

Im Auftrag der



Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung



Sozialwissenschaftliches
Forschungsinstitut zu
Geschlechterfragen
SoFFI F. | FIVE, Freiburg

Das Verhütungsverhalten
von Sozialleistungsbezieherinnen
und der Bedarf an kostenfreier Abgabe von Verhütungsmitteln
Sonderauswertung der Studie „frauen leben 3 -
Familienplanung im Lebenslauf von Frauen – Phase 3 / 2018“

- Ergebnisse im Überblick -

Working Paper SoFFI F. 2019-09

Sozialwissenschaftliches Forschungsinstitut zu Geschlechterfragen, Freiburg
im Forschungs- und Innovationsverbund an der Evangelischen Hochschule Freiburg e.V. (FIVE)
Bugginger Straße 38, 79114 Freiburg
soffi@eh-freiburg.de - www.soffi-f.de

Prof. Dr. Cornelia Helfferich, Dominik Gerstner, Carina Pflügler
Julika Clausen, Jenny Ginter, Anja Schmidt, Petra Stromberger

Freiburg, September 2019

In der Diskussion um die kostenfreie Abgabe von Verhütungsmitteln wird davon ausgegangen, dass die Kosten für Verhütung bei einem geringen Einkommen den Zugang zu einer sicheren, effektiven und akzeptierten Verhütung der eigenen Wahl einschränken. Speziell wird befürchtet, dass unsicherer oder gar nicht verhütet wird und dass der auf makrostruktureller Ebene feststellbare Zusammenhang zwischen Armutsgefährdungsquoten und Schwangerschaftsabbruchraten auf häufigere eingetretene ungewollte Schwangerschaften bei einem geringen Einkommen zurückführbar ist. Eine kostenfreie Abgabe von Verhütungsmitteln wäre sowohl im Sinne der Sicherstellung von reproduktiven Rechten als auch im Zusammenhang mit der Prävention von Schwangerschaftskonflikten geboten.

Für Deutschland liefert erstmals die Studie „frauen leben 3 - Familienplanung im Lebenslauf“, eine für 12 Bundesländer repräsentative Bevölkerungsbefragung von 14.522 20- bis 44-jährigen Frauen, empirische Daten. Die Studie wurde im Auftrag der BZgA 2012 bis 2018 vom Sozialwissenschaftliches Forschungsinstitut zu Geschlechterfragen/FIVE, Freiburg, durchgeführt. In der 3. Phase der Studie (6.001 Frauen in fünf Bundesländern, 19 qualitative Interviews mit Frauen mit geringem Einkommen, 2017/18) wurden Fragen zu den Kosten der Verhütung aufgenommen. Die Sonderauswertung der 3. Phase zeigt, dass Frauen mit Sozialleistungsbezug den üblichen Anspruch an sichere Verhütung haben, aber die Kosten bei Teilgruppen zu Kompromissen im Verhütungsverhalten und zu Schwangerschaftsrisiken führen. Im Fall der Kostenfreiheit würde jede zweite Sozialleistungsbezieherin ihr Verhütungsverhalten ändern, d.h. mit Verhütung beginnen oder die Methode wechseln. Gewechselt würde v.a. zu Spirale oder Pille.

Die Daten unterstützen die Argumente für eine kostenfreie Vergabe von Verhütungsmitteln und entsprechen den praktischen Erfahrungen in dem Modellprojekt „biko - Beratung, Information und Kostenübernahme bei Verhütung“ der pro familia, gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, das Sozialleistungsbezieherinnen und Frauen mit geringem Einkommen eine Kostenübernahme für bestimmte Verhütungsmittel angeboten hat (Projektlaufzeit 2017-2019).¹

Hinweise zur Studie

Ausgewertet werden die Daten der 3. Phase (n=6.001 Frauen in Brandenburg, Hamburg, Schleswig-Holstein, Thüringen und Bremen), speziell die Angaben der Sozialleistungsbezieherinnen im Fragebogen (n=254) und in den qualitativen Interviews (n=19). Eine abweichende Nutzung des Gesamtdatensatzes (Phase 1 bis 3, n=14.522, darunter n=709 Sozialleistungsbezieherinnen) ist mit ** gekennzeichnet. Angaben zu der Studie und zur Definition des Sozialleistungsbezugs finden sich im Anhang.

Sozialleistungsbezieherinnen sind eine heterogene, vergleichsweise stärker durch persönliche Lebensumstände belastete Gruppe von Frauen. Im Anhang finden sich hierzu Angaben. Jede zweite Sozialleistungsbezieherin ist alleinstehend.

Weitere Berichte/Sonderauswertungen des SoFFI F. zum Thema (ab 10/2019):²

- Helfferich, C. / Gerstner, D. / Pflüger, C. et al.: Verhütung, Kosten der Verhütung und finanzielle Lage. Schwerpunkt: Frauen mit geringem Einkommen und der Bedarf an kostenfreier Abgabe von Verhütungsmitteln. Working Paper SoFFI 2019-10a
- Helfferich, C. / Gerstner, D. / Pflüger, C. et al.: Das Verhütungsverhalten von Frauen und die Bedeutung der Verhütungskosten. Working Paper SoFFI 2019-10b

¹ Biko: <https://www.biko-verhuetung.de/> [Datenabruf 16.09.2019].

² SoFFI F.: <http://soffi-f.de/frauen-leben-3> [Datenabruf 16.09.2019] und BZgA: <https://www.forschung.sexualaufklaerung.de/projekt/frauen-leben-3-familienplanung-von-20-bis-44-jaehrigen-frauen-schwerpunkt-ungewollte-schwangersc/books/> [Datenabruf 16.09.2019].

Ergebnisse und Schlussfolgerungen im Überblick

- Ein Sozialleistungsbezug zum Zeitpunkt des Eintritts einer Schwangerschaft erhöht die Wahrscheinlichkeit eines Schwangerschaftsabbruchs. Dieser Zusammenhang lässt sich auf häufigere eingetretene ungewollte Schwangerschaften zurückführen. Zu prüfen ist, in welchem Maß dies das Resultat eines fehlenden Zugangs zu sicherer Verhütung ist.
- Unabhängig von der finanziellen Lage wird die Notwendigkeit sicherer Verhütung generell anerkannt. Einstellungen zu Verhütung und Praxis der Verhütung sind weitgehend unabhängig von der finanziellen Lage generalisiert.
- Für Frauen mit Sozialleistungsbezug bzw. geringem Einkommen sind die Kosten ein Problem. Sie entwickeln unterschiedliche Strategien, die das Problem lösen sollen.
 - Verhütung prioritär setzen, die Kostenfrage über persönlichen Verzicht (Sparen anderswo, Verzicht auf Sex...) und – seltener – durch die Beteiligung anderer an den Kosten lösen,
 - an den Kosten der Verhütung sparen: Wahl eines billigeren Präparats, Ausweichen auf Kondome,
 - auf Verhütung bei gering eingeschätztem Schwangerschaftsrisiko verzichten.
- Jede zweite Sozialleistungsbezieherin ist unzufrieden mit diesen Lösungen und würde ihr Verhütungsverhalten verändern, wenn Verhütungsmittel kostenfrei zugänglich sind.
 - 66% derer, die aktuell nicht verhüten, würden verhüten. 36% der Verhütenden würden die Methode/das Präparat wechseln. Hauptwege wären der Wechsel zur Spirale und der Wechsel von Kondom zu Pille.
 - Insgesamt würden die Veränderungen in Richtung von mehr Langzeit- und geschlechtsverkehrs-unabhängiger Verhütung gehen.
- Neben den Kosten erhöhen biografische Belastungslagen die Wahrscheinlichkeit ungewollter Schwangerschaften.

Schlussfolgerungen für eine kostenfreie Abgabe von Verhütungsmitteln

- Die durch die Kosten eingeschränkte Wahlmöglichkeit verletzt reproduktive Rechte, benachteiligt Frauen mit wenig Geld und erhöht das Risiko einer unbeabsichtigten Schwangerschaft. Die Ergebnisse belegen die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit der Kostenübernahme.
- Es sollten die Kosten für eine breite Palette unterschiedlicher Verhütungsmittel übernommen werden, einschließlich Sterilisation. Es sollten die Kosten nicht nur für jüngere Frauen übernommen werden. Gerade Frauen, die am Ende der Familienplanung sind, haben einen hohen Bedarf an sicherer Verhütung. Nach dem Abschluss der Familienplanung werden unkompliziert zu nutzende Langzeitverhütungsmittel gewünscht wie Spirale, Hormonimplantat und Sterilisation.
- Es muss über die Kostenübernahme klar und breit informiert werden.
- Beratung sollte als Möglichkeit bekannt sein, auf eigenen Wunsch hin bei belastenden sozialen Umständen und schwierigen Partnerschaftssituationen, die bei einer Teilgruppe der Frauen mit geringem Einkommen vorliegen und die die Verhütung beeinflussen, Rat zu erhalten.

ERGEBNISSE IM EINZELNEN

Die folgenden Ergebnisse gelten, wenn auch teilweise etwas weniger ausgeprägt, für Frauen mit einem geringen Einkommen bzw. einer negativ bewerteten finanziellen Situation ohne Sozialleistungsbezug. Überwiegend gibt es lineare Zusammenhänge zwischen der Güte der finanziellen Situation, Einstellungen sowie der Praxis der Verhütung (siehe z.B. Abb. 3 und 4).

1. Ungewollte Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche bei Sozialleistungsbezug

Auf makrostruktureller Ebene der Bundesländer besteht ein starker Zusammenhang zwischen Schwangerschaftsabbruchraten und Armutsgefährdungsquoten ($r=0,74$).³ In der Studie „frauen leben 3“ lässt sich der Zusammenhang auf der Ebene der Individualdaten replizieren: Sozialleistungsbezug zum Zeitpunkt, als die Schwangerschaft eintrat, erhöht die Abbruchwahrscheinlichkeit (mit Sozialleistungsbezug: 15,1%, ohne 8,0% Anteil abgebrochener Schwangerschaften). Der Zusammenhang geht aber vor allem auf den höheren Anteil ungewollt eingetretener Schwangerschaften zurück (mit Sozialleistungsbezug 25,4%, ohne 13,1%). Ist eine ungewollte Schwangerschaft eingetreten, wird die Abbruchwahrscheinlichkeit lediglich indirekt vom Sozialleistungsbezug beeinflusst. Dies gilt auch für eine finanzielle/berufliche Unsicherheit zum Zeitpunkt des Eintritts der Schwangerschaft.**

Damit stellt sich die Frage, welche Bedingungsfaktoren für die erhöhten Anteile ungewollter Schwangerschaften identifiziert werden können und welche Bedeutung in diesem Zusammenhang die Kosten für Verhütung haben.

2. Die Verhütung – die Ausgangssituation: Interesse an sicherer Verhütung, aber Kosten werfen Probleme auf

Unabhängig von der finanziellen Lage oder Sozialleistungsbezug wird die Notwendigkeit sicherer Verhütung generell anerkannt. Alle Frauen unabhängig von ihrer finanziellen Situation äußern sich ähnlich zu der vorgegebenen Aussage „Geld für sichere Verhütung hat Vorrang vor allen anderen Ausgaben“ (ein knappes Drittel bejaht die Aussage). 58% der Sozialleistungsbezieherinnen wären bereit, 20 € oder mehr als Kostenobergrenze für die monatlichen Ausgaben für Verhütung auszugeben.

Für Sozialleistungsbezieherinnen sind aber die Kosten ein größeres Problem als für andere Frauen. Im Vergleich zu Frauen in besserer finanzieller Situation spielen die Kosten aber eine größere Rolle bei Sozialleistungsbezug: Für jede vierte Sozialleistungsbezieherin (23%) waren die Kosten bei der letzten Verhütungsentscheidung „sehr wichtig“ (bei (sehr) guter finanzieller Lage 4%, Gesamtstichprobe 8%). Eine Obergrenze von Null bis maximal 10 € setzten 21% der Sozialleistungsbezieherinnen, aber nur 10% der Frauen in einer (sehr) guten finanziellen Lage und insgesamt 13%.

³ Datenquelle: Statistisches Bundesamt, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/Tabellen/landwohnsitz.html;jsessionid=5D9D7A03D10E1B3B8BFB08D1C59A7D6D.internet732>
https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Sozialberichterstattung/_inhalt.html#sprg229180 [Datenabruf: 20.08.2018].

Die Sozialleistungsbezieherinnen entwickeln unterschiedliche Strategien, die das Problem lösen sollen.

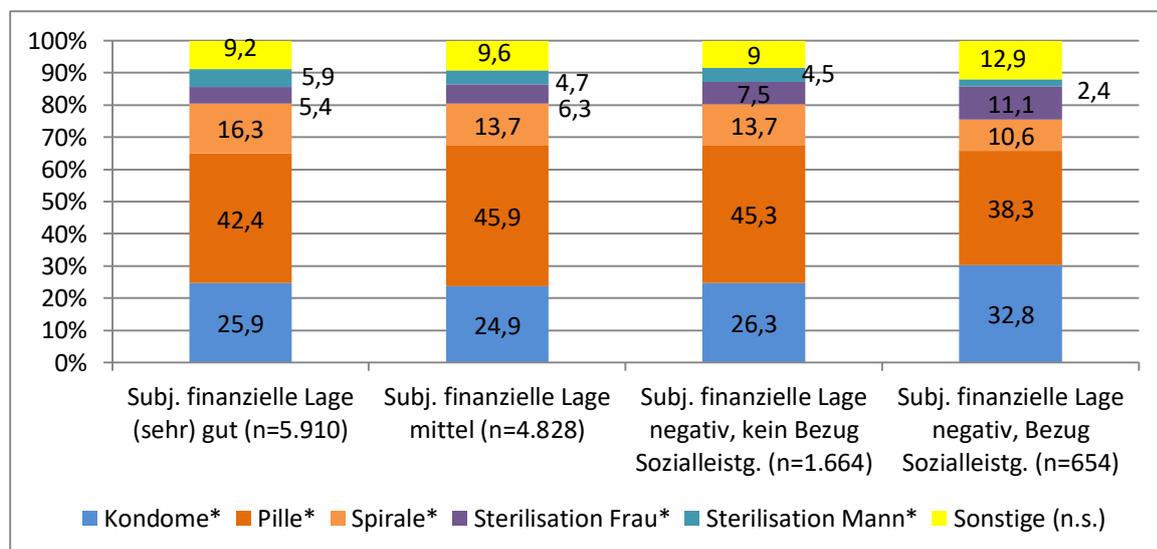
- Verhütung prioritär setzen, die Kostenfrage über persönlichen Verzicht (Sparen anderswo, Verzicht auf Sex...) und – seltener – durch die Beteiligung anderer an den Kosten lösen,
- an den Kosten der Verhütung sparen: Wahl eines billigeren Präparats, Ausweichen auf Kondome,
- auf Verhütung bei gering eingeschätztem Schwangerschaftsrisiko verzichten.

In Abschnitt (2) werden die Strategien der Sozialleistungsbezieherinnen, die verhüten, und in Abschnitt (3) die Strategien derer, die nicht verhüten, dargestellt.

3. Sozialleistungsbezieherinnen, die verhüten: die gewählten Methoden, der Umgang mit den Kosten und die Bereitschaft, im Fall von Kostenfreiheit die Methode zu wechseln

Jede zweite Sozialleistungsbezieherin, die verhütet, nutzt die Pille (38%) oder Spirale (11%). Bei weiteren 14% ist der Mann oder die Frau sterilisiert. Ein Drittel (33%) nutzt Kondome – das sind mehr im Vergleich zu anderen Frauen.**⁴ 13% nutzen sonstige Methoden (Abb. 2). Damit „leistet“ sich jede Zweite die Ausgaben für Pille oder Spirale. Dennoch werden im Vergleich zu Frauen in anderer finanzieller Lage Pille oder Spirale seltener genutzt (Pille bei Frauen in finanziell sehr guter Lage: 42%, Spirale 16%, Kondome 26%).

Abb.1: Aktuelle Verhütung nach subj. finanzieller Lage (in %, berechnet auf alle Frauen, die aktuell verhüten)



Quelle: BZgA, Datensatz „frauen leben 3“, 2012-2018, 20- bis 44-jährige Frauen in zwölf Bundesländern, n=14.552, Filter: Alle Frauen, die aktuell verhüten, einschließlich Sterilisierter (n= 10.186)

*Signifikante Gruppenunterschiede, n.s. = Gruppenunterschiede nicht signifikant

Die qualitativen Interviews zeigen, dass Sozialleistungsbezieherinnen auf andere Ausgaben für den Lebensunterhalt verzichten und sparen oder auf weniger verträgliche, aber billigere Produkte aus-

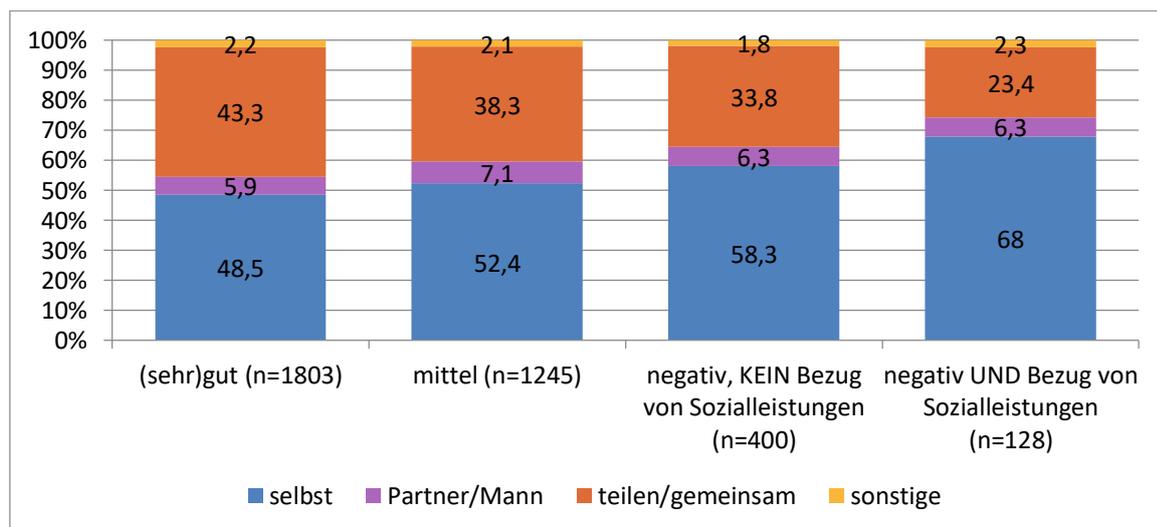
⁴ Prinzipiell wird davon ausgegangen, dass auch mit Kondomen sicher verhütet werden kann, wenn Kondome akzeptiert sind. Ob ein Kondom sicher ist, ist abhängig von der Anwendungssicherheit. Der Pearl-Index der Pille beträgt 0,1 – 0,9, der von Kondomen 2 – 12 (<https://www.profamilia.de/themen/verhuetung/pearl-index.html> [Datenabruf: 27.08.2019]).

weichen, wenn (ein bestimmtes Präparat der) Pille oder Spirale zu teuer sind. Die Interviews zeigen zudem als weitere Strategie die häufigere Verwendung billigerer Kondome.

Unter den Sozialleistungsbezieherinnen, die verhüten, ist der Anteil der Kondomnutzerinnen gerade unter den nichtehelich Zusammenlebenden mit 47% am höchsten, gefolgt von den Verheirateten mit 33%. Sofern aus Kostengründen auf Kondome ausgewichen wird und nicht, weil Kondome als am passendsten empfunden werden, ist hier ein Risikopotenzial der Verhütung zu sehen.

Die Strategie, Kosten anderweit übernehmen zu lassen, z.B. den Partner daran zu beteiligen, ist bei Sozialleistungsbezieherinnen seltener gegeben als bei besserer finanzieller Lage. Zwei Drittel (68%) der Sozialleistungsbezieherinnen, die verhüten⁵, übernehmen selbst die Kosten für Verhütung, jede Vierte (23%) kann die Kosten teilen. Bei einer (sehr) guten bzw. mittleren finanziellen Lage zahlt nur jede zweite Frau selbst (Abb. 2). Das Teilen der Kosten ist für Sozialleistungsbezieherinnen schwieriger, sowohl wenn sie keinen festen Partner haben, als auch wenn sie mit einem festen Partner bzw. Ehemann in einem gemeinsamen Haushalt leben. Im zweiten Fall hat auch der Partner ein geringes Einkommen, denn das Paar bildet eine Bedarfsgemeinschaft im Sinne des SGB II. Die Diskrepanz zwischen dem Ideal, die Kosten zwischen Frau und Mann zu teilen, und der Praxis, dass die Frau selbst dafür aufkommt, ist bei Sozialleistungsbezieherinnen am größten.

Abb. 2: Das Aufteilen der Kosten der Verhütung nach subj. finanzieller Situation (in %)*



Quelle: BZgA, Datensatz „frauen leben 3“, 2018, 20- bis 44-jährige Frauen in fünf Bundesländern

Filter: Frauen, die aktuell verhüten, n= 3.756

*Signifikante Gruppenunterschiede

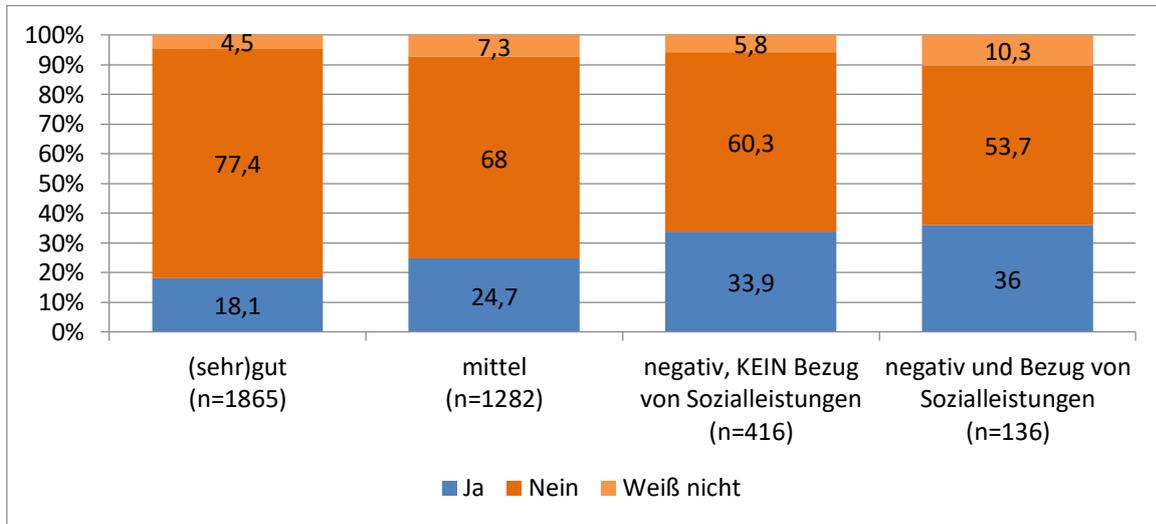
Bei nur ca. 1% der befragten Sozialleistungsbezieherinnen übernimmt die Krankenkasse oder das Sozialamt die Kosten. Mehr als drei Viertel wissen nicht, ob es in ihrer Kommune Möglichkeiten der Kostenerstattung gibt.

Die Frage nach einem Wechsel der Verhütungsmethode, wenn diese kostenlos wäre, ist ein Indikator für eine durch die Kosten eingeschränkte Wahlfreiheit und für Unzufriedenheit mit der aktuellen Verhütung. **Ein gutes Drittel (36%) der Sozialleistungsbezieherinnen, die nicht sterilisiert sind und verhüten, würde dann, wenn Verhütungsmittel kostenfrei wären, zu einem anderen Mittel grei-**

⁵ Ohne Sterilisation.

fen.⁶ Generell gilt, je enger die finanzielle Situation, desto eher würde bei Kostenfreiheit gewechselt werden (Abb. 3).

Abb. 3: Wechsel der Verhütungsmethode bei Kostenfreiheit nach subj. finanzieller Lage (in %)*



Quelle: BZgA, Datensatz „frauen leben 3“, 2018 (Phase 3), 20- bis 44-Jährige Frauen in fünf Bundesländern
Frauen, die aktuell verhüten, ohne Sterilisation, n = 3.756

* signifikante Gruppenunterschiede

4. Sozialleistungsbezieherinnen, die nicht verhüten: Die Gründe und die Bereitschaft, im Fall von Kostenfreiheit zu verhüten

Wenn Sozialleistungsbezieherinnen nicht verhüten, dann meist aus einem guten Grund. Zwei Drittel nennen hier „kein Geschlechtsverkehr“. Insbesondere alleinstehende Sozialleistungsbezieherinnen verhüten nicht und nennen diesen Grund. 31% der Sozialleistungsbezieherinnen verhüten nicht. Das sind mehr als bei Frauen in (sehr) guter und mittlerer finanzieller Situation (21%). Aber überwiegend gibt es einen Grund: 64% der Sozialleistungsbezieherinnen, die nicht verhüten, begründen es mit „kein Geschlechtsverkehr“, 19% haben einen Kinderwunsch oder sind gerade schwanger. 17% nennen sonstige Gründe.

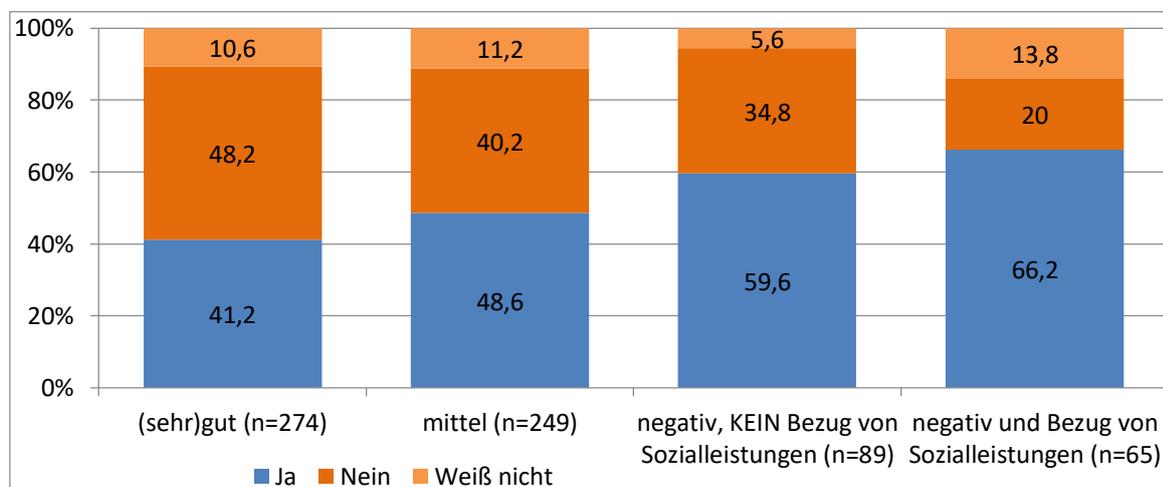
Nur wenige Sozialleistungsbezieherinnen verhalten sich riskant: 4,4% haben keinen guten Grund für den Verzicht auf Verhütung genannt. Zwei Fünftel sind der Meinung, ein geringes Schwangerschaftsrisiko würde den Aufwand der Verhütung nicht rechtfertigen (abgefragte Einstellung).** 38% der Sozialleistungsbezieherinnen stimmen der Aussage zu, wenn man seltener Geschlechtsverkehr habe, lohne es sich nicht, „jeden Monat viel Geld für Verhütung auszugeben“ und wägen ein Schwangerschaftsrisiko gegen die Kosten für Verhütung ab. Hier sind die alleinstehenden Sozialleistungsbezieherinnen von besonderem Interesse, da sie möglicherweise seltener Geschlechtsverkehr haben. 53% von ihnen verhüten nicht – deutlich mehr als bei anderen Lebensformen (zwischen 11% und 22%) und davon nennen 78% als Grund keine sexuellen Kontakte. In den qualitativen Interviews wird der Verzicht auf Geschlechtsverkehr als Möglichkeit genannt, Kosten für Verhütung zu sparen.

⁶ Frauen, die aktuell verhüten und nicht selbst oder ihr Mann/Partner sterilisiert sind, wurden gefragt „Wenn es Verhütungsmittel kostenlos geben würde: Würden Sie sich dann für eine andere Methode entscheiden?“.

Der Anteil der Sozialleistungsbezieherinnen mit einem „ungedeckten Bedarf an Verhütung“ (Frauen haben Geschlechtsverkehr, haben keinen Kinderwunsch und geben dennoch an, nicht zu verhüten)⁷ ist mit 4,4% niedrig, aber leicht erhöht gegenüber Frauen in (sehr) guter (3,6%) oder mittlerer (3,3%) finanzieller Lage (negative finanzielle Lage ohne Sozialleistungsbezug 5,2%).

66% der Sozialleistungsbezieherinnen, die aus einem anderen Grund als einem Kinderwunsch nicht verhüten⁸, sind mit dieser Situation unzufrieden. Sie würden beginnen zu verhüten, wenn Verhütungsmittel kostenfrei wären.⁹ 20% würden weiterhin nicht verhüten und 14% wussten nicht, was sie tun würden. Dies sind deutlich mehr Veränderungsbereite als bei einer besseren finanziellen Situation (Abb. 4). Die hohe Unzufriedenheit trifft auch auf zwei Drittel derjenigen zu, die deshalb nicht verhüten, weil sie keine sexuellen Kontakte haben. Auch hier würden 65% beginnen zu verhüten.

Abb. 4: Wechsel zu Verhütung bei Kostenfreiheit nach subj. finanzieller Lage (in %)*



Quelle: BZgA, Datensatz „frauen leben 3“, 2018 (Phase 3), 20- bis 44-Jährige Frauen in fünf Bundesländern

Filter: Fertile Frauen, die aktuell nicht verhüten, und dafür andere Gründe angeben als einen Kinderwunsch, eine bestehende Schwangerschaft oder eine gleichgeschlechtliche Beziehung, n= 748

* signifikante Gruppenunterschiede

5. Allgemeine Veränderungen des Verhütungsverhaltens im Fall von Kostenfreiheit

Knapp jede zweite Sozialleistungsbezieherin (47,5%) würde im Fall der Kostenfreiheit ihr Verhütungsverhalten verändern (zusammengefasst: die Methode wechseln, wenn sie aktuell verhüten, oder mit der Verhütung beginnen, wenn sie aktuell nicht verhüten). 43% würden bei ihrer Methode bzw. bei dem Verzicht auf Verhütung bleiben, 11% sind unentschieden.

Dabei würden 34% der Sozialleistungsbezieherinnen vor allem die Spirale präferieren (vor allem im Tausch gegen die Verhütung mit Kondomen oder Pille) und 21% die Pille wählen (vor allem statt

⁷ Der international übliche Begriff des ungedeckten Bedarfs fokussiert die Bedarfsdeckung und damit die Zugänglichkeit von Verhütung im Rahmen der Versorgung durch das Gesundheitssystem.

⁸ Zusatzbedingungen: sie sind fertil und haben keine gleichgeschlechtliche Partnerschaft.

⁹ Frauen, die aktuell nicht verhüten und zwar aus anderen Gründen als einem Kinderwunsch, wurden gefragt: „Wenn es Verhütungsmittel kostenlos geben würde: Würden Sie sich dann für Verhütung und eine Verhütungsmethode entscheiden?“.

nicht zu verhüten oder Kondome zu nehmen). Bei den Methodenpräferenzen unterscheiden sich Sozialleistungsbezieherinnen nicht von anderen Frauen. Die präferierten Methoden im Fall der Kostenfreiheit lassen sich zur aktuellen Verhütung in Bezug setzen. Bei den vielen „Pfad“ des Wechsels sind die wichtigsten der Übergang zur Spirale (von Kondom oder Pille) und der Wechsel zur Pille (von keiner Verhütung oder Kondomen)¹⁰. Dies bedeutet einen „Tausch“ von einer situativ zu zahlenden Investition, deren Höhe von der Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs abhängt, hin zu einer regelmäßig monatlich beziehungsweise alle drei Monate zu erbringenden Zahlung. Auch wird von Pille zu Pille oder Spirale zu Spirale gewechselt (Wechsel des Präparats) – wegen der Kosten ist dies vermutlich ein Wechsel hin zu einem besser verträglichen, aber teureren Präparat.

Einen höheren Anteil an Veränderungsbereiten jeweils verglichen mit anderen Sozialleistungsbezieherinnen **haben alleinstehende Sozialleistungsbezieherinnen** (54%; davon haben viele nicht verhütet!), **die über 35-Jährigen** (52%), diejenigen **mit zwei Kindern** (61%) und diejenigen, **die keine weiteren Kinder wollen** (57%). Die Sozialleistungsbezieherinnen, die mit der Familienplanung abgeschlossen haben, sind unzufriedener mit der aktuellen Verhütungssituation als die, die noch weitere Kinder wollen (38% Veränderungsbereite). Hier sind Langzeitverhütungsmethoden wie Spirale oder Sterilisation angesagt, die für Sozialleistungsbezieherinnen wegen der hohen einmaligen Investition nur schwer finanzierbar sind. Unter den Frauen in (sehr) guter finanzieller Lage, die keine (weiteren) Kinder wollen, würde nur jede Sechste im Fall von Kostenfreiheit wechseln (15%).

Aber auch bei jüngeren Sozialleistungsbezieherinnen und denen in anderen Lebensformen mit und ohne Kinder fällt der Anteil der Veränderungsbereiten nicht unter ein Drittel.

6. Diskussion: Einschätzungen des Einflusses der Kosten auf das Verhütungsverhalten

Prinzipiell kann nicht davon gesprochen werden, dass Frauen im Sozialleistungsbezug bzw. mit geringem Einkommen unverantwortlich verhüten. 4,4% der Sozialleistungsbezieherinnen weisen einen „ungedeckten Bedarf“ auf und verhüten nicht, obwohl sie sexuell aktiv sind und keinen Kinderwunsch haben (Abschnitt 4). Jede Zweite verhütet mit Pille oder Spirale. Die Abwägung der Kosten und des Aufwands für Verhütung gegenüber einem Schwangerschaftsrisiko gestaltet sich bei Teilgruppen allerdings etwas anders als bei Frauen in besserer finanzieller Lage. Hier lassen sich einige Strategien als Kompromisse einordnen.

Dafür, dass die Kosten die Wahl eines effektiven, sicheren, akzeptierten Verhütungsmittels einschränken, sprechen die hohen Anteile an Sozialleistungsbezieherinnen, die bei einer Kostenfreiheit die Methode bzw. das Mittel wechseln würden. Die dann präferierten Mittel weisen verglichen mit der aktuellen Verhütung mehr Unabhängigkeit von der Situation des Geschlechtsverkehrs (Pille) oder eine höhere Langzeitwirkung und Anwenderunabhängigkeit (Spirale) auf. Im Fall des Beginns mit Verhütung wäre ein Schutz vor Empfängnis überhaupt erst gegeben. Dies lässt den Schluss zu, dass im Fall der Kostenfreiheit die Sicherheit der Verhütung erhöht ist.

Die Daten prognostizieren eine solche Verbesserung bei bestimmten Teilgruppen. Die Daten zum Verhütungsverhalten nach finanzieller Lage lassen sich als Belege für ein Ausweichen von Pille oder Spirale auf (billigere) Kondome interpretieren, aber auch hier bleiben die Verschiebungen im einstelligen Prozentbereich. Ein Risiko ungewollter Schwangerschaften wird aber bei den jüngeren Sozial-

¹⁰ Wegen der kleinen Fallzahlen und weil Sozialleistungsbezieherinnen hier keine statistischen Unterschiede aufweisen, werden die Wechselfade auf alle Frauen unabhängig von der finanziellen Situation berechnet.

leistungsbezieherinnen gesehen, die mit einem festen Partner zusammenleben und von denen jede Zweite mit Kondomen verhütet. Generell führt einer der „Wechselfade“ bei Kostenfreiheit weg von Kondomen hin zu Pille oder Spirale.

Der Verzicht auf (teure und aufwändige) Verhütung nach einer Risikoabwägung, wenn selten sexuelle Kontakte eingegangen werden, ist verbreitet. Knapp jede zweite Sozialleistungsbezieherin ist alleinstehend, verhütet nicht oder hat „für den Notfall“ Kondome parat.¹¹ Der in dieser Gruppe häufige Wunsch, mit der Verhütung zu beginnen oder von Kondomen zu Pille oder Spirale überzugehen, zeigt die Unzufriedenheit mit dem eigenen Verhütungsverhalten.

Frauen über 30 oder 35 Jahre, die nach zwei oder mehr Kindern die Familienplanung abgeschlossen haben und die nun zu einer dauerhaften Verhütung wie Spirale oder Sterilisation wechseln würden, wenn die Einmalinvestition in Langzeitverhütung finanzierbar wäre, würden die Sicherheit ihres Verhütungsverhaltens verbessern. Insbesondere ein mit dem Alter als geringer eingestuftes Schwangerschaftsrisiko kann ebenfalls zu Risikoabwägungen führen, die eine billigere, aber unsichere Verhütung begründen.

Kostenfreiheit würde nach einer konservativen Schätzung zu der Prognose führen, dass bei mehr als jeder zweiten Sozialleistungsbezieherin die Wahlmöglichkeiten erweitert sind und dies genutzt wird, nicht nur um besser verträgliche, sondern auch eine anwender- und situationsunabhängigere und damit sicherere Verhütung zu wählen.

Außer den Kosten für Verhütung, die Kompromisse unter anderem in Hinblick auf die durchgehende Sicherheit des Empfängnissschutzes hervorbringen, gibt es weitere Bedingungsfaktoren, die im Zusammenhang mit einem erhöhten Anteil an ungewollt eingetretenen Schwangerschaften bei Frauen mit geringem Einkommen bzw. Sozialleistungsbezug zu diskutieren sind. So haben diese Frauen häufiger Gewalt in der Kindheit erfahren als andere Frauen (24% „manchmal oder oft“ vs. 9% insgesamt) und häufiger auch Gewalt in der Partnerschaft (27% vs. 8% insgesamt). Gewalterfahrungen gehen mit einer erhöhten Prävalenz ungewollter Schwangerschaften einher. Dies gilt auch für eine niedrigere Bildung. Es ist nicht zu erwarten, dass die kostenfreie Abgabe von Verhütungsmitteln ungewollte Schwangerschaften vollständig verhindern kann, wohl aber kann eine Reduzierung prognostiziert werden.

Insgesamt stimmen die Ergebnisse mit den Praxiserfahrungen des Modellprojektes „biko“ zur kostenfreien Abgabe von Verhütungsmitteln überein, was die Eröffnung des Zugangs von Sozialleistungsbezieherinnen bzw. Frauen mit geringem Einkommen zu einem erweiterten Spektrum an wählbaren Verhütungsmitteln angeht. Die Sinnhaftigkeit der kostenfreien Abgabe von Verhütungsmitteln an Frauen mit geringem Einkommen – sowohl bezogen auf die Sicherung der reproduktiven rechte als auch bezogen auf die Prävention von Schwangerschaftskonflikten – wird durch die Ergebnisse gestützt.

¹¹ 66% der Sozialleistungsbezieherinnen sind alleinstehend. Davon verhütet jede zweite nicht, also 33% der Gesamtgruppe der Leistungsbezieherinnen sind alleinstehend und verhüten nicht. Gut ein Viertel der anderen 33% alleinstehenden Sozialleistungsbezieherinnen, die verhüten, nutzen Kondome, umgerechnet auf die Gesamtgruppe sind dies etwa 13%.

Anhang

A Einkommensindikator und Soziodemografische Merkmale der Sozialleistungsbezieherinnen in Phase 3

Als Einkommensindikator wird die subjektive Einschätzung der finanziellen Lage zwischen 1 („sehr gut“) und 6 („sehr schlecht“) verwendet. Zusätzlich wurde nach dem Bezug von Sozialleistungen gefragt. Die Kombination der subjektiven Einschätzung und des Sozialleistungsbezugs korrespondiert sehr gut mit den anderen Einkommensmessungen (pers. Einkommen, Haushaltseinkommen). ‚Sozialleistungen‘ umfassen staatliche Unterstützungsleistungen wie Arbeitslosengeld II beziehungsweise Hartz IV, Sozialhilfe, Grundsicherung, Wohngeld oder Mietzuschuss für die Befragte beziehungsweise eine Person in deren Haushalt. BAföG ist nicht eingeschlossen.

B Angaben zu den Sozialleistungsbezieherinnen

Es handelt sich um eine heterogene Gruppe nach Alter, Bildung und Familiensituation. Gemeinsam haben die Sozialleistungsbezieherinnen aber Biografien mit besonderen Belastungen und wenig Unterstützung.

37% sind unter 30 Jahre alt, 44% zwischen 30 und 39 Jahre alt und 19% 40 bis 44 Jahre.

49% sind alleinstehend, darin enthalten: 21% sind alleinerziehend. 20% sind verheiratet. 11% leben in einer festen Partnerschaft mit und 20% ohne gemeinsamen Haushalt.

45% sind kinderlos, 20% haben ein und ebenso viele zwei Kinder. 15% haben drei oder mehr Kinder.

Zwar sind die Sozialleistungsbezieherinnen im Schnitt niedriger qualifiziert als andere Frauen, aber 41% haben Abitur, 37% einen mittleren und 21% einen niedrigen Schulabschluss. 13% befinden sich in einer Ausbildung oder im Studium.

C Angaben zu der Erhebung in den drei Phasen der Studie „frauen leben 3. Familienplanung im Lebenslauf“ – 2012 bis 2018

Standardisierte Befragung: Altersquotierte Zufallsstichprobe, telefonische Befragung durch EMNID Kantar, standardisierter Fragebogen zu zurückliegenden Schwangerschaften und zu aktuellen Angaben zu Familienplanung

Tabelle 1 Erhebungen in den einzelnen Bundesländern (n gesamt = 14.522)

P1 2012 (n=4.002)	P2 2016 (n=4.519)	P3 2018 (n=6.001)
Baden-Württemberg (n=1.000) Erhebungszeitraum: 03/2012	Nordrhein-Westfalen (n=1.523) Erhebungszeitraum: 01-02/2016	Brandenburg (n=1.000) Erhebungszeitraum: 01-09/2018
Berlin (n=1.002) Erhebungszeitraum: 03-04/2012	Mecklenburg-Vorpommern (n=1.506) Erhebungszeitraum: 01-04/2016	Bremen (n=501) Erhebungszeitraum: 12/2017 – 04/2018
Niedersachsen (n=1.000) Erhebungszeitraum: 03-04/2012	Rheinland-Pfalz (n=1.490) Erhebungszeitraum: 01-04/2016	Hamburg (n=1.500) Erhebungszeitraum: 12/2017 – 09/2018
Sachsen (n=1.000) Erhebungszeitraum: 03-04/2012		Schleswig-Holstein (n=1.500) Erhebungszeitraum: 01-09/2018
		Thüringen (n=1.500) Erhebungszeitraum: 12/2017 – 09/2018
Leitfaden Interviews P1		P3
n=97, Focus Frauen, die jemals unbeabsichtigt schwanger waren, reproduktive Biografien		n=19, Focus Frauen mit Sozialleistungsbezug, reproduktive Biografien, Verhütung

D Literatur und Veröffentlichungen

siehe auch <http://soffi-f.de/frauen-leben-3>

<https://www.forschung.sexualaufklaerung.de/forschungsthemen/familienplanung-im-lebenslauf/>

Helfferrich, C. (2016): Bezug staatlicher Sozialleistungen und Verhütung. Ergebnisse der Studie „frauen leben 3“. In: BZgA Forum Sexualaufklärung und Familienplanung, H. 1, 3-8

Helfferrich, C. (2015): Geringes Einkommen als Hürde beim Zugang zu Verhütung. In: pro familia magazin 3, 10-13, verfügbar unter: <http://docplayer.org/17942161-Geringes-einkommen-als-huerde-beim-zugang-zu-verhuetung.html>

Helfferrich, C.; Gerstner, D.; Pflügler, C. (2016) Wer braucht was? Verhütung als Kostenfrage. Präsentiert auf: Fachgespräch „Wie sicher darf es sein? Wenn Verhütung zur Frage des Geldbeutels wird!“ Der Paritätische Gesamtverband / pro familia Bundesverband 11.09.2019, verfügbar unter: http://soffi-f.de/files/Fachgespraech_Wie%20sicher%20darf%20es%20sein_11.9.2019_Berlin_komprimiert.pdf