demnach Grundsicherungsleistung.

b) Schwangerschaftsabbrüche

In den vergangenen Jahren sank die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche. Prozentual gesehen ist der Rückgang gering, da im gleichem Zuge auch die Zahl der Lebendgeburten stetig sank. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes kamen 2005 gesamt 685,795 Kinder zur Welt, 2011 waren es etwa 23000 Geburten weniger. Im Jahr 2012 wurden in Brandenburg 3497 Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt.

Abbildung 10: Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland und Brandenburg

Merkmale	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005
Anzahl								
Insgesamt	106 815	108 867	110 431	110 694	114 484	116 871	119 710	124 023
Land des Wohnsitzes der Frauen								
Brandenburg	3 497	3 742	3 859	3 988	4 066	4 113	4 185	4 356

(Quelle: Statistisches Bundesamt; 2012)

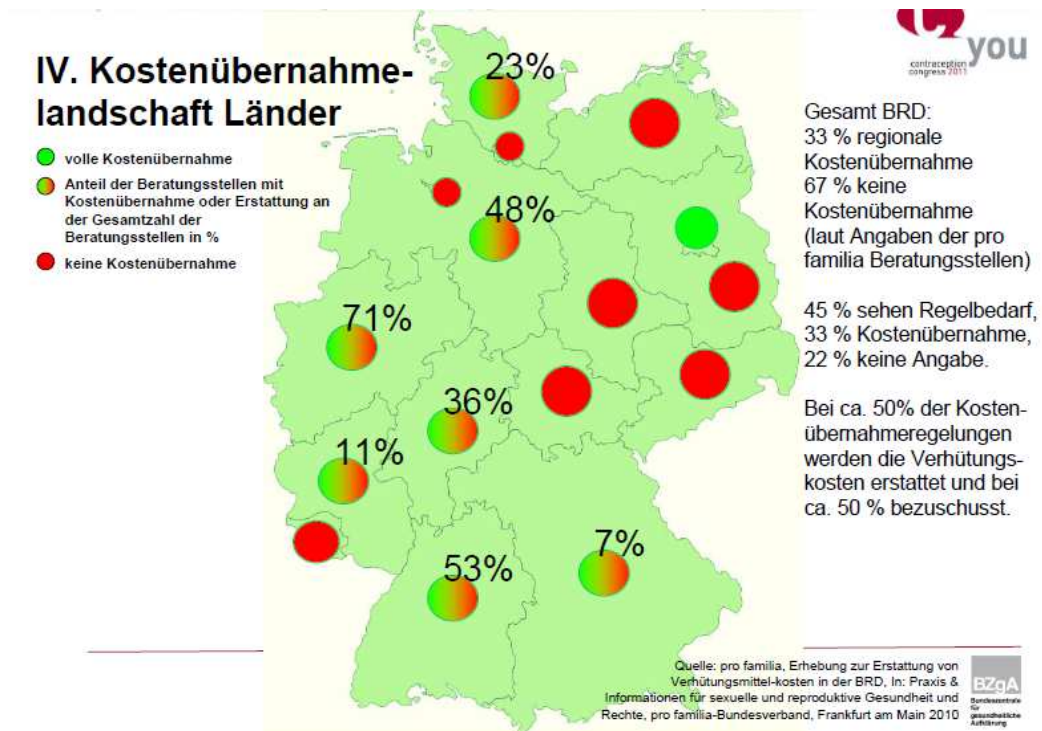
Knapp 60 % der Frauen waren ledig, der andere Teil verheiratet. Ein Dreiviertel der Frauen waren zwischen 18 und 34 Jahren. Von den Frauen, die noch keine Kinder hatten, entschieden sich 39,9 % für einen Abbruch. Der Großteil der Eingriffe (96,9%) wurde nach der Beratungsregel vorgenommen. Die am meist eingesetzte Methode war bei 69,4% der Abbrüche die Vakuumaspiration, der Wirkstoff Mifegyne und damit eine medikamentöser Abbruch wurde 17252 Mal vorgenommen. Die Zahl ist leicht angestiegen. Die meisten Abbrüche (80%) wurden ambulant in einer gynäkologischen Praxis durchgeführt. Seit 1996 werden die Daten nach einer neuen Erhebungsmethodik erhoben. Seit dem ist der Anteil der Abbrüche nach der Beratungsregel gleichbleibend, der Teil verheirateter Frauen hat abgenommen, der prozentuale Anteil von Schwangerschaftsabbrüchen minderjähriger Frauen ist mit 3,6 % konstant geblieben, der Anteil der Frauen, die noch keine Kinder haben ist um 3 % auf 39,9 % gestiegen. Die Daten zeigen jedoch nicht die Schwankungen über die Quartale hinweg. Im zweiten Quartal 2012 gab es 26900 Abtreibungen und somit 1,2 % beziehungsweise 300 Eingriffe mehr, als im Zeitraum davor. Im zweiten Quartal war der Anstieg mit 0,4 % wesentlich geringer. Man befürchtete eine Trendwende, doch die Zahlen relativierten sich wieder bis zum Ende des Jahres. (vgl. Angaben Statistisches Bundesamt, 2013)

c) Kostenübernahme Verhütungsmittel

Seit der Einführung des ALG II und dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz, werden Kosten für Verhütungsmittel für ALG II Empfängerinnen über 20 Jahre nicht mehr übernommen. Die Länder und Kommunen entscheiden nun nach eigenem Ermessen

und haben die Freiheit eine Kostenübernahme zu ermöglichen. Die folgende Abbildung zeigt die Situation in Deutschland im Mai 2010.

Abbildung 11: Kostenübernahmelandschaft Verhütungsmittel in Deutschland



(Quelle: Pro Familia, 2010)

Berlin übernimmt als einziges Bundesland die Kosten in vollem Umfang. In anderen Bundesländern, wie Bayern oder Baden-Württemberg übernehmen nur gewisse Beratungsstellen/Regionen/Kommunen die Kosten. In acht Bundesländern, dazu zählt auch Brandenburg, gibt es keinerlei finanzielle Unterstützung. In vielen Regionen, wie in Bremen, wird der Bedarf gesehen. Im Jahr 2011 wurde ein Arbeitskreis mit dem Thema „Familienplanung darf nicht an der finanziellen Situation der Familien scheitern“ gegründet und dieses Ziel in den Koalitionsvertrag übernommen. Bis heute jedoch ohne Ergebnisse. Begründet wird dieser Umstand mit der schlechten finanziellen Lage und der Rechtslage. Wenn es eine Kostenübernahme gäbe, müsste dieser Betrag wieder vom Regelsatz abgezogen werden. Diese Annahme scheint aber keine Anwendung zu finden. Stetig kommen mehr Städte und Regionen, wie Münster, Oldenburg, Flensburg, Vechta, Aurich und Diepholz hinzu, die Hartz IV Empfängerinnen unterstützen. Es handelt sich bei diesem Zuschuss, um eine freiwillige

lige Leistung, die das Jobcenter nicht auf die Grundsicherung anrechnet. Berlin gibt jährlich 2,5 Millionen Euro für die Übernahme von Kontrazeptionsmittel aus, auf Bremen würden dann etwa 500.000 Euro zukommen. Eine Finanzierung durch Stiftungs- oder Spendengelder wurde noch nicht in Erwägung gezogen. In Hamburg ist die Situation ähnlich. Ein Antrag bei der Bürgerschaft auf Kostenübernahme der Linksfraktion im Dezember 2012 wurde abgelehnt. Die Sozialbehörde sagt: „dass die Kosten mit der Regelleistung ebenso pauschaliert abgedeckt sind wie Ernährung, Körperpflege und Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben in der Gemeinschaft. Damit besteht größtmögliche Dispositionsfreiheit der Leistungsberechtigten hinsichtlich des Einsatzes der Regelleistung.“ Jeder ist selbst dafür verantwortlich sein Regelsatz so einzuteilen, dass es auch für Verhütungsmittel reicht. (vgl. Schnase, 2013)

Nach der Pilotstudie der HS Merseburg von Annelene Gäckle, die im Teil Forschungsgrundlage noch näher vorgestellt wird, gab es zahlreiche bundesweite Reaktionen. Auch in Brandenburg versprach der Sozialminister Günter Baaske (SPD) sich für kostenfreie Verhütung im Vermittlungsausschuss von Bundestag und Bundesrat einzusetzen. Bisher gibt es auch hier keine Ergebnisse. Der Sozialminister Brandenburgs Günther Baaske wurde per Mail kontaktiert. Eine Antwort kam von seiner Assistentin, die auf das Jobcenter und die Gleichstellungsbeauftragte Frau Kornelia Köppe verwies. Von Herrn Baaske gab es keine Stellungnahme.

Die ehemalige Familienministerin Ursula von der Leyen sieht keine Notwendigkeit zum Handeln, da sie keinen Zusammenhang zwischen den Kosten von Kontrazeptiva und ungewollten Schwangerschaften sieht. (vgl. Frank, Süddeutsche Zeitung online, 2010) Viele Beratungsstellen melden zurück, dass immer mehr Frauen von dem Problem berichten sich Verhütungsmittel nicht leisten zu können. Eine Statistik der Diakonie Sachsen zeigt, dass 43 % der Frauen, die ungewollt schwanger waren und 2010 zur Beratung kamen, finanzielle Probleme als Grund angaben. (vgl. Diakonisches Werk Sachsen e. V. Statistik, 2010) Im Februar 2011 wandte sich eine Betroffene an die Bundeskanzlerin und bat um eine Stellungnahme. Vom Presse- und Informationsamt der Bundesregierung wurde im Auftrag von Angela Merkel Ende März eine Antwort übermittelt, die folgende Argumentationen enthielt:

- Gesundheitsleistungen entsprechen seit dem GMG 2004 Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, ALG II Empfänger sollen nicht besser gestellt werden als „normal“ Versicherte
- Kosten für Empfängnisverhütung müssen/können aus den Leistungen zum Lebensunterhalt bestritten werden
- durchschnittliche Ausgaben für Gesundheitspflege, darunter auch der Posten Verhütung, bilden die Berechnungsgrundlage für den Regelsatz
- möglich und zumutbar in einem Bereich zu sparen, um dann in einem anderen Bereich mehr zur Verfügung zu haben
- ein Bedarf, der 10 %, also etwa 30 Euro des Regelsatzes nicht übersteigt, gilt als zumutbare Ausgabe – so auch die Anschaffung von Verhütung
- bis zum 20. Lebensjahr werden ALG II Empfängerinnen unterstützt, wenn sie die Kosten nicht selbst aufbringen können

Die Argumentation wirft einige Fragen auf: Sind ALG II Empfängerinnen durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz wirklich gleich gestellt und nicht benachteiligt? Ist es zumutbar in einem anderen Bereich zu sparen, um mehr für Verhütungskosten aufwenden zu können? Wieso endet die Unterstützung ab dem 20. Lebensjahr, ohne dass an diesem Punkt eine erkennbare finanziell/sozial bessere Lebenssituation eintritt? (vgl. Michalowski, 2011 auf direktzukunft.de)

d) Neueste Entwicklungen

Seit Februar 2013 gibt es auch wieder Bewegung auf höherer Ebene zu diesem Thema. Die Familienministerin von Nordrhein Westfalen Ute Schäfer (SPD) macht sich dafür stark. Für ihr Ziel kostenlose Verhütungsmittel für sozial und finanziell schlechter gestellte Frauen, wie ALG II Empfängerinnen, aber auch Bafög Bezieherinnen und Asylbewerberinnen, findet sie bei ihren MinisterkollegInnen Unterstützung. Bei der Jugend- und Familienministerkonferenz stimmten bereits Ende 2012 15 Bundesländer für eine deckende Kostenübernahme, lediglich Bayern stimmte dagegen. (vgl. dpa – Haufe online Redaktion, 2013)

Daraufhin wandte sich die Autorin dieser Forschungsarbeit Ende April 2013 über die Seite direktzu.de mit folgender Mail an das Bundespresseamt, die im Auftrag von Angela Merkel, Anfragen beantwortet.

„Masterthesis - Verhütungsverhalten unter ALG II Bezug

Sehr geehrte Frau Bundeskanzlerin,

im Rahmen meiner Masterthesis beschäftige ich mit oben genanntem Thema. Nach wie vor ist es so, dass ALG II Empfängerinnen über 20 Jahre Verhütung aus ihrem Regelsatz bestreiten müssen. Nur wenige Bundesländer und Landkreise übernehmen die Kosten für Verhütungsmittel.

Wie ich durch meine Recherchen im Internet erfuhr, macht sich die Familienministerin von Nordrhein Westfalen Ute Schäfer derzeit stark für dieses Thema. Bei der Jugend- und Familienministerkonferenz stimmten 15 Bundesländer für kostenfreie Verhütung für sozial schwache Frauen, lediglich Bayern stimmte dagegen.

Wie stehen Sie zu diesem Thema? Sollten Frauen mit niedrigem Einkommen nicht auch das Recht auf freie und selbstbestimmte Familienplanung haben? Ist es absehbar dass bald bundesweit eine Kostenübernahme für Kontrazeptiva umgesetzt wird?

Ich bedanke mich schon im Voraus für ihre Antwort.“

Bisher erhielt die Autorin noch keine Antwort vom Bundespresseamt. Jedoch wurde der Artikel über 3200 Mal gelesen und erhielt mehr als 300 Stimmen und gelang damit auf Platz 18 der veröffentlichten Artikel.

4. Fazit

Das System Familie hat sich in den letzten Jahrhunderten/-zehnten gewandelt. Trotz der Entwicklung zur Kleinfamilie und zunehmender Individualisierung und Pluralisierung der gelebten Familienformen, ist und bleibt die Familie der primäre Entwicklungs- und Sozialisationsort für Kinder. Die Entscheidung für Kinder wird durch den längeren Bildungsweg und der Partnerschaftssuche immer später getroffen und ist von vielen inneren und äußeren Faktoren abhängig. Insbesondere die finanzielle Situation und eine sichere stabile Zukunft spielen eine große Rolle.

Zusammenfassend zeigt sich durch den Theorieteil, dass durch das Inkrafttreten der ALG II Regelungen und dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz, für die Betroffenen ab dem 20. Lebensjahr Verhütungsmittel nicht mehr frei wählbar und ohne Zugangsprobleme zur Verfügung stehen. Der vorgesehene Betrag im Regelsatz reicht nicht aus, um die Kosten zu decken. ALG II EmpfängerInnen sind in ihren sexuellen und reproduktiven Rechten eingeschränkt, für sie ist Verhütung nicht frei zugänglich. Es gibt keine bundesweit einheitliche Regelung. Nur einige Kommunen und Regionen übernehmen die Kosten und ermöglichen den ALG II EmpfängerInnen eine zuverlässige Verhütung.

Die Hypothese „ALG II EmpfängerInnen sind in ihrer Familienplanung nicht selbstbestimmt, da sie die Kosten für sichere Verhütung nicht aufbringen können“ ist im Theorieteil schon dargestellt worden und soll durch den empirischen Teil bestärkt werden. Die weiteren zwei Hypothesen:

- Mit einer Kostenübernahme verändert sich das Verhütungsverhalten. Ohne Übernahme der Kosten nutzen ALG II EmpfängerInnen günstiger und zugleich weniger sichere Kontrazeptiva.
- Die Möglichkeit eines Schwangerschaftsabbruchs wird als „Verhütungsmethode“ angesehen, da die Kosten übernommen werden

sollen durch die Auswertung der empirischen Daten betrachtet werden.



Forschungsgrundlage

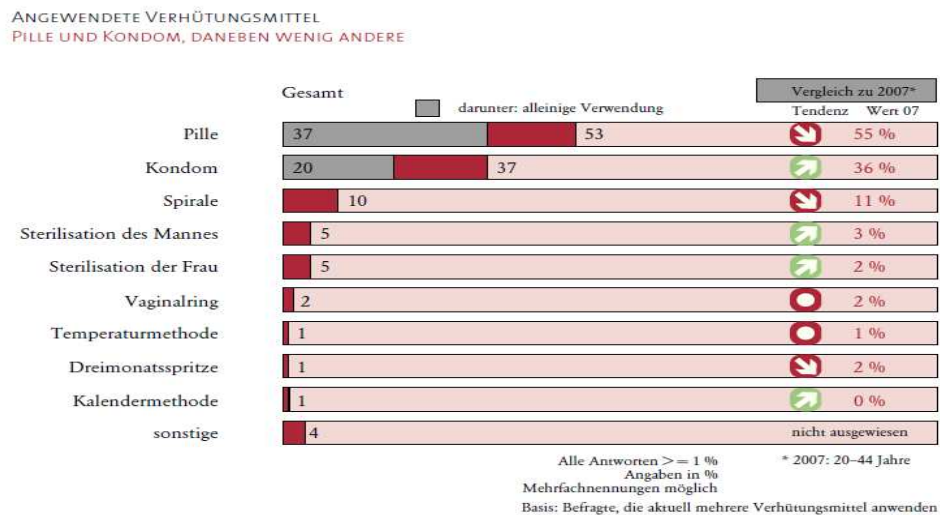
5. Studien

Im theoretischen Teil wurden die Aspekte Familienplanung, Verhütungsverhalten, ungeplante Schwangerschaften und ALG II betrachtet. Im Teil „Forschungsgrundlage“ sollen nun Studien vorgestellt werden, die sich mit diesen Themen beschäftigen. Einzelne Ergebnisteile der hier vorgestellten Studien sollen mit in die Auswertung dieser empirischen Arbeit einbezogen werden. Ausgewählte Aspekte werden im Ergebnisteil zum Vergleich herangezogen.

5.1 Verhütungsverhalten Erwachsener 2011 / BZgA

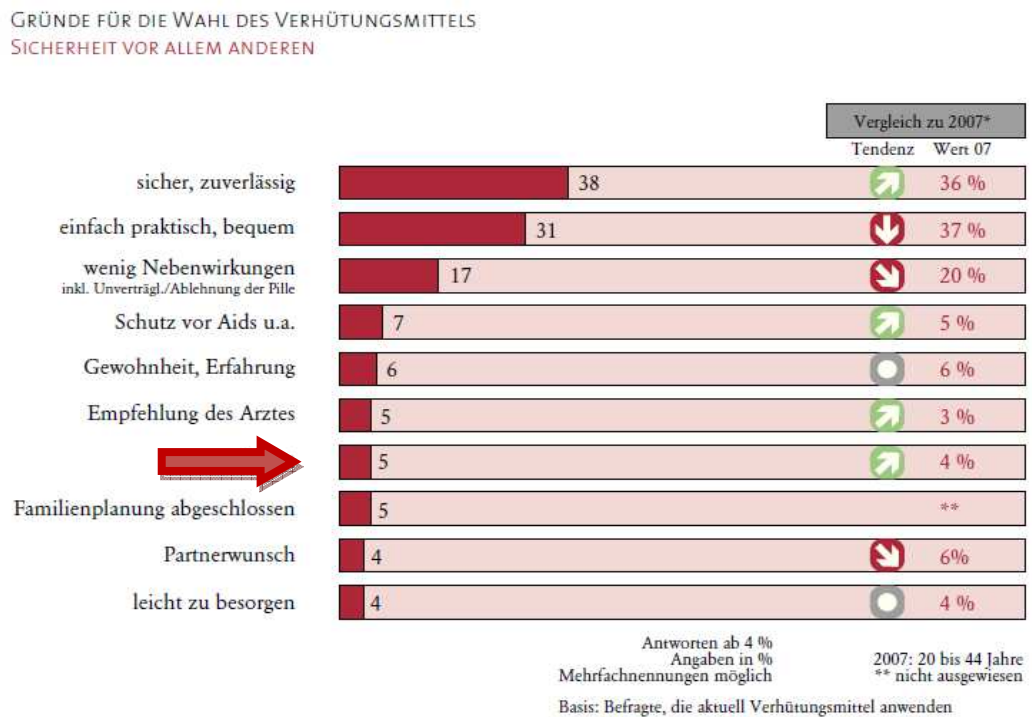
Die repräsentative Studie zum Verhütungsverhalten Erwachsener wurde im Jahr 2011 zum dritten Mal nach 2003 und 2007 durchgeführt. Befragt wurden Männer und Frauen zwischen 18 und 49 Jahren. Es wurden insgesamt 1750 Telefoninterviews geführt. Die Studie zeigt das „drei Viertel der sexuell aktiven Bevölkerung aktuell Verhütungsmittel anwenden.“ Am häufigsten verzichteten Frauen und Männer auf Kontrazeptiva, weil ein Kinderwunsch besteht oder bereits eine Schwangerschaft eingetreten ist. Die meist angewendeten Mittel sind die Pille und das Kondom. Das Kondom wird von den Männern öfter genannt.

Abbildung 12: Angewendete Verhütungsmittel



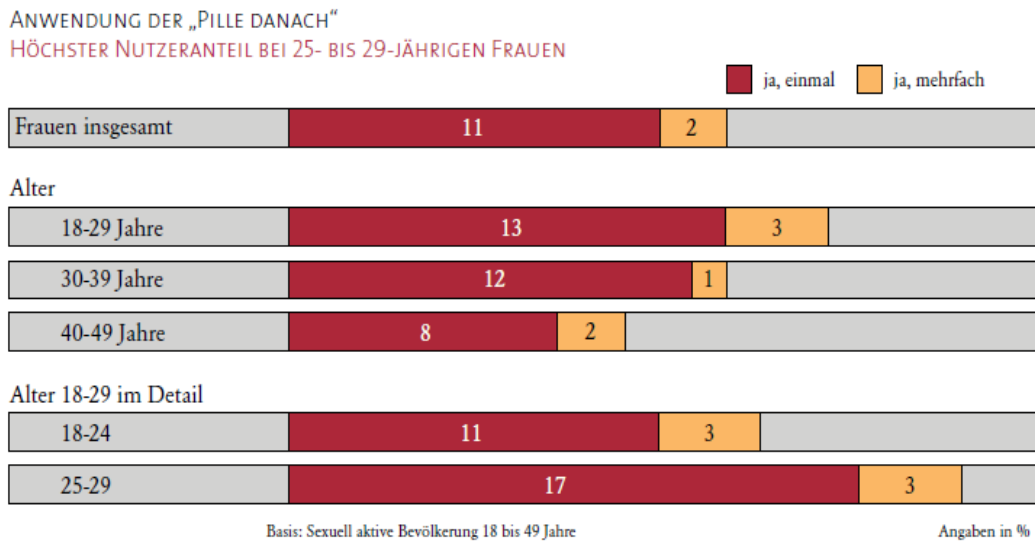
Dabei ist der Sicherheitsaspekt der Wichtigste, gefolgt von praktischen Punkten. An Wichtigkeit verloren hat der Anteil an Nebenwirkungen. Probleme mit der Anwendung bestätigen 59% der Pillenanwenderinnen, hauptsächlich mit der regelmäßigen Einnahme und den körperlichen Nebenwirkungen. Bei der Benutzung von Kondomen werden von 37% der Befragten Probleme benannt, die allerdings sehr unterschiedlich sind. Ein Anteil von 5 % nennen den Preis als Auswahlkriterium.

Abbildung 13: Gründe für die Wahl des Verhütungsmittels



Die Benutzung von der „Pille danach“ bestätigen 13% der Frauen, davon 2 % die schon mehrmals zu dieser Notfallverhütung gegriffen haben. Zwischen dem 25. und 29. Lebensjahr ist die Anwendung am häufigsten vertreten.

Abbildung 14: Anwendung der „Pille danach“



5.2 Frauen Leben 2011 / BZgA

Die Studie wurde 2007 durchgeführt und ist nach den Studien „Frauen Leben – Familienplanung im Lebenslauf von Frauen“ (1997-1999) und „Männer Leben – Familienplanung im Lebenslauf von Männern“ (2001-2004) die dritte Studie dieser Art von der BZgA mit dem Zusatzaspekt Migration. Immerhin haben 18% des weiblichen Bevölkerungsanteils in Deutschland einen Migrationshintergrund. Davon sind zwei Fünftel im Alter zwischen 20 und 44 Jahre. Für diesen großen Anteil ist das Thema Familienplanung aktuell. Für die Gruppe mit Migrationshintergrund gab es auch eine Vergleichsgruppe westdeutscher Frauen. Die Ergebnisse dieser Frauen sollen nun näher erläutert werden, da diese zum Vergleich herangezogen werden können. Insgesamt wurden für den quantitativen Bereich 2500 Personen befragt, die sich zu gleichen Teilen in türkische Frauen, osteuropäische Frauen und westdeutsche Frauen unterteilen.

Zusammenfassend wichtige Ergebnisse:

- 45% der westdeutschen Frauen verhüten bereits in einem Alter unter 17 Jahren
- 78 % der westdeutschen befragten Frauen verhüten aktuell

Abbildung15: Angewendete Verhütungsmittel – Frauen Leben 2011

- Die am meist verwendeten Verhütungsmittel sind mit 46,3 % die Pille und mit 25 % das Kondom. Die Abbildung zeigt auch alle weiteren angewendeten Kontrazeptiva.

Herkunftsgruppe	westdeutsche Frauen
Fallzahl	n=307
Verhütungsmittel/-methode*	
Pille	46,3
Kondom	25
Spirale	14,7
Sterilisation der Frau	7
Sterilisation des Mannes	7
Coitus interruptus	0,5
Sonstiges**	8,5

- Es gilt: Je höher die Schulbildung, desto häufiger wird mit der Pille verhütet.
- Wenn die Frauen mit ihrer Familienplanung abgeschlossen haben, wird häufiger mit der Pille verhütet.
- Westdeutsche Frauen verhüten häufiger, auch bei aktuellem Kinderwunsch, da sie diesen Schritt genau planen.
- 8 % der westdeutschen befragten Frauen hatten schon einmal einen Schwangerschaftsabbruch, die Abbruchrate liegt bei 11,5 : 1; d.h. auf 11,5 Geburten ein Abbruch.
- Frauen mit niedrigerer Schulbildung haben häufiger Schwangerschaften abgebrochen.

Abbildung 16: Gründe für einen Schwangerschaftsabbruch

- In der westdeutschen Gruppe, wurden die Abbrüche (65%) meist vor dem 1. (möglichen) Kind durchgeführt. Grund dafür ist, dass die Familiengründung nach hinten verschoben werden soll. Oft wird auch das Alter als Grund angegeben. Die finanzielle Situation gaben 7,7 % der Befragten als Grund an.

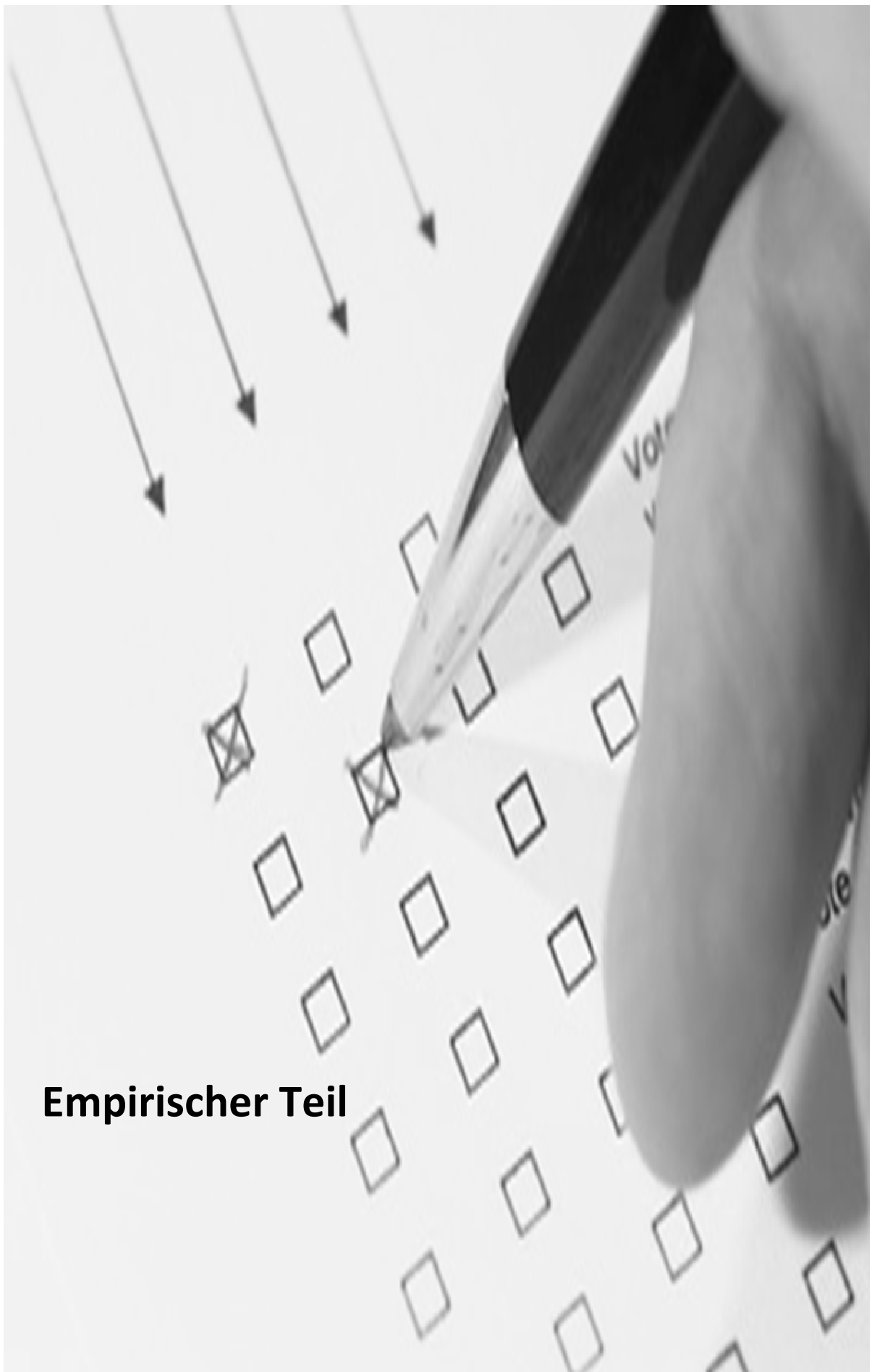
Gruppe	westdeutsche Frauen
Fallzahl	n=91
Hauptgrund für ersten Schwangerschaftsabbruch	
Familienplanung abgeschlossen	1,9
zu nah an vorangegangener Geburt	5,8
kein Partner bzw. Partner wollte nicht	21,2
Altersgründe	17,3
gesundheitliche Gründe	9,6
unsichere finanzielle oder berufliche Situation	7,7
berufliche Interessen, Vereinbarkeitsproblem	7,7
war in Ausbildung/Schule	17,3
zu jung, war zu früh (Freitext)	5,8
Sonstiges	5,8
<i>gesamt</i>	<i>100,1</i>

Zusammenfassend zeigt sich, dass die westdeutschen Frauen später mit der Familienplanung beginnen. Wie viele Kinder eine Frau dann noch bekommt, steht im Zusammenhang mit dem Zeitpunkt der Geburt des ersten Kindes, da die reproduktive Phase durch das immer höhere Alter verkürzt ist. Gründe für Verhütung und auch für Abbrüche waren eine schlechte finanzielle Situation, die Verwirklichung eigener Interessen und die Nicht-Vereinbarkeit von Karriere und Kind.

5.3 „Familienplanung gibt es praktisch nur theoretisch“ - Gäckle

Im Jahr 2007 beschäftigte sich Annelene Gäckle im Rahmen ihrer Masterthesis mit dem gleichen Thema. In ihrer Arbeit mit dem Titel „Familienplanung gibt es praktisch nur theoretisch“ betrachtete sie das Verhütungsverhalten von ALG II EmpfängerInnen, insbesondere der Vorher-Nachher-Vergleich zwischen Sozialhilfe und der Einführung von ALG II wurde thematisiert. Mit Hilfe eines qualitativen Fragebogens, der auch als Grundgerüst für diese empirische Untersuchung dient, präsentierte sie erste Ergebnisse zu diesem Thema. Insgesamt nahmen 69 Frauen mit einem durchschnittlichen Alter von 30 Jahren aus der Großstadt Köln an der Befragung teil. Die meisten Probandinnen waren langzeitarbeitslos. 78 % der Frauen gaben an, dass der Regelsatz für Kontrazeptiva nicht ausreicht, 80 % fürchten mit Eintritt einer Schwangerschaft eine ökonomische und soziale Verschlechterung und 62 % würden eine hormonelle Verhütung wählen. Ergebnisse der Studie waren, dass das Verhütungsmittel nach dem Prinzip Preis-Leistung gewählt wird und nicht an erster Stelle Sicherheit und Zuverlässigkeit steht. Frauen, die finanziell besser aufgestellt sind wählen sichere und längerfristige Verhütungsmittel. Kondome werden zunehmend angewandt, da diese gezielt einsetzbar und billig zu erwerben sind. Mit Eintritt von ALG II ist die Quote derjenigen, die immer verhüten von 67 % auf 30 % abgefallen. 16 % verhüten aufgrund von ALG II nie, zuvor waren es 6 %. Unter den Befragten waren 27 Schwangere, alle ungeplant bzw. ungewollt. Gleichzeitig vergessen jedoch weniger Frauen die Verhütung, weil sie bewusster verhüten, um mit einer Schwangerschaft einen ökonomischen und sozialen Abstieg zu verhindern. Die Studie wurde bundesweit publiziert und brachte dem Thema

neue Aufmerksamkeit. In Köln, wo die Studie durchgeführt wurde, gab es laut einer telefonischen Auskunft von Annelene Gäckle bislang keine Veränderung.



Empirischer Teil

6. Anlage und Durchführung der Studie

Wie im Theorieteil und der Forschungsgrundlage aufgezeigt wurde, haben sich die Themen Familienplanung und Verhütungsverhalten im Laufe der Jahre stark verändert. Durch die ALG II Reform 2005 werden Kontrazeptiva nicht mehr von staatlicher Seite übernommen. Die vorgesehene Summe im Regelsatz reicht nicht aus, um eine sichere Verhütung regelmäßig anzuwenden. Dadurch ist eine selbstbestimmte Familienplanung nicht möglich. Es wird befürchtet, dass ein Schwangerschaftsabbruch, dessen Kosten für ALG II Empfängerinnen vom Land übernommen werden, zunehmend zu einer „Not-Spät-Verhütung“ für finanziell schlecht gestellte Personen wird.

Das Ziel dieser Studie ist, herauszufinden welche Auswirkungen der Bezug von ALG II auf das Verhütungsverhalten hat. Es soll herausgefunden werden, welche Gründe die Zielgruppe für die unzuverlässige Anwendung von Verhütungsmittel angeben. Weiterhin soll gezeigt werden, ob ALG II EmpfängerInnen bei einer Kostenübernahme anders und/oder sicherer verhüten würden. Schließlich soll die Einstellung zu einem Schwangerschaftsabbruch und die damit verbundene Risikobereitschaft abgebildet werden.

Auf dem Theorieteil und den Forschungsgrundlagen gestützte Hypothesen, die überprüft werden sollen sind:

- ALG II EmpfängerInnen sind in ihrer Familienplanung nicht selbstbestimmt, da sie die Kosten für sichere Verhütung nicht aufbringen können.
- Mit einer Kostenübernahme verändert sich das Verhütungsverhalten. Ohne Übernahme der Kosten nutzen ALG II EmpfängerInnen günstiger und zugleich weniger sichere Kontrazeptiva.
- Die Möglichkeit eines Schwangerschaftsabbruchs wird als „Verhütungsmethode“ angesehen, da die Kosten übernommen werden.

Folgende Fakten werden dabei besonders beachtet:

- Zusammenhang zwischen ökonomischer Situation (monatliche Finanzen/ALG II Bezug des Partners) und Ausgaben/Wahl der Verhütungsmittel
- Soziodemografische Daten als Einflussfaktor auf das Verhütungsverhalten
- Auswirkungen der Faktoren Stand der Familienplanung und dem Schul-/Bildungsabschluss auf einen möglichen Schwangerschaftsabbruch

6.1 Design

Bei der empirischen Arbeit handelt es sich um eine Querschnittstudie, bei der verschiedene Personen zur gleichen Zeit zu einem Thema befragt wurden (Raab-Steiner, Benesch, 2012, S.42). Die Stichprobe wurde bewusst ausgewählt und unterlag bestimmten Kriterien:

- ALG II Bezug
- Familienplanung/Verhütung aktuelle Themen
- Wohnhaft in Brandenburg an der Havel und Umgebung

Parallel zur Erstellung des Fragebogens wurden mögliche Kooperationspartner in Brandenburg an der Havel und Umgebung kontaktiert. Hierbei wurde die Idee der Studie, deren Aufbau und die Rolle der teilnehmenden Kooperationspartner dargestellt. Des Weiteren wurde der Fragebogen als Anhang mitgesandt. Reagierten die angeschriebenen Einrichtungen nicht, wurden sie zeitnah telefonisch kontaktiert oder eine zweite Mail wurde geschickt.

Die pro familia Beratungsstellen in Brandenburg an der Havel und in Bad Belzig erklärten sich sofort zu einer Zusammenarbeit bereit. Auch die Beratungsstelle von donum vitae in Brandenburg stimmte zu. Es wurden jeweils 30 Fragebögen an diese Kooperationspartner in einem persönlichen Treffen weitergeleitet. Die BeraterInnen baten ihre KlientInnen direkt nach dem Beratungsgespräch um eine Teilnahme an der Studie, gaben den Fragebogen aus und standen für Rückfragen zur Verfügung. Der Erhebungszeitraum wurde auf 6 Wochen begrenzt (Mitte März bis Ende April). Die SOS Familien- und Erziehungsberatungsstelle in der Stadt Brandenburg lehnte eine Zusammenarbeit „aus verschiedenen Gründen“ ab.

Neben Familien-, Erziehungs- und Schwangerenberatungsstellen wurden auch Einrichtungen und Vereine angeschrieben, die Ansprechpartner für die Zielgruppe sind und mit ihnen in ihrer täglichen Arbeit in Kontakt stehen. Es wurden der Arbeitslosenverband Brandenburg e.V., Anwohnertreffs, Bürgerservice, der Verband Alleinerziehende Mütter und Väter e.V., der Förderverein Hohenstücken e.V., das AWO Haus Belzig, der AWO Sozial Service, das Begegnungshaus Beelitz, die Tafel, die Kleiderkammer in Brandenburg und ein Träger der Ambulanten Familienhilfe angeschrieben.

Von den aufgezählten Institutionen und Verbänden kamen unterschiedliche Rückmeldungen, einige meldeten sich, anderer verwiesen auf „bessere/zuständige Anlaufstellen“.

Zudem wurden die Jobcenter in Brandenburg an der Havel und in Bad Belzig um Kooperation gebeten. Beide meldeten per Mail zurück, dass eine Zusammenarbeit nicht möglich sei, da das Ausgeben der Bögen aus „datenschutzrechtlichen Gründen nicht möglich ist. Auch das Auslegen von Unterlagen ist aufgrund des Gleichbehandlungsgrundsatzes nicht möglich“. Des Weiteren möchte man die Beratungsgespräche „möglichst klar strukturieren und die Leistungsberechtigten nicht mit Informationen überfrachten.“ Jedoch war es möglich Personen vorm Jobcenter anzusprechen und um das Ausfüllen der Fragebögen zu bitten. Dies wurde an mehreren Tagen realisiert.

6.2 Instrument (Entwicklung des Fragebogens)

Für die Untersuchung bildete der Fragebogen von Annelene Gäckle die Grundlage. Durch Literaturrecherche, Konkretisierung der Forschungsfrage und fachlichem Austausch mit KommilitonInnen wurde dieser überarbeitet und entsprechend Items gestrichen oder ergänzt.

Folgende Veränderungen wurden vorgenommen:

- Die Fragen im Bereich „Soziodemografische Daten“ wurden weitestgehend übernommen. Bei der Geschlechterfrage wurde die Antwortmöglichkeit „Möchte mich nicht zuordnen“ ergänzt. Der Familienstand wurde durch die Frage nach einer vorhandenen Partnerschaft und Länge dieser Beziehung ersetzt

und komprimiert. Weiterhin wurden die Auswahlmöglichkeiten des Wohnsitzes an den jetzigen Untersuchungsort angepasst.

- Im Bereich „Lebenssituation“ wurden die Fragen nach Sozialgeld und Bezug anderer Leistungen, nach bestehender Schwangerschaft, nach gewollter/ungewollter Schwangerschaft und nach Folgen einer Schwangerschaft gestrichen. Begründet ist dies darin, dass sich der Fragebogen ausschließlich an ALG EmpfängerInnen richtet. Die anderen gestrichenen Items wurden durch neu konstruierte Fragen abgedeckt. Hinzu kamen die Fragen nach dem ALG II Bezug des Partners, den monatlich zur Verfügung stehenden finanziellen Budget, Anzahl der Kinder und dem Stand der Familienplanung. Die Abschlussfrage dieses Bereichs bildet die Einschätzungsfrage, wie es wäre jetzt schwanger zu werden.
- Im letzten Themenbereich „Verhütungsverhalten“ wurden die Gründe für die unregelmäßige Anwendung von Kontrazeptiva angepasst (Antwort Wechseljahre gestrichen, da sich der Fragebogen an Personen richtet, für die Familienplanung und Verhütung aktuelle Themen sind). Außerdem wird nun zur Beantwortung dieser Frage eine Einschätzungsskala genutzt. Im Anschluss kam die neue Frage hinzu, ob die genannten Gründe schon mal zu einer ungewollten/ungeplanten Schwangerschaft geführt haben. Auch die zur Wahl stehenden Verhütungsmittel wurden angepasst, um eine Vergleichbarkeit zu ermöglichen. Als Vorlage diente die BZgA Studie zum Verhütungsverhalten. Herausgenommen wurden die Fragen zur Verhütungsmethode und Anwendungszuverlässigkeit vor dem Hartz IV Bezug. Die Studie soll die Ist Situation darstellen. Die eventuell gewünschte Veränderung der Verhütungsmethode wird durch die Frage abgedeckt, ob man anders verhüten würde, wenn es eine Kostenübernahme gäbe. Die letzten zwei Fragen zum Schwangerschaftsabbruch wurden lediglich inhaltlich angepasst.

Das Ergebnis ist ein teil-standardisierter Fragebogen, der drei Themenbereiche enthält. (vgl. Komrey, 2009, S.237) Der Fragebogen wurde vor seiner Anwendung in einem Pretest auf Verstehbarkeit, Bearbeitungszeit und Eindeutigkeit getestet. Die Probandinnen füllten den Fragebogen mit Blick auf die genannten Aspekte aus.

Nach diesem Vortest wurden letzte Änderungen am Inhalt, am Layout und an den Antwortformaten vorgenommen. (vgl. Dieckmann, 2000)

Fragenummer	Themenbereich/Item
1 bis 6	Soziodemografische Daten
	1: Alter 2: Geschlecht 3: Wohnsitz 4: Partnerstatus 5: Glauben 6: Schul-/Bildungsabschluss
7 bis 12	Lebenssituation
	7: ALG II Bezug des Partners/der Partnerin 8: Dauer ALG II Bezug 9: monatliche verfügbare Finanzen 10: Kinder 11: Stand der Familienplanung 12: Gefühl bei einer möglichen Schwangerschaft
13 bis 24	Verhütungsverhalten
	13: Beurteilung Verhütungsverhalten 14: monatliche Ausgaben für Verhütung 15: Anwendung von Verhütungsmitteln immer ⇨ 18 16: Gründe für unregelmäßige Verhütung 17: ungeplante/ungewollte Schwangerschaft 18: genutzte Verhütungsmittel 19: Kostenübernahme Kontrazeptiva nein ⇨ 21 20: Gründe Kostenübernahme 21: Änderung des Verhütungsverhalten nein ⇨ 23 22: Wunschverhütungsmittel 23: Kenntnis Kostenübernahme Schwangerschaftsabbruch 24: Risikobereitschaft im Verhütungsverhalten

In der Studie wurden verschiedene Fragetypen genutzt. Am meisten wurde die direkte geschlossene Frageform angewendet.

- Standardisierte Fragen mit vorgegebenen Antwortkategorien, es gab sowohl Einfach- als auch Mehrfachauswahl
- Einschätzungsskalen in geordneten, vorgegebene Kategorien

Offen gefragt wurde nur bei Nummern 1, 4, 8, 9 und 20. Zudem haben die ProbandInnen die Möglichkeit auf der letzten Seite noch Gedanken und Hinweise zu äußern. (Raab-Steiner, Benesch, 2012, S.50/51)

Der erste Teil des Fragebogens erfasst „soziodemografische Daten“ zum Alter, Geschlecht, Wohnsitz, Partnerstatus, Glauben und Bildungsabschluss. Der zweite Teil soll die jetzige Lebenssituation darstellen und bildet das durch den ALG II Bezug des Partners, monatliche verfügbare Finanzen, Dauer des ALG II Bezug, Stand der Familienplanung und Gefühl/Einschätzung zu einer jetzigen Schwangerschaft ab. Der zweite Teil des Fragebogens beschäftigt sich mit dem Verhütungsverhalten. Es wird die subjektive Einschätzung des Kontrazeptionsverhaltens, die monatlichen Ausgaben für Verhütung, die Regelmäßigkeit der Anwendung und Gründe für eine Risikobereitschaft erfragt. Dann werden das aktuelle Verhütungsverhalten, der Wunsch nach Kostenübernahme und die Möglichkeit einer daraus entstehender Veränderung der Kontrazeptionswahl abgebildet. Zum Abschluss wird nach dem Wissen einer Kostenübernahmeregelung eines Schwangerschaftsabbruchs gefragt und die daraus resultierende Risikobereitschaft eine ungewollte/ungeplante Schwangerschaft „in Kauf zu nehmen.“

6.3 Datenanalyse

Zur Analyse der Daten wird das Statistical Package for the Social Sciences genutzt. (SPSS für Windows, Release 11.7.0, Chicago: SPSS inc., 1989 – 2002). Als erster Schritt werden die Angaben in das Programm eingegeben und mit den Methoden der deskriptiven Statistik ausgewertet. (Raab Steiner, Benesch, 2012, S.85 ff.) Hierzu zählen die Darstellung absoluter und prozentualer Häufigkeiten, Mittelwerte und Standardabweichungen. Als Signifikanzniveau wird $p < 0.05$, als hochsignifikant gilt $p < 0.01$ und als höchstsignifikant $p < 0.001$. (vgl. Bortz, Döring, 2006, S.29 f.) Als signifikant gilt ein Ergebnis, wenn es „mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% auch für die Grundgesamtheit gilt. Damit besteht nur die Restchance von 5%, dass der geprüfte Zusammenhang dem Zufall geschuldet ist.“ (vgl. statista Lexikon)

7. Ergebnisse

In diesem Abschnitt werden die empirischen Daten ausgewertet. Nach der Beschreibung der Stichprobe werden die Antworten mit Hilfe von Diagrammen anschaulich dargestellt.

7.1 Rücklauf

Insgesamt wurden 98 Fragebögen ausgefüllt. An die drei Beratungsstellen wurden je 30 Exemplare ausgegeben. Nach zwei Monaten war der Rücklauf gering, es wurden nur 11 Bögen ausgefüllt. Die Beratungsstellen beschrieben, dass es nach einigen Beratungen nicht passend war oder die KlientInnen nicht der Zielgruppe entsprachen. Im Rahmen der ambulanten Familienhilfe wurden 14 Bögen ausgefüllt. Den größten Erfolg brachte das direkte Ansprechen von Personen vor den Jobcentern in Brandenburg an der Havel und Bad Belzig. An 12 Tagen (Vor- und / oder Nachmittagen) wurden gesamt 77 Bögen ausgefüllt.

7.2 Charakteristika

Daten zum Alter, Wohnsitz, Schul- und Ausbildungsstand und Partnerstaus werden in folgender Abbildung dargestellt:

Abbildung 17: Charakteristika der Stichprobe

ALTER			GESCHLECHT				
	n	%		n	%		
	18-22	26	26,5				
	23-26	23	23,5	Gültig	Männlich	1	1,0
Gültig	27-29	23	23,5		Weiblich	97	99,0
	30-40	26	26,5		Gesamt	98	100,0
	Gesamt	98	100,0				

Altersdurchschnitt: 26,62 Jahre

WOHNSITZ			GLAUBE			
	n	%		n	%	
Gültig	Stadt Branden- burg	58	59,2	ja	10	10,2
	Umkreis	40	40,8	nein	88	89,8
	Gesamt	98	100,0	Gesamt	98	100,0
PARTNERSTATUS			ABSCHLUSS			
	n	%		n	%	
Gültig	in Partnerschaft	60	61,2	ohne Abschluss	12	12,2
	ohne Partner- schaft	38	38,8	Hauptschule	28	28,6
	Gesamt	98	100,0	Realschule/ mittlere Reife	26	26,5
			Abitur/Studium	5	5,1	
			Berufsausbildung	27	27,6	
			Gesamt	98	100,0	
PARTNERSCHAFTSDAUER						
	n	%				
Gültig	bis 1 Jahr	18	18,4			
	zw. 1 und 2 Jahre	14	14,3			
	zw. 2 und 3 Jahre	8	8,2			
	zw. 3 und 4 Jahre	9	9,2			
	mehr als 4 Jahre	11	11,2			
	Gesamt	60	61,2			
Fehlend	Ohne Partnerschaft	38	38,8			
Gesamt	Gesamt	98	100,0			

Insgesamt nahmen 98 Personen an der Befragung teil. Im Durchschnitt waren die ProbandInnen 26,62 Jahre alt. Die Stichprobe erhält nur einen männlichen Teilnehmer, daher wird bei der Auswertung nicht nach Geschlecht unterschieden. Die ProbandInnen wohnen zu 59,2 % in Brandenburg an der Havel und 40,8 % in der Umgebung der Stadt. 10 % der Befragten sind gläubig. Von den 98 Befragten, geben 60 an derzeit in einer Partnerschaft zu leben. 12,2 % der Befragten haben keinen Abschluss, 28,6 % einen Hauptschulabschluss, 26,5 % einen Realschulabschluss, 5,1% Abitur/Studium und 27,6 % haben eine Berufsausbildung abgeschlossen. Da die

Stichprobe viele junge Leute enthält, befinden sich viele noch in ihrer schulischen bzw. beruflichen Ausbildung.

7.3 Lebenssituation

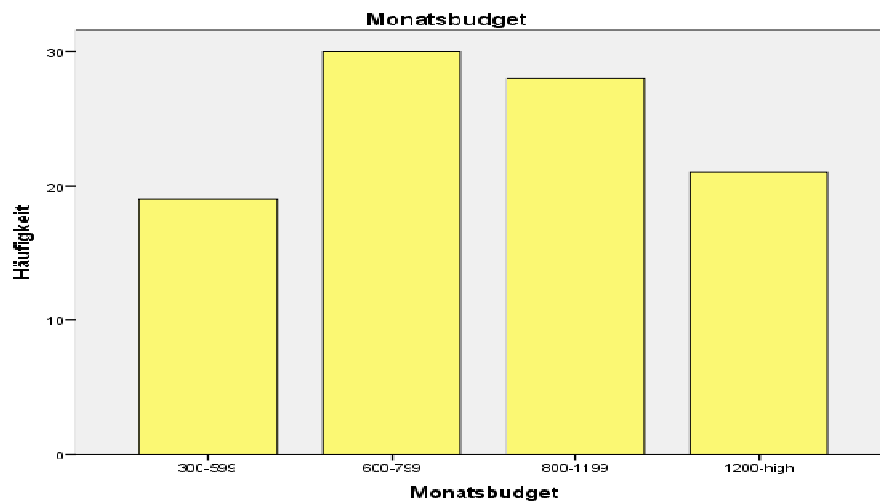
Von den 60 Befragten, die in Partnerschaft leben, beziehen in 60 % der Fälle die Partner ebenfalls Leistungen nach dem SGB II. Die Bezugsdauer von ALG II schwankte zwischen 2 Monaten bis zu mehr als 6 Jahren. Die durchschnittliche Bezugsdauer liegt in der Stichprobe bei 35,8 Monaten, also knapp 3 Jahren.

Abbildung 18: Bezugsdauer ALG II in Jahren

	n	%
Bis 1 Jahr	11	11,2
Bis 2 Jahre	25	25,5
Bis 3 Jahre	28	28,6
Bis 4 Jahre	13	13,3
Bis 5 Jahre	13	13,3
Bis 6 Jahre	3	3,1
Mehr als 6 Jahre	5	5,1
Gesamt	98	100,0

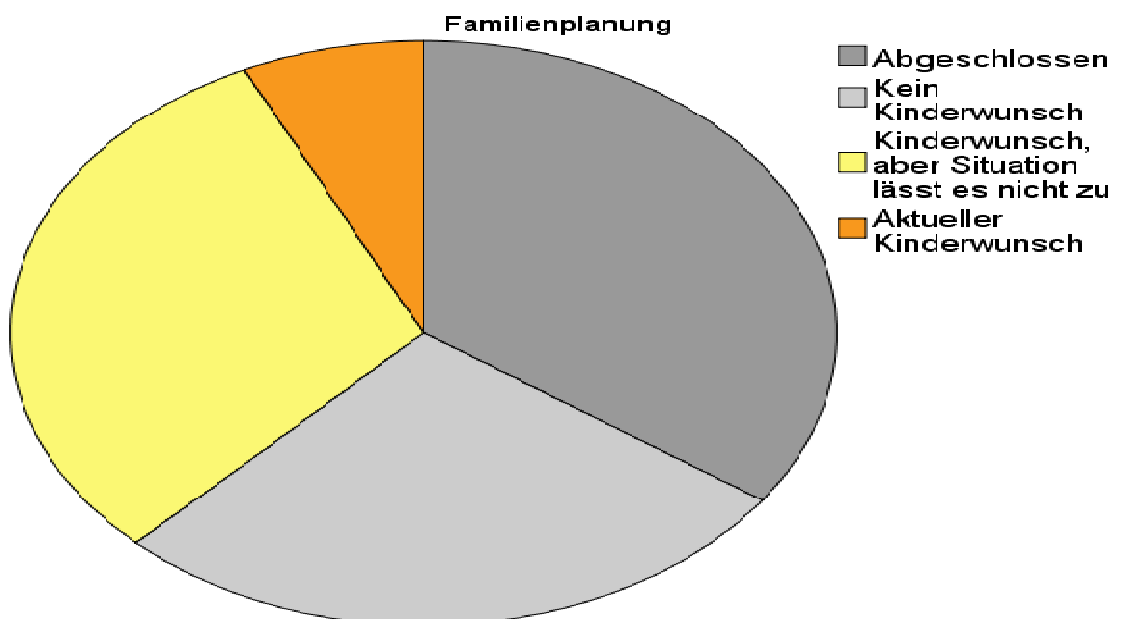
Die Frage nach dem monatlich zur Verfügung stehenden Budget zeigt eine große Spannweite auf. Da diese abgefragte Information nicht weiter definiert wurde, wurde sie wahrscheinlich individuell anders verstanden. Die unterschiedlichen Werte lassen darauf schließen, dass einige lediglich ihren Regelsatz angegeben haben, andere das Kindergeld oder den Verdienst des Partners noch mit hinzu gerechnet haben. Demzufolge liegt auch der Mittelwert mit 934 Euro relativ hoch. Die Abbildung zeigt die Verteilung in Form eines Balkendiagramms.

Abbildung 19: Monatsbudget



Von den 98 Befragten, haben 86 bereits Kinder. Der Mittelwert liegt bei 1,82 Kindern, d.h. etwas höher als die Geburtenrate 1,4, die 2012 in Deutschland durch das statistische Bundesamt ermittelt wurde. 12,2 % haben noch keinen Nachwuchs, 36,7 % haben ein Kind, 33,7 Prozent haben zwei Kinder, 14,3 % sind dreifache Mütter, 2 % haben 4 Kinder und lediglich 1 % 5 Kinder.

Abbildung 20: Stand der Familienplanung



34,7 % sagen, dass ihre Familienplanung abgeschlossen ist, 27,6 haben aktuell keinen Kinderwunsch und 37,8 % haben einen aktuellen Kinderwunsch, davon sagen jedoch 30,6 %, dass ihre jetzige Situation eine Verwirklichung dieses Wunsches nicht zulässt.

Die Frage „Was würde eine jetzt eintretende Schwangerschaft für Sie bedeuten?“, wurde nur von 19 mit super/gut/okay beantwortet. 79 antworteten mit weniger gut/schlecht/katastrophal. Diese hohe Zahl lässt sich damit erklären, dass für 34 die Familienplanung bereits abgeschlossen ist, 27 keinen Kinderwunsch haben und 30 zwar einen Kinderwunsch haben, sie aber ihre aktuelle Situation an der Umsetzung hindert.

7.4 Verhütungsverhalten

In dem Bereich Verhütungsverhalten, wurde die Regelmäßigkeit der Verhütung, die Kosten, die Gründe für unsichere Verhütung, das Auftreten ungeplanter/ungewollter Schwangerschaften, die aktuell angewandten Kontrazeptiva, der Wunsch nach einer Kostenübernahme und das Wunschverhütungsmittel abgefragt.

35 der Befragten schätzen ihr aktuelles Verhütungsverhalten als sehr gut/gut ein und verhüten sicher und regelmäßig. 46 der Befragten beschreiben ihr Verhütungsverhalten als weniger gut/mittelmäßig und 17 geben an dass sie ihre aktuelle Verhütung als eher schlecht/sehr schlecht einschätzen.

17 der Befragten gaben an, dass sie für ihre aktuelle Verhütung nichts ausgeben, 44 weniger als 15 Euro, 36 zwischen 15 und 30 Euro und lediglich ein Befragter gibt mehr als 30 Euro monatlich aus. Bedenkt man, dass im Regelsatz für den Bereich Gesundheitspflege lediglich 15,42 Euro vorgesehen sind, geben 37 schon mehr für Kontrazeptiva aus, als Ihnen zur Verfügung steht.

66 der Befragten, sagten dass sie immer/meistens verhüten und 32 gaben an selten/nie zu verhüten. Im Fragebogen wurden durch ein mehrstufiges Antwortmodell die Gründe für die unregelmäßige Verhütung abgefragt.

Abbildung 21: Gründe für Nicht-Verhütung

KOSTEN		n	%
	trifft vollkommen/im Wesentlichen zu	62	63,3
Gültig	trifft weniger/ nicht zu	9	9,2
	Gesamt	71	72,4
Fehlend	(Immer verhütet/kein Kreuz)	27	27,6
	Gesamt	98	100,0

UNVERTRÄGLICHKEIT		n	%
	trifft vollkommen/im Wesentlichen zu	5	5,1
Gültig	trifft weniger/gar nicht zu	64	65,3
	Gesamt	69	70,4
Fehlend	(Immer verhütet/kein Kreuz)	29	29,6
	Gesamt	98	100,0

KONFLIKTE IN BEZIEHUNG		n	%
	trifft vollkommen/im Wesentlichen zu	12	12,2
Gültig	trifft weniger/gar nicht zu	56	57,1
	Gesamt	68	69,4
Fehlend	(Immer verhütet/kein Kreuz)	30	30,6
	Gesamt	98	100,0

VERHÜTUNG WIRD VERGESSEN		n	%
	trifft vollkommen/im Wesentlichen zu	50	51,0
Gültig	trifft weniger/gar nicht zu	18	18,4
	Gesamt	68	69,4
Fehlend	(Immer verhütet/kein Kreuz)	30	30,6
	Gesamt	98	100,0

NEUER (SEXUAL-) PARTNER		n	%
	trifft vollkommen/im Wesentlichen zu	23	23,5
Gültig	trifft weniger/gar nicht zu	43	43,9
	Gesamt	66	67,3
Fehlend	(immer verhütet / kein Kreuz)	32	32,7
	Gesamt	98	100,0

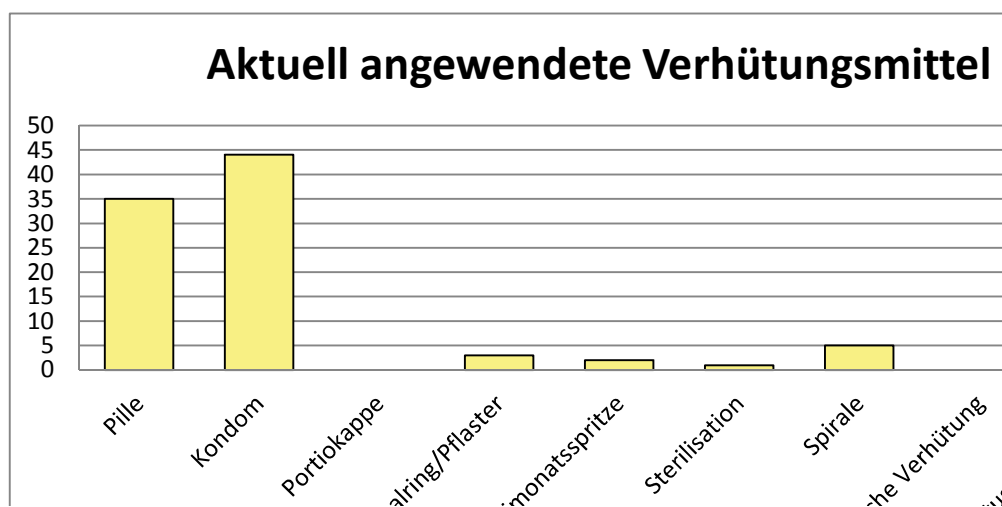
AKTUELLER KINDERWUNSCH		n	%
	trifft vollkommen/im Wesentlichen zu	24	24,5
Gültig	trifft weniger/gar nicht zu	44	44,9
	Gesamt	68	69,4
Fehlend	(Immer verhütet/kein Kreuz)	30	30,6
	Gesamt	98	100,0

ANGST ZUM ARZT ZU GEHEN		n	%
Gültig	trifft vollkommen/im Wesentlichen zu	10	10,2
	trifft weniger/gar nicht zu	58	59,2
	Gesamt	68	69,4
Fehlend	System	30	30,6
	Gesamt	98	100,0

Es zeigt sich deutlich, dass die Kosten mit 63,3% und das Vergessen von Kontrazeptiva mit 51% die häufigsten Ursachen für nicht regelmäßige Verhütung sind. Es folgen die Gründe „aktueller Kinderwunsch“ mit 24,5 % und „neuer (Sexual-) Partner“ mit 23,5 %. Die Auswahlmöglichkeiten „Konflikte in der Beziehung“ (12,2%), „die Angst zum Arzt zu gehen“ (10,2%) und „die Unverträglichkeit/Allergie gegen bestimmte Verhütungsmittel“ wurden seltener angekreuzt. Es gab die Möglichkeit weitere Gründe offen anzugeben. Zwei Frauen schrieben, dass sie aktuell schwanger sind. 34 gaben an, aus den oben dargestellten Gründen schon mal ungewollt/ungeplant schwanger gewesen zu sein.

Auf die Frage nach dem derzeit angewendeten Verhütungsmittel antworteten 96. Lediglich zwei fehlten. Auch von denen, die einen aktuellen Kinderwunsch haben (7) und demzufolge auch nicht verhüten, antworteten hier. Wahrscheinlich gaben sie an, wie sie vor dem Kinderwunsch verhütet haben. Bei dieser Frage waren Mehrfachnennungen möglich.

Abbildung 22: Aktuell angewendete Verhütungsmittel



Die meist gewählte Antwort war mit 44 Kreuzen das Kondom, gefolgt von der Pille mit 35 Ja-Stimmen. Verhältnismäßig oft wurde der Coitus interruptus als Verhütungsmethode angegeben. Beim Ausfüllen der Bögen gab es hier von vielen Frauen die Nachfrage, was Coitus interruptus bedeutet. Auch die Verhütungsmethoden Vaginalring/Pflaster, Dreimonatsspritze, Sterilisation und Spirale wurden angewendet. In der Stichprobe gab es keine Frau, die derzeit die Portiokappe oder natürliche Verhütungsmethoden zur Familienplanung anwendet.

86 der Befragten wünschen sich eine Kostenübernahme für Verhütungsmittel. Bei der Angabe der Gründe konnten mehrere Kreuze gesetzt werden. 80 Mal wurden angegeben, dass die Leistungen nach dem SGB II nicht ausreichen, 47 Mal, dass es die Fürsorgepflicht des Staates sei und 32 Mal, dass so Flexibilität für den Arbeitsmarkt ermöglicht würde. Die Möglichkeit Gründe hinzu zufügen wurde zweimal genutzt: „Kinder wann ich will“ / „selbst entscheiden“.

65 der Befragten würden zu einem anderen Verhütungsmittel greifen, wenn es eine Kostenübernahme gäbe.

Abbildung 23: „Wunschverhütungsmittel“



Bei den „Wunschverhütungsmitteln“ wurden die hormonellen Kontrazeptiva am häufigsten gewählt. Die Pille bekam 44 Stimmen, der Vaginalring/das Pflaster 22 Stimmen und die Dreimonatsspritze 12 Stimmen. Für die Spirale würden sich 18

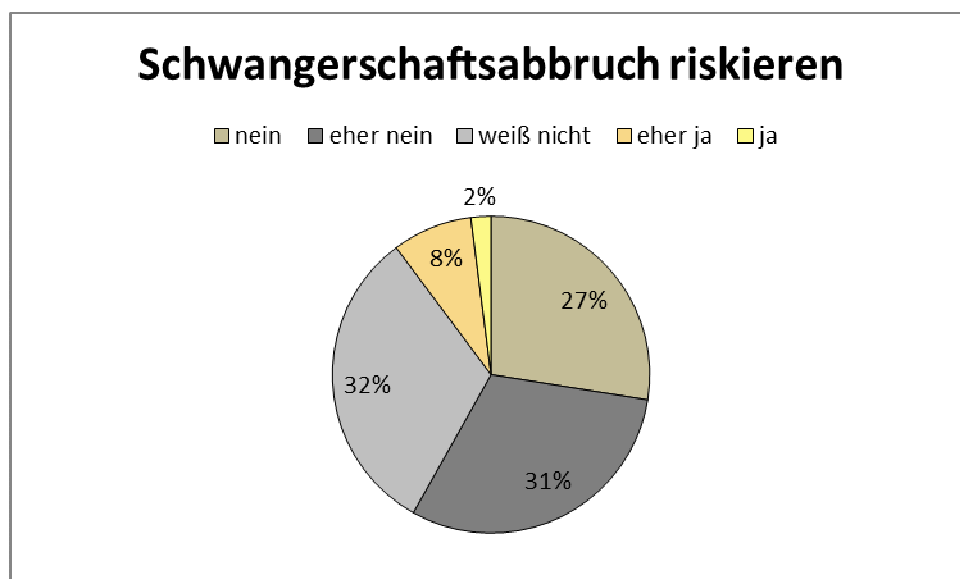
Frauen entscheiden und 6 Frauen würden eine Sterilisation in Betracht ziehen. Das Kondom wählten nur 14 Frauen, meist in Kombination mit einem hormonellen Verhütungsmittel. Die Portiokappe und natürliche Methoden wurden nicht ausgewählt. Auch für den Coitus interruptus entschied sich bei der Frage nach dem „Wunschverhütungsmittel“ keine der Frauen.

7.5 Kostenübernahmeregelung Schwangerschaftsabbruch

Von den 98 gaben 65 an, dass sie davon Kenntnis haben, dass die Kosten eines Schwangerschaftsabbruchs für ALG II Empfängerinnen übernommen werden. 33 verneinten die Frage. In Frage zu stellen ist, ob die 65 auch bereits wussten, dass das Land die Kosten übernimmt oder sie es der Frage entnommen haben. Einige könnten auch denken, dass ihre Krankenkasse die Kosten übernimmt, da dort schließlich der Antrag gestellt wird.

Mit diesem Wissen verneinen 57 (27 nein / 30 eher nein), dass sie das Risiko eines Schwangerschaftsabbruchs in Kauf nehmen würden. 31 antworteten mit „weiß nicht“, 8 ALG II Empfängerinnen kreuzten „eher ja“ an und 2 wählten die Antwortmöglichkeit „ja“.

Abbildung 24: Schwangerschaftsabbruch riskieren



7.6 Der Einfluss von sozialen/ökonomischen Faktoren auf das Verhütungsverhalten

Mit Hilfe des SPSS Programms wurden soziale/ökonomische Bedingungen mit Fragen aus dem Bereich Verhütungsverhalten in Beziehung gesetzt und Kreuztabellen erstellt, um eine mögliche Signifikanz sichtbar zu machen. Im Folgenden sollen interessante und aussagekräftige Aspekte dargestellt werden.

Anwendung von Verhütungsmitteln – Monatliches Budget / Signifikanz: 0,02

			Monatsbudget				Gesamt
			300-599	600-799	800-1199	über 1200	
Wie oft Verhütungsmittel genutzt?	immer	Anzahl	2	4	9	13	28
		%	7,1%	14,3%	32,1%	46,4%	100,0%
	meistens	Anzahl	7	14	11	6	38
		%	18,4%	36,8%	28,9%	15,8%	100,0%
	selten	Anzahl	8	12	5	0	25
		%	32,0%	48,0%	20,0%	0,0%	100,0%
	nie	Anzahl	2	0	3	2	7
		%	28,6%	0,0%	42,9%	28,6%	100,0%

Die Tabelle "Anwendung von Verhütungsmitteln – monatliches Budget" zeigt, dass je mehr finanzielle Mittel die Befragten zur Verfügung haben, desto zuverlässiger verhüten sie. Von den Personen die lediglich 300-599 Euro zur Verfügung haben, verhüten nur 7,1 % immer. Im Gegensatz zu der Gruppe 1200 Euro und mehr, von denen 46,4 % immer Kontrazeptiva anwenden. Die untere Gruppe verhütet zu 32 % selten und zu 28,6 % nie. Bei der Gruppe 1200 Euro und mehr verhütet keiner selten und 28,6 % nie, wofür der Grund jedoch eine aktuelle Schwangerschaft bzw. Kinderwunsch ist.

Ausgaben für Verhütungsmittel – monatliches Budget

			Monatsbudget				Gesamt
			300-599	600-799	800-1199	über 1200	
Ausgaben für Verhütungsmittel	keine	Anzahl	7	3	5	2	17
		%	41,2%	17,6%	29,4%	11,8%	100,0%
	weniger als 15	Anzahl	9	22	9	4	44
		%	20,5%	50,0%	20,5%	9,1%	100,0%
	zwischen 15 und 30	Anzahl	3	5	13	15	36
		%	8,3%	13,9%	36,1%	41,7%	100,0%
	mehr als 30 Euro	Anzahl	0	0	1	0	1
		%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%

Je mehr Budget zur Verfügung steht desto mehr wird auch in Verhütungsmittel investiert. Von der Gruppe 300-599 Euro geben 41,2 % nichts für Verhütungsmittel aus, 20,5 % weniger als 15 Euro, 8,3 % zwischen 15 und 30 Euro und keiner gibt mehr als 30 Euro aus. Eine Steigerung ist von Gruppe zu Gruppe zu erkennen. In der Gruppe 600-799 Euro geben schon 13,9 %, in der Gruppe 800-1199 Euro bereits 36,1% und bei der Gruppe 1200 Euro und mehr geben 41,7% zwischen 15 und 30 Euro monatlich für Kontrazeptiva aus.

Abschluss – Anwendungsverhalten / Signifikanz 0,07

			Wie oft Verhütungsmittel genutzt				Gesamt
			immer	meistens	selten	nie	
Ab-schluss	ohne Abschluss	Anzahl	0	9	3	0	12
		%	0,0%	75,0%	25,0%	0,0%	100,0%
	Hauptschulabschluss	Anzahl	9	6	9	4	28
		%	32,1%	21,4%	32,1%	14,3%	100,0%
	Realschule/mittlere Reife	Anzahl	3	14	7	2	26
		%	11,5%	53,8%	26,9%	7,7%	100,0%
	Abitur/Studium	Anzahl	3	0	2	0	5
		%	60,0%	0,0%	40,0%	0,0%	100,0%
	Berufsausbildung/Lehre	Anzahl	13	9	4	1	27
		%	48,1%	33,3%	14,8%	3,7%	100,0%

Bei der Tabelle „Höchster Bildungsabschluss – Anwendungsverhalten“ liegt der Wert bei 0,07 und ist somit kein signifikanter Wert. Trotzdem lassen sich einige Unterschiede erkennen. Die Gruppe Abitur/Studium und Berufsausbildung/Lehre verhüten zu 60 bzw. 48,1 % immer. Bei den Personen ohne Abschluss und Hauptschulabschluss liegt der Wert bei 0 und 32,1 %. Bei den Kategorien selten und nie schwanken die Werte stark. Während ohne Abschluss 0 % nie verhüten, sind es bei den Personen mit Hauptschulabschluss 14,3 %, mittlere Reife 7,7 %, Lehre 3,7 % und mit Abitur/Studium 0 %. Diese Werte werden natürlich von monatlichen Budget und dem Stand der Familienplanung mit beeinflusst.

Monatsbudget – Reaktion auf eintretende Schwangerschaft

			Reaktion auf eintretende Schwangerschaft						Gesamt
			super	gut	okay	weniger gut	schlecht	Katastrophe	
Monats- budget	300-599	Anzahl	0	2	5	3	4	5	19
		%	0,0%	10,5%	26,3%	15,8%	21,1%	26,3%	100,0%
	600-799	Anzahl	0	0	0	17	8	5	30
		%	0,0%	0,0%	0,0%	56,7%	26,7%	16,7%	100,0%
	800-1199	Anzahl	3	0	2	4	11	8	28
		%	10,7%	0,0%	7,1%	14,3%	39,3%	28,6%	100,0%
	über 1200	Anzahl	1	2	4	5	3	6	21
		%	4,8%	9,5%	19 %	23,8%	14,3%	28,6%	100,0%

Die Reaktion auf eine Schwangerschaft im Zusammenhang mit dem Monatsbudget schwankt sehr stark. Der Partnerstatus hat dabei keinen Einfluss auf die Reaktion, auch das Alter liefert in dem Zusammenhang keine signifikanten Werte, aber die Reaktion fällt tendenziell „besser“ aus je älter/reifer die Frauen sind. Der Partnerstatus ist zudem kein signifikanter Faktor für die Regelmäßigkeit der Verhütung.

Für das Auftreten einer ungewollten/ungeplanten Schwangerschaft gibt es in der Stichprobe keine signifikanten ökonomischen/sozialen Faktoren, jüngere Frauen waren tendenziell öfter schon einmal ungeplant/ungewollt schwanger. Der Abschluss ist kein signifikanter Indikator.

Monatsbudget - Anwendung Pille / Signifikanz 0,016

			Angewandte Verhütungsmittel:		Gesamt
			Pille		
			ja	nein	
Monatsbudget	300-599	Anzahl	3	16	19
		%	15,8%	84,2%	100,0%
	600-799	Anzahl	8	22	30
		%	26,7%	73,3%	100,0%
	800-1199	Anzahl	12	15	27
		%	44,4%	55,6%	100,0%
	1200-high	Anzahl	12	8	20
		%	60,0%	40,0%	100,0%

Die Gruppe 800 – 1199 Euro benutzt als Verhütungsmittel zu 44,4 % und die Gruppe 1200 Euro und mehr zu 60 %, also deutlich mehr Prozent als in den unteren Budgetgruppen mit 15,8 und 26,7 %. Dies ist nicht verwunderlich. Wie schon gezeigt investieren die Personen, die monatlich mehr Geld zur Verfügung haben, auch mehr in Verhütung und können daher die Pille nutzen und sich diese regelmäßig „leisten“.

Abbruch riskieren – Stand der Familienplanung / Signifikanz 0,026

			Familienplanung				Gesamt
			Abge- schlossen	Kein Kinder- wunsch	Kinder- wunsch, Situa- tion lässt es nicht zu	Aktueller Kinder- wunsch	
Abbruch in Kauf neh- men	nein	Anzahl	13	2	6	6	27
		%	48,1%	7,4%	22,2%	22,2%	100,0%
	eher nein	Anzahl	9	11	9	1	30
		%	30,0%	36,7%	30,0%	3,3%	100,0%
	weiß nicht	Anzahl	8	11	12	0	31
		%	25,8%	35,5%	38,7%	0,0%	100,0%
	eher ja	Anzahl	4	2	2	0	8
		%	50,0%	25,0%	25,0%	0,0%	100,0%
	ja	Anzahl	0	1	1	0	2
		%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%

Der Stand der Familienplanung hat einen Einfluss auf die Beantwortung der Frage „Würden sie mit dem Wissen, dass das Land die Kosten eines Schwangerschaftsabbruchs übernimmt, eher eine ungewollte/ungeplante Schwangerschaft und somit einen Schwangerschaftsabbruch riskieren?“. Ist die Familienplanung abgeschlossen sind alle Antworten von nein bis eher ja vertreten. 4 Personen antworteten mit eher ja, 8 Personen mit weiß nicht und 22 Personen mit eher nein bzw. nein. Bei den Personen die aktuell kein Kinderwunsch haben, sagten 13 sie würden kein Abbruch riskieren, 11 antworteten mit „weiß nicht“ und 3 mit „eher ja / ja“. Auch bei denen die aktuell einen Kinderwunsch haben, es aber die Situation nicht zulässt, ist das Antwortverhalten sehr gemischt. 15 sagen nein bzw. eher nein, 12 weiß nicht und 3 mit eher ja bzw. ja. Die 7 Frauen mit Kinderwunsch antworten alle mit nein bzw. eher nein. Das Monatsbudget ist kein signifikanter Indikator, um einen Abbruch zu riskieren. Die Personen mit weniger Einkommen würden einen Abbruch tendenziell eher riskieren, Personen mit höherem Einkommen verneinen dies häufiger.

Abbruch riskieren – höchster Schul-/Bildungsabschluss / Signifikanz 0,035

			ohne Abschluss	Hauptschulabschluss	Realschule/ mittlere Reife	Abitur/ Studium	Lehre	
Abbruch in Kauf nehmen	nein	Anzahl	0	8	4	4	11	27
		%	0,0%	29,6%	14,8%	14,8%	40,7%	100,0%
	eher nein	Anzahl	2	7	11	0	10	30
		%	6,7%	23,3%	36,7%	0,0%	33,3%	100,0%
	weiß nicht	Anzahl	8	10	8	0	5	31
		%	25,8%	32,3%	25,8%	0,0%	16,1%	100,0%
	eher ja	Anzahl	2	2	2	1	1	8
		%	25,0%	25,0%	25,0%	12,5%	12,5%	100,0%
	ja	Anzahl	0	1	1	0	0	2
		%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	12	28	26	5	27	98
		%	12,2%	28,6%	26,5%	5,1%	27,6%	100,0%

Die Bildung hat einen Einfluss auf die Bereitschaft einen Schwangerschaftsabbruch zu riskieren. Personen mit Abitur/Studium/Lehre verneinen einen Abbruch häufiger und sind seltener unsicher. Die Befragten ohne Abschluss oder einem niedrigerem

Schulabschluss sind oft unsicher und antworten mit „weiß nicht“. Diese antworten auch häufiger mit „eher ja“ bzw. „ja“.

8. Diskussion

Im letzten Abschnitt sollen die Ergebnisse noch einmal zusammengefasst werden. Durch den Vergleich mit der Forschungsgrundlage, der Darstellung der Stärken und Limitationen dieser Studie und der angedachten Weiterleitung der Ergebnisse wird die Arbeit abgeschlossen.

8.1 Zusammenfassung/Interpretation der Ergebnisse

Durch die prozentuale Darstellung der Ergebnisse und die in Kreuztabellen betrachtenden Zusammenhänge lassen sich die Hypothesen gut belegen.

1. ALG II EmpfängerInnen sind in ihrer Familienplanung nicht selbstbestimmt, da sie die Kosten für sichere Verhütung nicht aufbringen können.

Wie im Theorieteil schon dargestellt, zeigen auch die empirischen Daten, dass das Budget knapp ist und eine selbstbestimmte Familienplanung stark eingrenzt. Das Monatsbudget der Befragten schwankt zwischen 300 und mehr als 1200 Euro. Im Schnitt haben die Familien 934 Euro zur Verfügung. 37,8 % der TeilnehmerInnen haben derzeit einen Kinderwunsch, davon sagen jedoch 30,6 %, dass ihre momentane Situation eine Realisierung nicht zulässt. 17 der Befragten geben nichts für Verhütung aus, 44 weniger als 15 Euro, 36 zwischen 15 und 30 Euro und lediglich ein Kreuz wurde bei mehr als 30 Euro gesetzt. Im Regelsatz sind derzeit 15,42 Euro für den Bereich Gesundheitspflege vorgesehen, hierzu zählen neben den Verhütungsmitteln, sämtliche Kosmetik- und Gesundheitsartikel hinzu. 36 Befragte geben allein für Kontrazeptiva schon zwischen 15 und 30 Euro aus, also mehr als vorgesehen. 32 der TeilnehmerInnen verhüten selten/nie und der Rest beschreibt das Verhütungsverhalten von mittelmäßig bis sehr schlecht. Für 63,3 % sind die Kosten ein Grund für unregelmäßige Verhütung. Nur für 9 der 98 Befragten sind die Kosten kaum oder gar kein Grund. Die Auswertung zeigt, dass je mehr Budget den

Personen zur Verfügung steht, desto mehr geben sie für Kontrazeptiva aus und desto zuverlässiger verhüten sie.

Sowohl der theoretische, als auch der empirische Teil zeigen, dass die Betroffenen ihre Familienplanung nicht als selbstbestimmt erleben. Die zur Verfügung stehenden knappen Finanzen stehen den Kosten für Verhütungsmittel gegenüber, der Kinderwunsch wird durch die finanzielle Situation mitbestimmt. Für die Mehrheit der Befragten wäre eine jetzt eintretende Schwangerschaft weniger gut bis katastrophal.

2. Mit einer Kostenübernahme verändert sich das Verhütungsverhalten. Ohne Übernahme der Kosten nutzen ALG II EmpfängerInnen günstiger und zugleich weniger sichere Kontrazeptiva.

35 der Befragten schätzen ihr Verhütungsverhalten als sehr gut/gut ein. Die am meist verwendeten Kontrazeptiva sind mit 44 Kreuzen das Kondom und mit 35 Kreuzen die Pille. Der Coitus interruptus, der Vaginalring, das Pflaster, die Dreimonatsspritze, Sterilisation und die Spirale sind ebenfalls vertreten. Lediglich die Portiokappe und natürliche Verhütungsmethoden wurden nicht genannt. 86 der Befragten wünschen sich eine Kostenübernahme für Verhütungsmittel. Dies begründeten die meisten damit, dass die Leistungen nicht ausreichen. Gut die Hälfte sagte, es sei die Fürsorgepflicht des Staates und etwa ein Drittel erhoffte sich dadurch mehr Flexibilität auf dem Arbeitsmarkt. Zwei Personen schrieben noch hinzu: „Kinder wann ich will“ und „Ich möchte selbst entscheiden“. 65 der Befragten würden bei einer Kostenübernahme anders verhüten als zuvor. Die Pille erhielt 44 Stimmen, das Pflaster und der Ring 22, die Spritze 12, die Spirale 8 Kreuze und eine Sterilisation zogen 6 der TeilnehmerInnen in Betracht. Das Kondom bekam nur noch 14 Stimmen, meist in Kombination mit einem hormonellen Verhütungsmittel. Die Kreuztabelle zeigte, je mehr Budget zur Verfügung steht desto häufiger wird die Pille genutzt.

Es zeigt sich also deutlich, dass die Betroffenen sich eine Kostenübernahme wünschen und sie dann sicherer und teils langwieriger verhüten würden.

3. Die Möglichkeit eines Schwangerschaftsabbruchs wird als „Verhütungsmethode“ angesehen, da die Kosten übernommen werden.

34 der befragten Frauen waren schon einmal wegen unregelmäßiger Verhütung ungewollt/ungeplant schwanger. Etwa zwei Drittel wissen, dass die Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch übernommen werden. Unklar ist, ob sie wissen, dass das Land die Kosten trägt. 57 der Befragten sagten, dass sie mit dem Wissen ein Schwangerschaftsabbruch nicht oder eher nicht in Betracht ziehen. 31 sind sich unsicher und antworteten mit „weiß nicht“. Mit „eher ja“ antworteten 8 und die Auswahlmöglichkeit „ja“ wurde zweimal angekreuzt. Der Stand der Familienplanung und auch der Bildungsabschluss beeinflussen die Entscheidung für oder gegen einen Abbruch. Das Budget ist kein signifikanter Faktor. Bei den Antworten gibt es eine große Streuung, die Befragten sind sich oft unsicher. Die Antwortmöglichkeit „weiß nicht“ wurde von einem Drittel gewählt.

Eine Kostenübernahme für Verhütungsmittel und damit die Möglichkeit sicher und zuverlässig zu verhüten, würde für viele Frauen bedeuten, dass sie ihre Familienplanung selbst bestimmen können und erst gar nicht in die Situation kommen sich ungewollt/ungeplant für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden zu müssen.

8.2 Vergleich mit relevanten Studien

Im Teil „Forschungsgrundlage“ wurden drei Studien vorgestellt. Einige Aspekte sollen nun mit den empirischen Ergebnissen dieser Studie in Verbindung gesetzt werden. Bei der Umfrage „Verhütungsverhalten Erwachsener“ der BZgA waren die meist verwendeten Verhütungsmittel die Pille und das Kondom. Dies ist auch in dieser Studie so. Wenn es eine Kostenübernahme gäbe würde 44 Frauen die Pille nutzen, ohne eine Kostenübernahme sind es 35. Das Kondome würde nur noch für 14 Befragte die erste Wahl sein, zuvor waren es 44. Die anderen Verhütungsmittel sind bei der Studie der BZgA gestreut, so auch bei dieser Studie. 5 % der Befragten erwähnten den Preis als Auswahlkriterium, wichtiger waren Verträglichkeit, Sicherheit und Anwendbarkeit. In dieser Studie, in der lediglich sozial schwache Hartz IV

EmpfängerInnen befragt wurden, nannten 63,3 % die Kosten als Grund für unsichere unregelmäßige Verhütung. In der BZgA Studie bestätigten 13 %, dass sie schon einmal die Pille danach genutzt haben. 13 %, die unregelmäßig oder gar nicht verhütet haben und die durch die Einnahme der Pille danach, eine ungewollte/ungeplante Schwangerschaft beendeten. In dieser kleinen empirischen Studie gab ein knappes Drittel der Befragten an, schon einmal ungewollt/ungeplant schwanger gewesen zu sein.

Auch in der Studie „Frauen Leben“ waren die Pille und das Kondom die meist angewandten Kontrazeptiva. Die Schulbildung trug zur häufigeren Anwendung der Pille bei. In dieser Studie zeigte sich, dass die Personen, die ein größeres monatliches Budget zur Verfügung haben öfter die Pille nutzen. 8 % der Befragten hatten schon einmal einen Schwangerschaftsabbruch. In dieser Studie antworten 8 Frauen mit „eher ja“ und 2 Frauen mit „ja“ auf die Frage, ob sie einen Schwangerschaftsabbruch riskieren würden mit dem Wissen, dass die Kosten vom Land getragen werden. In der Studie „Frauen Leben“ zeigte sich, dass Frauen mit niedrigeren Schulabschluss sich häufiger für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden. In dieser Untersuchung hatte der Schul-/Bildungsabschluss ebenfalls einen Einfluss auf die Einstellung hinsichtlich eines Schwangerschaftsabbruchs. Personen mit höherem Abschluss verneinten einen Abbruch häufiger und waren nicht so unsicher in ihrer Entscheidung. Bei der Studie „Frauen Leben“ gaben 7,7 % die finanzielle Situation als Grund für einen Abbruch an.

In der Masterthesis von Annelene Gaeckle „Familienplanung gibt es praktisch nur theoretisch“ betrug der Altersdurchschnitt 30 Jahre, in dieser Befragung 26,6 Jahre. Im Jahr 2007 sagten im Großraum Köln 78%, dass das ALG II nicht ausreicht, es wird nicht nach Sicherheit gewählt, sondern nach dem Preis-Leistungs-Verhältnis. In dieser Studie sagten 63,3 %, dass der Regelsatz nicht ausreicht und 65 von 98 Befragten würden anders verhüten, wenn es eine Kostenübernahme gäbe. Annelene Gäckle zeigte, dass eine bessere finanzielle Lage zu einer sichereren Verhütung führt. Die Auswertung dieser Studie bestätigte dies. Es zeigte sich, dass ein höheres monatliches Budget zu der Bereitschaft führt auch mehr für Verhütungsmittel auszugeben. Bei der damaligen Befragung gaben 30 % an immer zu verhüten und 16 % nie. In dieser Studie sagten zwei Drittel, dass sie immer/meistens verhüten und ein

Drittel machte die Aussage selten/nie zu verhüten. Damals nahmen 27 ungewollt/ungeplant Schwangere an der Befragung teil. Andererseits wurde Verhütung weniger vergessen, um einen finanziellen Absturz zu verhindern. In dieser Studie sagten nur 21 der Befragten, dass sie sich über eine jetzt eintretende Schwangerschaft freuen würden, die anderen empfänden es als weniger gut, schlecht oder gar als katastrophal.

In allen drei Studien wird der Aspekt der finanziellen Situation mit betrachtet. In den großen Studien der BZgA ist der prozentuale Anteil geringer, da hier nicht nur sozial schwache Personen befragt wurden. Die meist angewandten Kontrazeptiva sind in allen vorgestellten Studien gleich. Vor allem die Ergebnisse von Annelene Gäckle werden durch diese Forschungsarbeit noch einmal bestärkt. Auch nach 10 Jahren Hartz IV wurde für die Problematik noch keine einheitlich Lösung für die Betroffenen gefunden.

8.4 Stärken und Limitation der Studie

Die angefertigte Forschungsarbeit hat im Theorieteil die soziale, ökonomische und rechtliche Situation von Hartz IV EmpfängerInnen dargestellt. Es sollte deutlich werden, wie der Bezug von ALG II alle Lebensbereiche, auch das Partner- und Sexualleben beeinflusst. Durch aktuelle Zahlen aus Deutschland, dem Land Brandenburg und der Stadt Brandenburg an der Havel werden diese theoretisch dargestellten Inhalte greifbar. Durch das Heranziehen bedeutsamer Studien und dem Vergleich ausgewählter Aspekte sollte das Feld vergrößert werden. Nach der Arbeit von Annelene Gäckle, die in ihrer Masterthesis vor allem den Vorher- (Sozialhilfe) Nachher – (Hartz IV) Vergleich darstellte, ist dies eine Studie, die den Ist-Stand aufzeigt. Die Ergebnisse geben erste Einblicke, bringen Thesen und Aussagen hervor und zeigen einen Kenntnisstand, der als Grundlage für weitere Studien dienen kann.

Neben diesen Vorteilen, sollen auch die Limitationen berücksichtigt werden:

Repräsentativität der Stichprobe: Der Stichprobenumfang mit 98 TeilnehmerInnen ist relativ gering. Es waren Frauen, die an einer Beratung teilnahmen, im System der Familienhilfe integriert waren oder das Jobcenter aufsuchten. Die Personen

nahmen freiwillig an der Befragung teil. Eine Repräsentativität der Studie besteht ergo nicht.

Konzipierung des Fragebogen: Einige Punkte im Fragebogen hätten greifbarer und besser formuliert werden können:

- Bei der Frage „Aus welchen Gründen wird nicht regelmäßig verhütet?“ fehlt die Antwortmöglichkeit „derzeit schwanger“
- Die Frage nach dem monatlichen Budget ist sehr individuell zu verstehen, eine Eingrenzung etwa „Wie hoch ist ihr Regelbedarf“; Was steht Ihnen nach Abzügen aller Kosten noch zur Verfügung?“ o.ä. wäre objektiver gewesen
- Die offenen Fragen wurden sehr wenig beantwortet, das liegt zum einem daran, dass die Personen im öffentlichen Raum angesprochen wurde/zum Teil interviewt wurden oder in der Beratung saßen.
- Die offene Frage am Schluss „Platz für Gedanken und Hinweise“ hätte konkreter formuliert werden sollen. Eine Aufteilung in Positives und Negatives am ALG II Bezug mit Hinblick auf Familienplanung wäre besser zu beantworten gewesen und ließe sich bei der Auswertung auch gut codieren.
- Die Frage nach den Ausgaben für Verhütungsmittel hätte offen gestellt und danach recodiert werden sollen. Jetzt ist die „wirkliche“ Grenze, d.h. wie viel wird im Durchschnitt aufgewendet nicht ersichtlich, sondern wurde durch die Antwortmöglichkeiten vorgegeben.

Da statistische Auswertung auf einer kleiner Stichprobe basiert, wurden nicht alle möglichen Zusammenhänge dargestellt. Beispielsweise gab es keine Unterscheidung hinsichtlich der Konfession, da dies keine aussagekräftigen Tendenzen gezeigt hätte. Die Ergebnisse sind mit dem Wissen, um das Bestehen einer kleinen Datenmenge zu betrachten. Trotz allem sind eindeutige Tendenzen sichtbar, die das Problem aufzeigen und in weiteren Studien zu kräftigen sind.

8.5 Konsequenzen, Relevanz & Weiterleitung der Ergebnisse

Der Titel „Pille oder Risiko?“ spiegelt provokant das individuelle und gesellschaftliche Dilemma wieder: „Sexuelle und reproduktive Rechte in der Theorie – Hartz IV Bestimmungen in der Realität“. Die Zusicherung auf freie und selbstbestimmte Wahl von Kontrazeptiva gilt für sozial schwache Personen nicht. Da es keine bundesweite Kostenübernahme von Verhütungsmitteln gibt, steht den ALG II EmpfängerInnen nur ihr Regelsatz zur Verfügung, um ihre Verhütung zu erwerben. Vor allem zuverlässige, sichere und damit meist teurere Kontrazeptiva sind für viele schwer zugänglich. Viele würden anders verhüten, ihre Familienplanung 100%ig selbst bestimmen wollen, wenn es eine Kostenübernahme gäbe. Da die freie Wahl und der Zugang zu Kontrazeptiva nicht problemlos möglich sind, sind die sexuellen und reproduktiven Rechte dieser sozial schwachen Gruppe eingeschränkt. Weitere repräsentative Studien mit einem größeren Stichprobenumfang könnten die Situation ausführlicher betrachten, Zusammenhänge herausfiltern und eine Revision, eine bundesweite Kostenübernahme erzielen.

Eine Zusammenfassung der Ergebnisse mit der Bitte um eine Stellungnahme wird an die teilnehmenden Beratungsstellen, die Gleichstellungsbeauftragte Frau Sabine Hübner des Landes Brandenburg und dem Minister Herr Günter Baaske weitergeleitet.

Literaturverzeichnis

Barthels, Ina.(2008): *Fertilitätsrückgang in den Entwicklungsländern seit den 1950er Jahren*. GRIN. München 2008, S.3

Beckmann, Katharina (2009). *Verhütung- Liebe ohne Folgen*. In Planet Wissen, 01.06.2009 verfügbar unter: http://www.planet-wissen.de/alltag_gesundheit/sexualitaet/verhuetung/. Zugriff am: 11.05.2013

Bortz, J., Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation 4.Auflagen*. Springer Verlag. Heidelberg 2006

Brühl, A. Hoffmann (2011). *Das Bildungs- und Teilhabepaket für junge Menschen: Leitfaden für Betroffene, Berater und Behördenmitarbeiter*; Lambertus Verlag 2011

Bujard, Martin. (2011) : *Geburtenrückgang und Familienpolitik. Ein verschiedene Theorien integrierender Erklärungsansatz und dessen empirische Überprüfung im OECD-Länder-Vergleich 1970-2006*. Nomos. Baden-Baden

Bundesagentur für Arbeit (2012), *Arbeitslosengeld II / Sozialgeld*, 07.01.2012, verfügbar unter: http://www.arbeitsagentur.de/nn_549720/zentraler-Content/A07-Geldleistung/A071-Arbeitslosigkeit/Allgemein/Alg-II-Sozialgeld.html. Zugriff am: 10.05.2013

Bundesagentur für Arbeit (2013). *Hartz IV Regelsatz – das ist 382 Euro enthalten*. Verfügbar unter: <http://www.hartz-iv.info/ratgeber/regelbedarf.html>, Zugriff am: 03.06.2013

Bundesagentur für Arbeit (2013). *Statistik März 2013*. Verfügbar unter: <http://statistik.arbeitsagentur.de/>. Zugriff am: 11.05.2013

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2010). *Änderungen beim Elterngeld, Beilageblatt zur Broschüre „Elterngeld und Elternzeit“*, Stand März 2010, 9. Auflage, S.29

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001), *Studie Frauen Leben – Ergebnisse der repräsentativen Umfrage 2001*, Köln, 2001

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2011). *Studie zum Verhütungsverhalten Erwachsener*. Köln, 2011

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2010). *Referentenentwurf zum Gesetz zur Ermittlung von Regelbedarfen und zur Änderung des Zweiten und Zwölften Buches Sozialgesetzbuch*. Zusammenfassung: Caroline Hinrich. 27.09.20110. verfügbar unter: <http://suite101.de/article/neues-hartz-iv---wieviel-hartz-vier-darf-wofuer-ausgeben-werden-a87748#ixzz2PTwhpAxN>. Zugriff am: 03.06.2013

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2012). *Schwangerschaftsabbruch nach § 218 Strafgesetzbuch*. verfügbar unter: <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/gleichstellung,did=98262.html>. Zugriff am: 30.05.2013

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2011). *Frauen Leben – Familienplanung und Migration im Lebenslauf 2011*. Köln 2011

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2011). *Verhütungsverhalten Erwachsener – Ergebnisse der Repräsentativbefragung 2011*, Köln 2011

Burkhardt, Günter (2013). Konsequenzen gesellschaftlicher Entwicklungstrends für Familie und private Lebensformen der Zukunft. In: Familie(n) heute. Krüger, Dorothea Christa. Herma, Holger. Schierbaum, Anja (Hrsg.), Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 2013, S. 392 – 409

Bury, Carola. (2013) : *Dokumentation 16. Bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit*; Gesundheit Berlin-Brandenburg (Hrsg.): Berlin 2011. verfügbar unter: http://www.arbeitnehmerkammer.de/cms/upload/Politikthemen/Gleichberechtigung/Bury_Carola_Frhe_hilfen_final.pdf; Zugriff: 18.04.2013

Busch, Ulrike (2009). *Handlungsbedarfe bei Schwangerschaftskonflikten. Eine Expertise im Auftrag der BZgA*. 2009. S.24 ff

Busch, Ulrike. (2012) Power Point Ungewollte Schwangerschaft – Schwangerschaftsabbruch. Verfügbar unter: https://ilias.hs-merseburg.de/repository.php?ref_id=37850&cmd=view Zugriff: 12.05.2013

Diakonisches Werk Sachsen e. V. Statistik (2010). *Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen, Psychologische Beratung und EDV/IT/Statistik 01.01. – 31.12.2010*

Die Bundesregierung (2012). Mehr Geld für Arbeitslose. Verfügbar unter: <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2012/09/2012-09-19-regelbedarf-erhoeht-mehr-geld-fuer-arbeitsuchende.html>. Zugriff am: 20.04.2013

Dieckmann, Andreas (2000). *Empirische Sozialforschung, Grundlagen, Methoden, Anwendung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt

DPA / Haufe online Redaktion (2013). *Kostenlose Pille für Frauen mit wenig Geld. verfasst am 27.02.2013* verfügbar unter: http://www.haufe.de/sozialwesen/leistungen-sozialversicherung/verhuetung-kostenlose-pille-fuer-frauen-mit-wenig-geld_242_167198.html, Zugriff am: 20.04.2013

Focus Magazin (2006). *Verhütung – Stöpsel gegen Babys*. Autor: Christian Pantle. Ausgabe Nr.42/2006

- FOCUS Magazin online (2010). *Chronologie: Die Entwicklung des Hartz IV Regelsatzes*; 03.12.2010
- Frank, Charlotte (2010). *Verhütung und Hartz IV – Schwanger aus Armut*. In: Süddeutsche Zeitung, 23.12.2010
- Friedrichsen, Jana (2010). *Ungewollt schwanger – was nun?*. Ratgeber ebook 2010
- Gäckle, Annelene (2007): *Familienplanung gibt es praktisch nur theoretisch - Auswirkungen von Hartz IV auf das Kontrazeptionsverhalten von Hartz IV-Empfängerinnen in Nordrhein-Westfalen im Kontext der Schwangerschafts(konflikt)beratung*. Masterarbeit Hochschule Merseburg
- Hartz IV News, Ratgeber, Forum (o.J.). *Regelbedarf Hartz IV - Regelsatz 2013 beim Arbeitslosengeld II*. verfügbar unter: <http://www.hartz-iv.info/ratgeber/regelbedarf.html>
- Hobmair, Heiner. (1996): *Pädagogik*. Stam 2. Auflage. Köln 1996; S.321
- Kraus, Rainer. (o.J): *Erziehung in der Familie*. verfügbar unter: <http://www.uni-giessen.de/~gk1165/seite/ebene1/familie.htm>; Zugriff: 21.04.2013
- Kromrey, Helmut (2009). *Empirische Sozialforschung. Modelle und Methoden der standardisierten Datenerhebung und Datenauswertung*. 12. Auflage. Paderborn 2009
- Landessozialgericht Berlin (2006). *Grundsicherung für Arbeitsuchende*, Az.: L 10 B 106/06 AS ER verkündet am: 03.03.2006. verfügbar unter: <https://sozialgerichtsbarkeit.de/sgb/esgb/show.php?modul=esgb&id=26159>. Zugriff am: 15.05.2013
- Langenberg, Claudia (2004). *Zur psychosozialen Situation ungeplant schwangerer Frauen*. Dissertation Universitätsklinikum Münster 2004, S.2
- Lubbadeh, Jens (2013). *Verhütung – Männer sind bequem*. Interview im Spiegel online. Verfügbar unter: <http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/pille-fuer-den-mann-eberhard-nieschlag-ueber-verhuetung-beim-sex-a-876317.html> . Zugriff am: 15.05.2013
- Michalowski, R. (2011). *Kostenlose Anti-Babypille* - Schreiben ans Bundespresseamt vom 22.02.2011 verfügbar unter: direktzurkanzlerin.de
- Murken, Claus (2011). *Hartz IV und ALG 2 – Ihre Ansprüche, Rechte und Pflichten*. Beck. München 2011
- Presse- und Informationsamt der Bundesregierung; Bundesregierung, *Mehr Geld für Arbeitssuchende und Sozialhilfeempfänger*, 12.10.2012, verfügbar unter:

<http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2012/09/2012-09-19-regelbedarf-erhoeht-mehr-geld-fuer-arbeitsuchende.html>; zugriff am: 30.04.2013

Pro familia (2010). *Erhebung zur Erstattung von Verhütungsmittelkosten in der BRD*, In: Praxis und Informationen für sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte, pro familia Bundesverband, Frankfurt am Main 2010

Pro Familia (2011). *Kosten des Schwangerschaftsabbruchs*. 12.07.2011 verfügbar unter: <http://www.profamilia.de/erwachsene/ungewollt-schwanger/schwangerschaftsabbruch/kosten.html>. Zugriff am: 01.06.2013

Pro familia Medizinischer Arbeitskreis NRW (2013). *VERHÜTUNG – Aktuelle Preise und Zusatzkosten Januar 2013* verfügbar unter: http://www.profamilia.de/fileadmin/landesverband/lv_nordrhein-westfalen/nrw-medizinisches-angebot/Verhuetung_-_Aktuelle_Preise_MAK_2013.pdf

Raab-Steiner, Elisabeth. Benesch, Michael (2012). *Der Fragebogen – Von der Forschungs-idee zur SPSS Auswertung*. UTB. Wien 2012

Roth, Rainer. Thomé, Harald (2007). *Leitfaden Alg II/Sozialhilfe von A-Z - Prozentuale Anpassung der Teilbeträge des Regelsatzes von 2006 an die (2 € -)Anhebung zum 1.7.2007: Eigene Berechnung* In: Informationsblatt: Sozialforum Dortmund, November 2007

Schmitt, Dirk (2003). *Eine kleine Geschichte der Empfängnisverhütung*. Verfügbar unter: <http://www.dirkschmitt.de/home/geschichte.html>, Zugriff am: 01.05.2013

Schnase, Simone (2013). *Verhütungsmittel für Bedürftige - Familienplanung für alle*. In: Taz online, 13.03.2013 verfügbar unter: <http://www.taz.de/!112806/>. Zugriff am: 05.05.2013

Schubert, Klaus/Martina Klein: *Das Politiklexikon*. 5., aktual. Aufl. Bonn: Dietz 2011

Schwangerschaftsabbruch-Infostelle, verantwortlich: Anne-Marie Rey, *Psychische Folgen – Schlussfolgerungen aus den besten verfügbaren Studien*, o.J. verfügbar unter: <http://www.svss-uspda.ch/de/facts/psychisch.htm>

Senatskanzlei Berlin & Staatskanzlei Brandenburg (o.J.). *Land Brandenburg, Daten und Fakten zur Hauptstadtregion*. Verfügbar unter: <http://www.berlin-brandenburg.de/daten-fakten/>. Zugriff am: 10.05.2013

Sozialgericht Berlin, S 55 AS 9238/12 unter: http://www.berlin.de/sen/justiz/gerichte/sg/s_55_as_9238.12.html; verkündet am 25.04.2012

Statista Lexikon. *Definition Signifikanz*. Verfügbar unter: <http://de.statista.com/statistik/lexikon/definition/122/signifikanz/>. Zugriff am: 18.04.2013

Statistikstelle der Stadt Brandenburg (2012). *Fachgruppe Statistik und Wahlen, Faltblatt „Daten und Informationen“*. verfügbar unter: http://www.stadt-brandenburg.de/fileadmin/pdf/statistik/Falt12_01.pdf. Zugriff am: 10.05.2013

Statistisches Bundesamt (2012): *Bevölkerung – Geburten, Durchschnittliches Alter der Mutter bei der Geburt ihrer lebend geborenen Kinder in Deutschland*, Wiesbaden, 2012

Statistisches Bundesamt (2012): *Geburtenzahl durch demografische Entwicklung 1990 - 2060*, Wiesbaden, 2013

Statistisches Bundesamt (2012). *Hartz IV Regelbedarf – Verlauf und Wertverfall seit 2005*, Köln 2012

Statistisches Bundesamt (2013). *Pressemitteilung Nr. 082 vom 06.03.2013: 1,9% weniger Schwangerschaftsabbrüche im Jahr 2012*, Wiesbaden 2013

Statistisches Bundesamt (2013). *Schwangerschaftsabbrüche nach dem Land des Wohnsitzes der Frauen und Quote je 1 000 Geborene*. Köln 2013

Statistisches Bundesamt (2012): *Veränderung der Zahl der Lebendgeborenen zum jeweiligen Vorjahr*, Wiesbaden, 2012

Stock, G., Bertram, H., Fürnkranz-Prskawetz, A., Holzgreve, W., Kohli, A., Staudinger, U., (2012). *Präsidenten der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften und der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina (Hg.): Zukunft mit Kindern – Fertilität und gesellschaftliche Entwicklung in Deutschland, Österreich und der Schweiz*, Campus Verlag, Frankfurt/New York 2012

Thonke, Ines (2011). *Kosten erschweren Zugang zu Verhütung – pro familia untersucht Verhütungskosten in Europa*. In: *pro familia Magazin* 03/2011, S.13-14

Völpel, Eva (2013) *Prekäre Lebensverhältnisse*. In: *taz-online*, Artikel vom 15.04.2013, verfügbar unter: <http://taz.de/Prekaere-Lebensverhaeltnisse/!114581/>. Zugriff am: 16.05.2013

Werneck, Harald. Werneck-Rohrer, Sonja (Hg.) (2000). *Psychologie der Familie – Theorien, Konzepte und Anwendungen*. Universitätsverlag WUV, Wien 2000, S.216

Wimmer-Puchinger, B., Baldaszti, E. (2001), *Motive für bzw. gegen den Schwangerschaftsabbruch*. Studie des Ludwig – Boltzmann Institutes für Frauengesundheitsforschung im Auftrag des Gesundheitsministeriums

Wolf, Patricia (2010): *Gesellschaft: Was ist Familie heute?*. In: *Der Tagesspiegel*. Berlin. 04.04.2010

Genutzte Gesetzestexte:

BSHG - Bundessozialhilfegesetz

SchKG – Schwangerschaftskonfliktgesetz

SGB x – Sozialgesetzbuch

StGB - Strafgesetzbuch

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich diese Masterthesis selbstständig, ohne Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel verfasst habe. Alle den benutzten Quellen wörtlich oder sinngemäß entnommenen Stellen sind als solche einzeln kenntlich gemacht.

Diese Arbeit ist bislang keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden und auch nicht veröffentlicht worden.

Ort, Datum, Unterschrift

Anhang

1. Anschreiben
2. Der Fragebogen



Liebe Teilnehmer und Teilnehmerinnen,

bitte nehmen sie an der Umfrage teil, wenn sie **ALG II** beziehen und die **Themen Verhütung und Familienplanung** aktuell Themen für sie sind.

In einer wissenschaftlichen Studie, die fachlich von Frau Dr. phil. Ulrike Busch betreut wird, möchte ich untersuchen, wie sich der Bezug von Hartz IV auf das Verhütungsverhalten auswirkt. Hierzu bin ich auf ihre Erfahrungen in diesem sehr persönlichen Bereich angewiesen und hoffe auf ihre Mitarbeit. Bitte beantworten Sie die Fragen so genau wie möglich. Ihre Informationen werden ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet, ihre Anonymität wird gewährleistet und die Erfordernisse des Datenschutzes erfüllt.

Die Ergebnisse dieser Studie sollen zur Verbesserung der Situation führen und werden an entsprechend politisch verantwortliche Stellen weitergeleitet.

Vielen Dank schon mal!

Bei Fragen oder Hinweise können sie sich gerne an mich wenden:

tanja-nitz@web.de

Tanja Nitz

Fragebogen ALG II Empfänger und Empfängerinnen

Persönliche Daten

1. Wie alt sind Sie?

__ Jahre

3. Wo haben Sie ihren Wohnsitz?

1 Stadt Brandenburg

2 Umkreis

5. Welchem Glauben gehören Sie an?

1 Evangelisch

2 Katholisch

3 Muslimisch

4 Keinem Glauben

5 Einem anderem Glauben

2. Welches Geschlecht haben Sie?

1 Männlich

2 Weiblich

3 Möchte mich nicht zuordnen

4. Wie ist ihr Partnerstatus?

1 Keine Partnerschaft

2 Partnerschaft/verheiratet seit

__ Jahren und __ Monate

6. Welchen höchsten Schul-/

Bildungsabschluss haben sie?

1 ohne Abschluss

2 Hauptschulabschluss

3 Realschule/mittlere Reife

4 Abitur/Fachhochschulreife

5 Berufsausbildung/Lehre

6 Abgeschlossenes Studium

7 Promotion/Habilitation

Lebenssituation

7. Falls Sie in Partnerschaft leben, bezieht ihr Partner/ihre Partnerin auch ALG II?

1 Ja

2 Nein

9. Wie viel Geld steht Ihnen zur Verfügung?

_____ Euro/monatlich

11. Wie ist der Stand ihrer Familienplanung?

1 Abgeschlossen

2 Kein Kinderwunsch

8. Seit wann beziehen sie ALG II?

seit __ Jahren und __ Monaten

10. Haben Sie Kinder?

1 Nein

2 Ja; Anzahl:

3 Kinderwunsch, aber Situation lässt es nicht zu

4 Aktueller Kinderwunsch

12. Wie wäre es für Sie, wenn Sie/ihre Partnerin derzeit schwanger werden würde?

Wäre super Wäre eine Katastrophe
 1 2 3 4 5 6

Verhütungsverhalten

13. Wie beurteilen Sie ihr aktuelles Verhütungsverhalten?

Sehr gut sehr schlecht
 1 2 3 4 5 6

14. Wie viel geben sie monatlich für Verhütungsmittel aus?

1 Nichts 3 zwischen 15 und 30 Euro
 2 weniger als 15 Euro 4 mehr als 30 Euro

15. Wie oft haben Sie selbst und/oder ihr Partnerin den letzten 12 Monaten beim Geschlechtsverkehr Verhütungsmittel angewandt?

1 Immer -> weiter Frage 18 3 selten
 2 meistens 4 nie

16. Warum verhüten Sie und/oder ihr Partner nicht regelmäßig oder nie beim Geschlechtsverkehr?

(Mehrfachnennungen möglich)

	Trifft vollkommen zu	Trifft im Wesentlichen zu	Trifft weniger zu	Trifft gar nicht zu
1 Verhütung zu teuer				
2 Unverträglichkeit/Allergie				
3 Konflikte in Partnerschaft				
4 Verhütung wird vergessen				
5 Neuer (Sexual-)Partner				
6 Aktueller Kinderwunsch				
7 Angst, zum Arzt zu gehen				

8 Sonstige Gründe: _____

17. Waren Sie (bzw. ihre Partnerin) schon mal wegen der Gründe, ungewollt/ungeplant schwanger?

1 ja 2 nein

18. Welche Verhütungsmittel wenden Sie derzeit an? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Pille | <input type="checkbox"/> 6 Vaginalring/ Pflaster |
| <input type="checkbox"/> 2 Kondom | <input type="checkbox"/> 7 Dreimonatsspritze |
| <input type="checkbox"/> 3 Spirale | <input type="checkbox"/> 8 Coitus Interruptus |
| <input type="checkbox"/> 4 Sterilisation | <input type="checkbox"/> 9 Diaphragma/Portiokappe |
| <input type="checkbox"/> 5 Natürliche Verhütungsmethoden (Temperaturmethode) | |

19. Wünschen Sie sich, dass es eine Kostenübernahme für Verhütungsmittel gibt?

- 1 ja 2 nein -> weiter zu Frage 21

20. Wenn ja, warum? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 ALG II nicht ausreichend | <input type="checkbox"/> 3 Flexibilität für Arbeitsmarkt erhalten |
| <input type="checkbox"/> 2 Fürsorgepflicht des Staates | <input type="checkbox"/> 4 Sonstiges: _____ |

21. Würden Sie zu anderen Verhütungsmitteln greifen, wenn die Kosten dafür übernommen werden?

- 1 ja 2 nein -> weiter zu Frage 23

22. Welche würden Sie dann nutzen? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Pille | <input type="checkbox"/> 6 Vaginalring/ Pflaster |
| <input type="checkbox"/> 2 Kondom | <input type="checkbox"/> 7 Dreimonatsspritze |
| <input type="checkbox"/> 3 Spirale | <input type="checkbox"/> 8 Coitus Interruptus |
| <input type="checkbox"/> 4 Sterilisation | <input type="checkbox"/> 9 Diaphragma/Portiokappe |
| <input type="checkbox"/> 5 Natürliche Verhütungsmethoden (Temperaturmethode) | |

23. Ist Ihnen bekannt, dass im Falle einer ungewollten Schwangerschaft das Land Brandenburg die Kosten eines Schwangerschaftsabbruchs bei Bezug von ALG II unter Einhaltung der gesetzlichen Regelungen übernimmt?

- 1 ja 2 nein

24. Die Kosten eines Schwangerschaftsabbruchs werden im Falle einer ungewollten Schwangerschaft bei Bezug von ALG II unter Einhaltung der gesetzlichen Regelungen vom Land Brandenburg übernommen. Würden Sie, mit diesem Wissen, in der Gestaltung ihres Verhütungsverhaltens eher das Risiko eines Schwangerschaftsabbruchs in Kauf nehmen?

- | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 nein | <input type="checkbox"/> 4 eher ja |
| <input type="checkbox"/> 2 eher nein | <input type="checkbox"/> 5 ja |
| <input type="checkbox"/> 3 weiß nicht | |

