Informationsdienst – Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit

FORUM

SEXUALAUFKLÄRUNG UND FAMILIENPLANUNG

02_2025

Prävention Schwangerschafts-konflikt – Evidenz und Praxis

» Fachartikel » Projektskizzen » Infothek

Bundesinstitut für
Öffentliche Gesundheit

Inhalt

Fachartikel

4 **Aktuelle Entwicklungen bei Schwangerschaftsabbrüchen und Geburten**
Tilmann Knittel, Laura Olejniczak

10 Ungewollte Schwangerschaften bei Frauen mit psychischen Erkrankungen: **Lebenslagen, Erfahrungen und Unterstützungsbedarfe**
Silvia Krumm, Lena Renz, Yamara-Monika Wessling

15 **Die Arbeit der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin**
Zusammenfassung und Fazit: Heike Lauer

22 **Wo suchen und finden ungewollt Schwangere Rat?**
Laura Olejniczak, Daphne Hahn, Tilmann Knittel, Maria Schneider, Rona Torenz

28 **Das bundesweite Hilfetelefon »Schwangere in Not« – ein niedrigschwelliges Angebot für schwangere Personen in Krisenzeiten**
Leonie Richter

34 **Blended Counseling als Zukunftsmodell der Schwangerschaftsberatung – Erkenntnisse aus dem Projekt »Blende(n)d beraten!«**
Robert Lehmann, Andrea Braun, Petra Goertz, Sigrid Zauter

39 **Spaltet der Schwangerschaftsabbruch die Gesellschaft? Differenzierte Einstellungen und kontextuelle Einflussfaktoren. Eine quantitative Vignettenstudie**
Alexa Nossek, Alina Jung, Evelyn Sthamer, Judith Dubiski

64 Was werden kann: **Lebensplanung, Berufsorientierung und ihre Bedeutung für reproduktive Entscheidungen**
Jana Pokraka, Lena Hoffmann, Lisa Kuhlmeier

71 **Verhütungsinformationen im Internet. Ergebnisse der repräsentativen Wiederholungsbefragung zum Verhütungsverhalten 2024**
Sara Scharmanski, Angelika Hessling

79 **Vergabe kostenfreier Verhütungsmittel**
Kathrin Lohmann

Projektskizzen

84 Projekt INVVO: **Informiert verhüten in Vorarlberg – ein Pilot- und Forschungsprojekt**
Christa Bauer, Sylvia Gaiswinkler, Andrea Hechenberger-Schwarz, Melanie Matt, Lea Putz-Erath

87 www.zanzu.de: **10 Jahre Zanzu.de: Die multilinguale Website zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit in Wort und Bild**
Jana Gorkow, Anastasia Doré

Infothek

90 **Broschüren, Dokumentationen, Studien, Projekte, Institutionen, Websites, Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, Internetseiten**

Neues zu den Themen Verhütung und reproduktive Gesundheit

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat im Februar 2025 einen neuen Namen erhalten und führt als Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) die bewährte Arbeit fort. Mit dem BIÖG als zentraler Institution im deutschen Public-Health-System soll die öffentliche Gesundheit in ganz Deutschland mit klaren, verständlichen Informationen und evidenzbasierten Strategien gestärkt werden – eine wichtige Grundlage für vertrauensvolle Zusammenarbeit und nachhaltige Gesundheitskommunikation in der Zukunft.

Auch unter neuem Namen wird das Bundesinstitut die bewährte Expertise in den Bereichen Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung einbringen und die Zusammenarbeit mit allen Kooperationspartnerinnen und -partnern in gewohnter Weise fortsetzen. Die Namensänderung hat keine Auswirkung auf die Umsetzung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes.

Anhand großer repräsentativer Wiederholungsbefragungen – wie beispielsweise der Jugendsexualitätsstudie oder der Studie zum Verhütungsverhalten Erwachsener – liefert das BIÖG weiterhin faktenbasiertes Wissen über das derzeit aktuelle Sexual- und Verhütungsverhalten sowie über Medien und Quellen der Informationsaneignung junger Menschen und Erwachsener zu Themen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit. Aktuelle Ergebnisse dieser Studien werden seit Langem auch in dieser Reihe »FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung« (www.forum.sexualaufklaerung.de) publiziert – eine Publikation, die den Austausch und den Wissenstransfer zwischen Praxis und Wissenschaft unterstützt und fördert.

Die zweite Ausgabe in diesem Jahr behandelt aktuelle Forschungs- und Praxisprojekte aus dem Themenfeld sexuelle und reproduktive Gesundheit. Mit dem Schwerpunkt Prävention des Schwangerschaftskonflikts greifen wir ganz unterschiedliche Aspekte rund um die Thematik auf. So geht es etwa im Projekt »ELSA« um die Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt schwangerer Frauen und um Besonderheiten ihrer Informationssuche. Wir fassen die Arbeitsergebnisse der Kommission zur Neuregelung des § 218 zusammen und ziehen eine kurze Bilanz.

Eine quantitative Studie mit Männern gibt Auskunft, ob der Schwangerschaftsabbruch die Gesellschaft, wie vielfach angenommen, spaltet oder Menschen ihre Einstellung ändern, wenn sie mit weiteren Informationen über die Lebenssituation einer ungeplant schwangeren Person konfrontiert werden.

Infolge des bereits längerfristigen grundlegenden Wandels in Bezug auf die Nutzung von unterschiedlichen Verhütungsmethoden wird in der repräsentativen Wiederholungsbefragung des BIÖG unter anderem gefragt, woher die Menschen ihre Informationen beziehen und welche Rolle das Internet dabei spielt.

Erfahren Sie mehr über aktuelle Entwicklungen bei Geburten und Schwangerschaftsabbrüchen national wie international und über viele weitere Aspekte rund um das Thema reproduktive Gesundheit.

Eine anregende Lektüre wünscht
Ihre Redaktion

Aktuelle Entwicklungen bei Schwangerschaftsabbrüchen und Geburten

Tilmann Knittel, Laura Olejniczak

Das Jahr 2021 markierte einen Tiefststand bei den Schwangerschaftsabbrüchen. Seither hat die Häufigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen deutlich zugenommen. Gleichzeitig gab es eine Trendwende bei der Geburtenhäufigkeit, die seit 2021 stark rückläufig ist. Diese auch in vielen Nachbarländern beobachtbaren Entwicklungen werden unter Einbezug erster Ergebnisse der aktuellen Studie »frauen leben 4« diskutiert.

Vor gut zwei Jahren erzeugte die Meldung des Statistischen Bundesamts Aufsehen, dass die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland im Jahr 2022 gegenüber dem Vorjahr um nahezu 10 Prozent gestiegen war (Destatis, 2023), im III. Quartal 2022 sogar um 16,7 % gegenüber dem Vorjahresquartal (Destatis, 2022). Auch wenn der Anstieg der Abbruchzahlen nicht zuletzt deswegen besonders stark wirkt, weil im Vorjahr 2021 außergewöhnlich wenige Schwangerschaften abgebrochen worden waren: Festzuhalten ist, dass die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche seit 2022 deutlich höher als in den Jahren vor der Corona-Pandemie liegt. Mehr Schwangerschaften wurden in Deutschland zuletzt im Jahr 2012 abgebrochen.

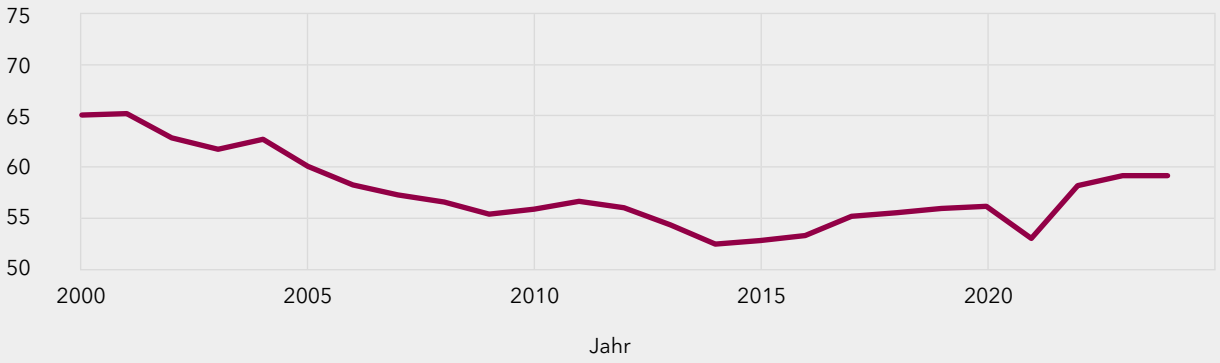
Für längerfristige Entwicklungen ist es sinnvoll, neben der absoluten Zahl der Schwangerschaftsabbrüche ihre Häufigkeit als Quote im Verhältnis zur weiblichen Bevölkerung im fertilen Alter zu betrachten. Hierdurch wird ein Einfluss von Veränderungen der Bevölkerungszahl kontrolliert. Bei Schwangerschaftsabbrüchen wird gemeinhin die weibliche Wohnbevölkerung zwischen 15 und 49 Jahren als rechnerische Bezugsgruppe herangezogen.

Wie in Abbildung 1 dargestellt, war die Häufigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen von Beginn des Jahrtausends bis zum Jahr 2014 rückläufig. Die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche je 10 000 Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren sank in diesem Zeitraum von 68 auf 55, was einem Rückgang um 19 % entspricht. In den folgenden Jahren zeigte sich ein verhaltener, im Jahr 2021 jäh unterbrochener Anstieg der Häufigkeit der Schwangerschaftsabbrüche.

Welche Einflussfaktoren auf die beschriebene Entwicklung und insbesondere die Zunahme ab dem Jahr 2021 lassen sich nun ausmachen? Die Daten der amtlichen Schwangerschaftsabbruchstatistik ermöglichen keine direkten Aufschlüsse über Hintergründe der aktuellen Entwicklung. Auch die Analyse weiterer erfasster Merkmale führt zu keinen mittelbaren Anhaltspunkten: Die Zunahme der Schwangerschaftsabbruchhäufigkeit nach 2021 ist unabhängig vom Alter oder der Kinderzahl der Frauen,

ABBILDUNG 1

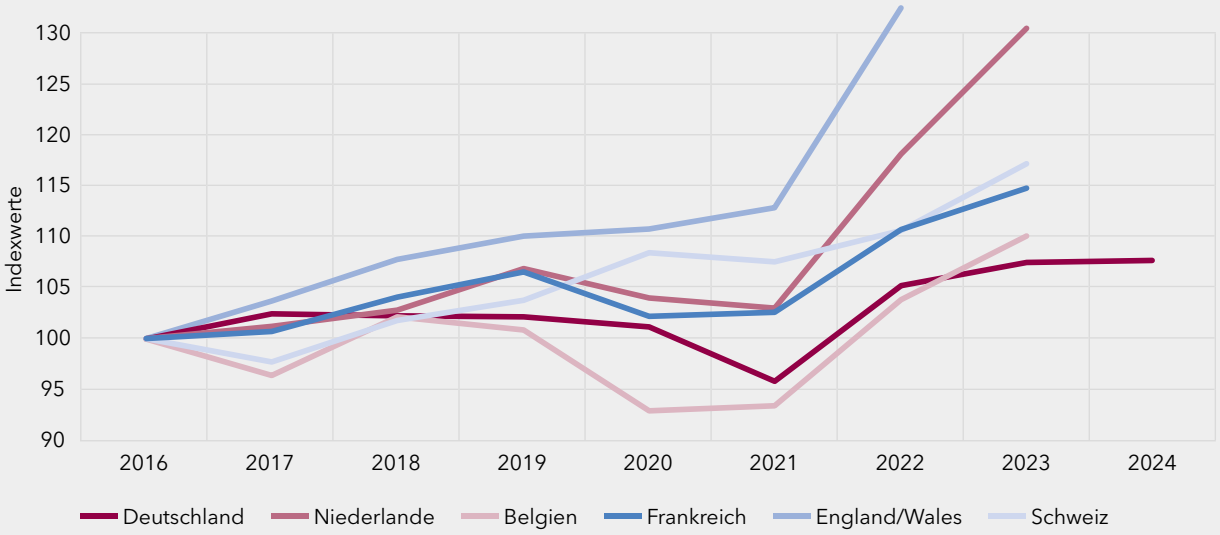
HÄUFIGKEIT VON SCHWANGERSCHAFTSABBRÜCHEN IN DEUTSCHLAND 2000–2024
Schwangerschaftsabbrüche je 10 000 Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren



Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis): Statistik der Schwangerschaftsabbrüche. Darstellung SoFFI F.

ABBILDUNG 2

SCHWANGERSCHAFTSABBRÜCHE IN AUSGEWÄHLTEN LÄNDERN, 2016–2024
(Indexwerte, Jahr 2016 = 100)



Quelle: siehe Übersicht der Datenquellen am Ende des Dokuments. Zusammenstellung, Berechnung und Darstellung SoFFI F.

sie zeigt sich in allen Bundesländern in vergleichbarer Weise. Auch bei der Schwangerschaftswoche, in der die Abbrüche vorgenommen wurden und die etwa Rückschlüsse auf einen Einfluss pränataldiagnostischer Untersuchungen ermöglichen könnten sind keine Auffälligkeiten beobachtbar.

Zunahme der Schwangerschaftsabbrüche keine auf Deutschland beschränkte Sonderentwicklung

Der Blick in das benachbarte Ausland zeigt, dass die Zunahme der Zahl der Schwangerschaftsabbrüche keineswegs eine deutsche Sonderentwicklung ist. Auch in den Nachbarländern Belgien, Frankreich,

den Niederlanden und der Schweiz sowie in England und Wales zeigt sich ab dem Jahr 2021 jeweils eine deutliche Zunahme (Abbildung 2). Teilweise war der Anstieg der Schwangerschaftsabbrüche sogar deutlich stärker als in Deutschland – und dies ohne einen vorherigen Rückgang der Abbruchzahlen in vergleichbarer Größenordnung.

Dargestellt ist in Abbildung 2 aus Gründen der Datenverfügbarkeit die Entwicklung der Zahl der Schwangerschaftsabbrüche als Indexwerte, wobei das Jahr 2016 jeweils als Basisjahr herangezogen wird. Ausgewiesen sind die jeweils aktuellsten verfügbaren Daten, die in anderen Ländern teilweise erheblich später als in Deutschland veröffentlicht werden.

Die Gleichzeitigkeit der Zunahme der Schwangerschaftsabbrüche in verschiedenen Ländern legt nahe, dass die Einflussfaktoren und relevanten Rahmenbedingungen für diese Entwicklung zumindest nicht primär auf nationaler Ebene zu suchen sind. Ein prägender Einfluss spezifischer nationaler Entwicklungen wie etwa gesetzlicher Änderungen oder Veränderungen bei der Anwendung von Behandlungs- und Diagnosemethoden erscheint wenig plausibel. Aufgrund der zeitlichen Übereinstimmung und der länderübergreifenden Wirkung ist vielmehr die durch den russischen Angriff auf die Ukraine ausgelöste europaweite Verunsicherung bezüglich Energieversorgung, Inflation, wirtschaftlicher Entwicklung und Sicherheit als eine Ursache in Betracht zu ziehen.

Trendbruch auch bei den Geburten

Auffällig ist, dass sich nicht nur bei Schwangerschaftsabbrüchen, sondern auch bei der Geburtenhäufigkeit seit dem Jahr 2021 gegenüber den Vorjahren ein Trendbruch zeigt. Wurden in Deutschland 2021 noch über 795 000 Kinder geboren, waren es 2024 mit 677 000 etwa 118 000 Neugeborene weniger. Dieser Geburtenrückgang zeigt sich ebenfalls auf internationaler Ebene: In der Europäischen Union ist die zusammengefasste Geburtenziffer zwischen 2021 und 2023 um 10 % von 1,53 auf 1,38 zurückgegangen, in den in Abbildung 2 zum Vergleich herangezogenen Nachbarländern im gleichen Zeitraum zwischen 8 % und 13 % gesunken. Martin Bujard und Michaela Kreyenfeld stellen die rückläufigen Geburtenraten unter Verweis auf Daten aus Schweden in einen Zusammenhang mit der zunehmenden Unsicherheit von Paaren aufgrund der multiplen Krisen und folgern, dass sich »wirtschaftliche und soziale Verwerfungen […] unmittelbarer in den jährlichen Geburtenraten« niederschlagen (Bujard & Kreyenfeld 2023, S. 14).

Die Perspektive der Frauen

Für die weitere Diskussion werden die dargelegten bevölkerungsstatistischen Daten mit aktuellen Ergebnissen der Befragungsstudie »frauen leben 4 – Familienplanung im Lebenslauf« gespiegelt. Bei der vom BIÖG geförderten und vom Sozialwissenschaftlichen Forschungsinstitut zu Geschlechterfragen Freiburg (SoFFI F.) durchgeführten Studie wurden Mitte 2024 insgesamt 7 111 aus den Einwohnermeldeamtsregistern zufällig ausgewählte Frauen zwischen 20 und 44 Jahren in den Bundesländern Baden-Württemberg, Berlin, Niedersachsen und Sachsen online zu Familienplanung und Lebensumständen befragt. Das Studiendesign baut auf der Vorgängerstudie »frauen leben 3« auf, sodass in Teilen Zeitvergleiche mit früheren Befragungen seit 2012 angestellt werden können. Eine Studienbeschreibung findet sich unter https://www.sexualaufklaerung.de/forschungsprojekt/frauen-leben-4/.

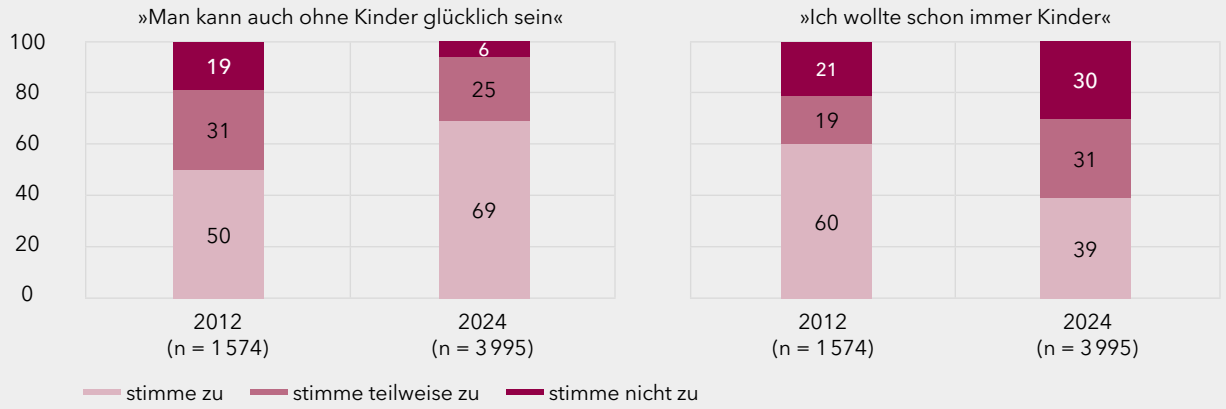
Themen der Befragung waren neben zahlreichen anderen Aspekten die generelle Kinder- und Familienorientierung, ein konkreter aktueller Kinderwunsch und – falls nicht vorhanden – Gründe, die aus Sicht der Frauen gegen Kinder sprechen. Zudem wurden Frauen, die eine Schwangerschaft abgebrochen haben, retrospektiv nach ihrer damaligen Lebenssituation und den Gründen für die Entscheidung gefragt.

Kinder zu bekommen wird weniger selbstverständlich

Bei der allgemeinen Kinderorientierung zeigt sich in den »frauen leben«-Daten über die Befragungsphasen hinweg eine kontinuierliche Entwicklung hin zu einer abnehmenden Selbstverständlichkeit, Kinder zu bekommen. Der Anteil der Frauen, die sich ein erfülltes Leben auch ohne Kinder vorstellen können,

ABBILDUNG 3

EINSTELLUNG KINDERLOSER FRAUEN ZU EINEM LEBEN OHNE KINDER IM ZEITVERGLEICH
Zustimmung zu den Aussagen »Man kann auch ohne Kinder glücklich sein« und »Ich wollte schon immer Kinder«



Basis: kinderlose Frauen; Quellen: Datensätze »frauen leben 3« (2012) und »frauen leben 4« (2024), 20- bis 44-jährige Frauen in den Bundesländern Baden-Württemberg, Berlin, Niedersachsen und Sachsen

ist deutlich gestiegen. Stimmten in der Befragung 2012 noch 50 % der kinderlosen Frauen der Aussage »Man kann auch ohne Kinder glücklich sein« zu, waren es 2024 mit 69 % deutlich mehr Befragte (Abbildung 3). In abgeschwächter Form zeigt sich diese Entwicklung auch bei Müttern: Hier ist der Anteil, der sich ein erfülltes Leben ohne Kinder vorstellen kann, zwischen 2012 und 2024 von 27 % auf 39 % gestiegen. Gleichzeitig ist der Anteil der Frauen, für die schon zu einem frühen Zeitpunkt in ihrem Leben feststand, dass sie eigene Kinder bekommen möchten, kontinuierlich zurückgegangen. Sahen 2012 noch 60 % der kinderlosen Frauen die Aussage »Ich wollte schon immer Kinder« als für sie persönlich zutreffend, gaben dies 2024 lediglich noch 39 % an (Abbildung 3). Auch bei den Frauen, die Kinder geboren haben, sank die Zustimmung zu dieser Aussage im gleichen Zeitraum von 88 % auf 75 %.

Anzunehmen ist, dass mit sinkender Selbstverständlichkeit eines Lebens mit Kindern die Bedeutung passender Rahmenbedingungen bei der Entscheidung für oder gegen die Gründung oder Erweiterung einer Familie zunimmt.

Die Kinderorientierung hängt zudem eng mit der beruflichen Qualifikation zusammen: Je höher der Bildungsstand, desto weniger selbstverständlich sind Kinder. So können sich 75 % der kinderlosen Akademikerinnen gegenüber 60 % der kinderlosen Frauen mit niedriger Bildung ein glückliches Leben ohne Kinder vorstellen. Umgekehrt geben 45 % der zum Befragungszeitpunkt kinderlosen Frauen mit niedriger Bildung, aber 37 % der Akademikerinnen an, dass sie schon immer Kinder wollten. Eine besondere Relevanz im Zusammenhang mit der rückläufigen Selbstverständlichkeit von Kindern erhält dieser empirische Befund angesichts der stark gestiegenen Zahl der Akademikerinnen: Der Anteil der Frauen mit Hochschulabschluss an den 25- bis 34-jährigen Frauen hat in Deutschland zwischen 2012 und 2023 von 21 % auf 35 % zugenommen (Destatis, 2025; eigene Berechnung).

Auswirkungen von Krisen und Unsicherheit auf die Familienplanung

In der »frauen leben 4«-Befragung wurde erhoben, welche Bedingungen aus Sicht der Frauen dagegen sprechen, Kinder zu bekommen, wobei Mehrfachantworten möglich waren. Zunächst ist hervorzuheben, dass sich Kinderwünsche über die Lebensphasen verändern – die »frauen leben«-Studienreihe basiert aus diesem Grund auf einem Lebenslaufansatz. Je nach Lebensphase werden so als häufigs-

te Gründe, gegenwärtig keine Kinder bekommen zu wollen, angeführt, nach eigener Einschätzung zu jung zu sein, zu alt zu sein oder bereits so viele Kinder wie gewünscht zu haben. Auch persönlich geprägte Gründe spielen häufig eine Rolle: Jede vierte Befragte ohne konkreten Kinderwunsch verweist in der aktuellen »frauen leben 4«-Befragung auf eine krisenhafte oder fehlende Partnerschaft als Grund gegen Kinder, 14 % äußern gesundheitliche Bedenken.

Daneben ist aber auch der Einfluss ungünstiger finanzieller und beruflicher Bedingungen zu erkennen: Finanzielle Gründe werden von 30 % der Befragten als Grund genannt, keine Kinder bekommen zu wollen, unzureichende Möglichkeiten zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf von 25 % der Befragten.

16 % der Befragten ohne aktuellen Kinderwunsch führen ihre Sorgen um die Zukunft wegen der vielen Krisen als Grund an, derzeit keine Kinder bekommen zu wollen – unter den kinderlosen Frauen äußern sich dahingehend 21 %. Wegen unsicherer beruflicher Perspektiven möchten 15 % gegenwärtig keine Kinder bekommen.

Die Befragungsergebnisse lassen es somit durchaus plausibel erscheinen, dass der aktuelle Rückgang der Geburten im Zusammenhang mit den jüngsten wirtschaftlichen und geopolitischen Krisen steht. Und auch für einen Zusammenhang zwischen dem Anstieg der Häufigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen und den Mehrfachkrisen lassen sich Hinweise erkennen. Bekannt ist, dass ungewollte Schwangerschaften verglichen mit gewollten Schwangerschaften generell häufiger mit schwierigen Lebensumständen assoziiert sind (Knittel, T., & Olejniczak, L., 2023). Bei ungewollten Schwangerschaften, die abgebrochen werden, zeigt sich dies in besonders ausgeprägter Weise. Bei »frauen leben 4« wurden Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen retrospektiv nach den Hauptgründen für ihre Entscheidung gefragt. Hinter partnerschafts- und lebensphasenbezogenen Aspekten wurden am häufigsten finanzielle Gründe (von 21 % der Befragten) sowie unsichere berufliche Perspektiven (von 20 %) genannt. Für eine spezifisch auf die Jahre seit 2021 bezogene statistische Analyse haben sich die Fallzahlen trotz der umfangreichen »frauen leben 4«-Befragungsstichprobe als zu gering erwiesen.

Zusammenfassung und Folgerungen

Wie lassen sich vor dem Hintergrund der dargestellten Ergebnisse die jüngsten Entwicklungen bei Schwangerschaftsabbrüchen und Geburten zusammenfassend einordnen? Welche Schlussfolgerungen lassen sich für die weitere Entwicklung ziehen?

Zunächst ist zu betonen, dass der Anstieg der Schwangerschaftsabbrüche seit 2021 keine auf Deutschland beschränkte Entwicklung ist und im Vergleich zu Nachbarländern eher verhalten erfolgt ist. Die gleichzeitige gegenläufige Entwicklung der Geburtenraten legt nahe, dass die Entwicklung bei Schwangerschaftsabbrüchen nicht isoliert betrachtet werden darf, sondern in den Kontext des Familienplanungsgeschehens insgesamt eingeordnet werden muss. Die abnehmende Selbstverständlichkeit von Kindern lässt ihrerseits vermuten, dass die Familienplanung zunehmend stärker von den aktuellen Rahmenbedingungen abhängt und an Konstanz verliert.

Hieraus lassen sich zwei Folgerungen ableiten, die sowohl die Forschung als auch die Politik betreffen: Zum einen ist angesichts stärker und häufiger werdender Schwankungen beim Familienplanungsgeschehen – sowohl in Bezug auf die Häufigkeit der Geburten als auch die Häufigkeit der Schwangerschaftsabbrüche – höchste Vorsicht geboten, aus aktuellen Entwicklungen längerfristige Trends abzuleiten. Zum anderen unterstreicht der Befund, dass Aspekten wie der finanziellen und beruflichen Sicherheit und der Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei der Familienplanung – insbesondere vor dem Hintergrund der steigenden Zahl der Akademikerinnen – eine wachsende Bedeutung zukommt. Er belegt die Notwendigkeit zur Schaffung und Sicherung familiengerechter Lebensbedingungen.

Literatur

Statistisches Bundesamt (Destatis) 2025. Bildungsberichterstattung. Bevölkerung in Hauptwohnsitzhaushalten nach Ländern, Altersgruppen und Bildungsabschluss 2012 und 2023.

Statistisches Bundesamt (Destatis) 2023. Pressemitteilung Nr. 120 vom 27. März 2023: 9,9 % mehr Schwangerschaftsabbrüche im Jahr 2022. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/03/PD23_120_233.html

Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022. Pressemitteilung Nr. 539 vom 15. Dezember 2022: 16,7 % mehr Schwangerschaftsabbrüche im 3. Quartal 2022 als im Vorjahresquartal. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/12/PD22_539_233.html

Bujard, M., & Kreyenfeld, M. (2023). Kriegen die Deutschen bald weniger Kinder? In Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB) (Hg.) 2023, *Demografischer Wandel: Weiter und anders diskutiert,* S. 12–16. https://www.bib.bund.de/Publikation/2023/pdf/Demographischer-Wandel-weiter-und-anders-diskutiert.pdf?__blob=publicationFile&v=7

Knittel, T., & Olejniczak, L. (2023). Ungewollte Schwangerschaften im Lebenslauf – Ergebnisse der Studie »frauen leben 3«. *FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung: Informationsdienst der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (BZgA), 1, 21–27. https://doi.org/10.17623/BZgA_SRH:forum_2023-1_beitrag_fl3_ungewollt_schwangerschaften

Übersicht der Datenquellen

Belgien: Commission nationale d'évaluation de la loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption de grossesse (Loi du 13 août 1990). Rapport à l'attention du parlement 1er janvier 2022 – 31 décembre 2023. Mars 2025. https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/cie_ivg_-_rapport_2022-2023_mars_2025.pdf (S.19)

Deutschland: Statistisches Bundesamt (Destatis). Schwangerschaftsabbruchstatistik. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/_inhalt.html

Eurostat: Total fertility rate. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00199/default/table

Frankreich: Ministère des solidarités et de la santé/Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Données statistiques publiques en santé et social. Nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG). https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/3647_ivg/information/

Niederlande: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)/Ministerie van Volksgezondheit, Welzijn en Sport: Rapportage Wet afbreking zwangerschap (Wafz). https://www.igj.nl/over-ons/igj-in-cijfers/cijfers-zwangerschapsafbreking

Schweiz: Bundesamt für Statistik: Schwangerschaftsabbrüche. https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/reproduktive/schwangerschaftsabbrueche.gnpdetail.2024-0118.html

United Kingdom (England und Wales). Department of Health & Social Care. Abortion statistics for England and Wales. https://www.gov.uk/government/statistics/abortion-statistics-for-england-and-wales-2022/abortion-statistics-england-and-wales-2022

Autor, Autorin

Tilmann Knittel, Soziologe M.A., ist Geschäftsführer des neu gegründeten Cornelia Helfferich Instituts für Geschlechter- und Familienforschung in Freiburg, das künftig die »frauen leben«-Studienreihe bearbeiten wird. Kontakt: knittel@cornelia-helfferich-institut.de

Laura Olejniczak, Soziologin M.A., ist wissenschaftliche Mitarbeiterin beim Sozialwissenschaftlichen Forschungsinstitut zu Geschlechterfragen Freiburg (SoFFI F.) im Forschungs- und Innovationsverbund an der Evangelischen Hochschule Freiburg und forscht u. a. zur Stigmatisierung von Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen. Kontakt: laura.olejniczak@eh-freiburg.de

Zitierweise

Knittel, T., & Olejniczak, L. (2025). Aktuelle Entwicklungen bei Schwangerschaftsabbrüchen und Geburten. *FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung: Informationsdienst des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG),* 2, 4–9. https://doi.org/10.17623/BIOEG_SRH:forum_2025-2_schwangerschaft-abbruch-geburt

Ungewollte Schwangerschaften bei Frauen mit psychischen Erkrankungen: Lebenslagen, Erfahrungen und Unterstützungsbedarfe

Silvia Krumm, Lena Renz, Yamara-Monika Wessling

Ungewollte Schwangerschaften stellen für Frauen mit psychischen Erkrankungen eine besondere Herausforderung dar – nicht nur aufgrund individueller Belastungen, sondern auch im Zusammenspiel mit struktureller Benachteiligung und Stigmatisierung. Im Rahmen der bundesweiten »ELSA«-Studie wurden neben der Prävalenz ungewollter Schwangerschaften insbesondere die Lebensumstände der betroffenen Frauen sowie die biografischen Deutungsmuster und Erfahrungen mit dem Versorgungssystem untersucht. Ziel ist es, spezifische Unterstützungsbedarfe sichtbar zu machen und Impulse für eine sensiblere, Recovery-orientierte Versorgungspraxis zu geben.

Einleitung

Reproduktive Gesundheit umfasst neben der Fähigkeit zu einem sicheren und selbstbestimmten Umgang mit Sexualität und Fortpflanzung, auch die Möglichkeit, ungewollte Schwangerschaften zu vermeiden (Helfferich, 2013). Ungewollte Schwangerschaften sind als ein komplexes, biografisch eingebettetes Geschehen zu verstehen, das durch sozioökonomische Faktoren, Beziehungskontext und individuelle Deutungsmuster geprägt ist. Häufig treten sie in bereits vorbelasteten Lebenssituationen auf. Wie die Studie »frauen leben 3« zeigte, liegen die Gründe für ungewollte Schwangerschaften vielfach in kumulierenden Belastungen wie etwa beruflichen, finanziellen, partnerschaftlichen oder anderen schwierigen bzw. als unpassend erlebten Lebensumständen. Etwa die Hälfte der Befragten gab gesundheitliche Probleme als maßgeblichen Grund für die Ungewolltheit der Schwangerschaft an (Knittel & Olejniczak, 2023).

Umgekehrt können sich ungewollte Schwangerschaften negativ auf die Gesundheit der Frauen und (im Fall des Austragens) auf den Fötus bzw. das Kind auswirken (Alder, Fink, Bitzer, Hösli & Holzgre-

ve, 2007). Frauen mit nicht intendierten Schwangerschaften haben ein erhöhtes Risiko für akute Stressreaktionen, depressive sowie Angst- und Schlafstörungen (Dijkstra et al., 2023), peri- und postpartale Depressionen (Lundsberg, Cutler, Stanwood, Yonkers & Gariepy, 2020) und ungünstiges Gesundheitsverhalten im Vergleich zu Frauen mit geplanten Schwangerschaften (Lindberg, Maddow-Zimet, Kost & Lincoln, 2015).

Internationale Studien zeigen, dass Frauen mit psychischen Erkrankungen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für den Eintritt einer nicht intendierten Schwangerschaft haben (Schonewille et al., 2022). Über deren Erfahrungen und Bedarfe im Umgang mit einer ungewollten Schwangerschaft ist nur wenig bekannt. Im Rahmen der bundesweiten »ELSA«-Studie (Hahn & Thonke, 2023) wurden neben der Prävalenz ungewollter Schwangerschaften bei Frauen mit psychischen Erkrankungen vor allem deren Deutungs- und Bewältigungsmuster sowie ihre Erfahrungen im Versorgungsystem untersucht. Die Ergebnisse werden im Folgenden vorgestellt.

Häufigkeit ungewollter Schwangerschaften bei Frauen mit psychischen Erkrankungen

Frauen mit psychischen Erkrankungen erleben im Vergleich zu Frauen ohne psychische Erkrankungen häufiger eine ungewollte Schwangerschaft. Insgesamt gaben 29 % der Frauen mit psychischen Erkrankungen (n = 454) an, mindestens einmal eine ungewollte Schwangerschaft erlebt zu haben. Bei den Frauen ohne psychische Erkrankungen (n = 4041) lag dieser Anteil bei 20 %. Bei Frauen mit psychischen Erkrankungen kamen zudem häufiger Schwangerschaftsabbrüche vor (15 % vs. 10 %). Frauen mit psychischen Erkrankungen hatten somit im Vergleich zu Frauen ohne psychische Erkrankungen eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit für eine mindestens einmalige ungewollte Schwangerschaft (OR = 1,620; 95 % CI: 1,305–2,012, p < 0,001), ein signifikant höheres Risiko für mindestens einen Schwangerschaftsabbruch (15 % vs. 10 %; OR = 1,577; 95 % CI: 1,195–2,082, p < 0,01) und für mindestens eine ungewollt eingetretene ausgetragene Schwangerschaft (19 % vs. 12 % OR = 1,772; 95 % CI: 1,338–2,216, p < 0,001; Krumm et al., 2025).

Umstände bei Eintritt einer ungewollten Schwangerschaft bei psychisch kranken Frauen

Die Umstände, unter denen eine ungewollte Schwangerschaft eingetreten ist, unterscheiden sich zwischen Frauen mit psychischen Erkrankungen und Frauen ohne psychische Erkrankungen. Frauen mit psychischen Erkrankungen waren zum Zeitpunkt des Eintritts der Schwangerschaft jünger, gingen seltener einer Erwerbstätigkeit nach und hatten häufiger eine geringere Schulbildung. Sie erhielten häufiger staatliche Transferleistungen, machten sich mehr Sorgen um ihre finanzielle Lage mit Kind und bewerteten ihre Wohnsituation eher als schlecht oder mittelmäßig. Außerdem lebten sie häufiger in keiner festen oder in einer belasteten Partnerschaft und beschrieben ihren Lebensstil zum Zeitpunkt des Schwangerschaftseintritts häufiger als ungesund (Krumm et al., 2025).

Biografische Einbettung ungewollter Schwangerschaften und Bedeutung der psychischen Erkrankung

Zur Analyse der biografischen Einbettung ungewollter Schwangerschaften und der Rolle psychischer Erkrankungen wurden 40 Fallstudien erstellt. Darauf basierend entstand eine Typologie entlang der Dimensionen Kindheit und Jugend, biografische Einbettung der Erkrankung, Kinderwunsch, Erleben der Ungewolltheit, Entscheidungsprozess und Bedeutung der psychischen Erkrankung. Die Typologie bildet zentrale Muster des Erlebens, der Deutung und Bewältigung der ungewollt eingetretenen Schwangerschaft sowie die subjektive Bedeutung der psychischen Erkrankung ab.

Ein erster Typ (»Heilung«) ist geprägt von einer früh einsetzenden schweren psychischen Erkrankung und

dem Erleben sozialen Ausschlusses, besonders in Bezug auf die Mutterrolle. Die ungewollte Schwangerschaft wird zunächst mit Überraschung wahrgenommen, dann aber als Chance zur biografischen Wende und zur Wiedererlangung von Sinn und Zugehörigkeit. Die Entscheidung für das Kind erfolgt meist intuitiv, getragen vom Wunsch, über eine Mutterschaft zu genesen. Mutterschaft wird als potenziell heilende Erfahrung gesehen. Im Gegensatz dazu steht der Typ »Stabilisierung«, bei dem die Schwangerschaft als Bedrohung einer zuvor stabilen Lebensführung trotz zugrunde liegender psychischer Erkrankung wahrgenommen wird. Die Entscheidung, häufig für einen Abbruch, erfolgt reflektiert und zielt auf den Erhalt der psychischen Stabilität. Die Auseinandersetzung erfolgt bewusst und selbstfürsorglich.

Beim Typ »Rationalisierung« steht die Sicherung einer erreichten psychischen Stabilität nach belasteter Kindheit im Vordergrund. Die Schwangerschaft wird als Risiko für diese positive Entwicklung gesehen. Der Abbruch erfolgt rational und zukunftsorientiert, die psychische Erkrankung bleibt meist unthematisiert, eine emotionale Ambivalenz bestehen. Ein Kinderwunsch wird nicht ausgeschlossen, aber in eine fernere Zukunft verschoben.

Der Typ »Konformität« verweist auf eine biografisch frühe Verantwortungsübernahme und ein starkes Anpassungsverhalten. Entscheidungen orientieren sich hier weniger an eigenen Bedürfnissen, sondern an familiären oder gesellschaftlichen Erwartungen. Mutterschaft wird als sozial erwarteter Schritt akzeptiert, auch wenn sie zusätzliche Belastungen bringt. Unterstützung wird oft erst nachträglich gesucht, die Entscheidung meist ohne innere Überzeugung getroffen.

Der Typ »Passivität« ist durch einen passiven Umgang mit der Schwangerschaft und ein Gefühl der Ohnmacht gekennzeichnet. Die Schwangerschaft wird eher hingenommen und ausgetragen. Trotz hoher Belastung durch die psychische Erkrankung kann die Mutterrolle stabilisieren, neue Handlungsspielräume eröffnen und Zugänge zu Unterstützung schaffen, was positive Entwicklungen fördern kann.

Die Typen unterscheiden sich in der subjektiven Deutung der Schwangerschaft als Chance oder Bedrohung, in der Art der Entscheidungsfindung sowie hinsichtlich des biografischen Sinns der psychischen Erkrankung im Bewältigungsprozess. Deutlich wird dabei, dass der Umgang mit ungewollter Schwangerschaft bei psychisch erkrankten Frauen nicht nur durch individuelle Krankheitsverläufe, sondern auch durch gesellschaftliche Erwartungen, Stigmatisierungserfahrungen und das soziale Umfeld geprägt ist.

Erfahrungen mit Versorgungsangeboten nach Eintritt einer ungewollten Schwangerschaft

Im Rahmen der inhaltsanalytischen Auswertung der Interviews wurden Erfahrungen und subjektive Bedarfe von Frauen im Umgang mit ungewollter Schwangerschaft im Kontext gynäkologischer, psychiatrisch-psychotherapeutischer und psychosozialer Versorgung untersucht.

Im Bereich der gynäkologischen Versorgung berichteten Teilnehmerinnen von einer unzureichenden Berücksichtigung psychischer Erkrankungen, etwa durch mangelnde Sensibilität bei Untersuchungen insbesondere bei traumatisierten Frauen und einer fehlenden Berücksichtigung psychischer Bedürfnisse in der geburtshilflichen Versorgung. Die Teilnehmerinnen schilderten vielfältige Stigmatisierungserfahrungen, etwa in Form abwertender Reaktionen auf dokumentierte psychiatrische Diagnosen oder moralisierender Äußerungen bei einem Wunsch nach Schwangerschaftsabbruch. Psychische Belastungen wurden aus Sicht der Befragten eher selten aktiv angesprochen.

In Bezug auf den psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich zeigte sich ein ambivalentes Bild: Zwar erlebten viele Teilnehmerinnen eine bestehende therapeutische Anbindung als hilfreich im Umgang mit der ungewollten Schwangerschaft. Zugleich erschwerten lange Wartezeiten, Angst vor Stigmatisierung und das Fehlen spezifischer Angebote insbesondere für schwangere Frauen mit psychischer Erkrankung den Zugang zu notwendiger Unterstützung. Als besonders wertvoll wurde die

therapeutische Begleitung in der Entscheidungsphase und Nachsorge erlebt. Ein Bedarf besteht hinsichtlich einer kurzfristigen psychopharmakologischen Beratung bei Feststellung der Schwangerschaft.

Im Bereich der psychosozialen Beratung wurden trotz vielfältiger Angebote Erreichbarkeit und Sichtbarkeit als unzureichend beschrieben. In akuten Belastungssituationen fehle es an kontinuierlicher, aktiver Begleitung. Kritisch ist aus Sicht der befragten Frauen, wenn psychische Belastungen in der Beratung nicht thematisiert werden. Gewünscht wurden spezialisierte Angebote für psychisch erkrankte schwangere Frauen sowie Selbsthilfegruppen als geschützter Raum zum Austausch über tabubehaftete Themen wie ungewollte Schwangerschaft oder Bereuen der Mutterschaft.

Fazit

Unsere Ergebnisse knüpfen an die Studie »frauen leben 3« an und erweitern die bisherigen Befunde zu den gesundheitsbezogenen Faktoren um eine vertiefte Analyse der Bedeutung psychischer Erkrankungen. Zum einen bestätigen sie internationale Studien, denen zufolge Frauen mit psychischen Erkrankungen signifikant häufiger ungewollte Schwangerschaften erleben als Frauen ohne entsprechende Diagnosen. Zum anderen zeigen die Ergebnisse, dass ungewollte Schwangerschaften bei dieser Gruppe überdurchschnittlich häufig in belastenden Lebensumständen auftreten.

Strukturelle Benachteiligungen von Frauen mit psychischen Erkrankungen wirken sich im Kontext ungewollter Schwangerschaften besonders gravierend aus. Angesichts der ohnehin angespannten Lebensumstände und psychischer Vorbelastungen tritt eine ungewollte Schwangerschaft als zusätzlicher Stressor auf. Gleichzeitig ist der Zugang zu psychosozialer oder psychotherapeutischer Unterstützung auch aufgrund struktureller Stigmatisierung erschwert.

Aufgrund der wechselseitigen Zusammenhänge zwischen reproduktiver und psychischer Gesundheit sind Frauen mit psychischen Erkrankungen im Umgang mit ungewollten Schwangerschaften mit besonderen Herausforderungen konfrontiert. Die damit einhergehenden Unterstützungsbedarfe bleiben in der Begleitung und Versorgung psychisch erkrankter Frauen allerdings vielfach unberücksichtigt.

Wichtig zu betonen ist, dass eine psychische Erkrankung den Umgang mit einer ungewollten Schwangerschaft auf ganz unterschiedliche Weise prägt und individuelle Verarbeitungs- und Deutungsmuster mit sich bringt. Ein Verständnis für die sinnhafte biografische Einbettung einer ungewollten Schwangerschaft ist Voraussetzung für eine Recovery-orientierte Begleitung und Unterstützung. Die Ergebnisse unserer Studie lenken den Blick darauf, dass es neben der fachlichen Sensibilisierung und strukturellen Verbesserungen vor allem eines Perspektivwechsels in der Versorgung bedarf, der die komplexen Wechselwirkungen zwischen reproduktiver und psychischer Gesundheit anerkennt.

Literatur

Alder, J., Fink, N., Bitzer, J., Hösli, I., & Holzgreve, W. (2007). Depression and anxiety during pregnancy: a risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians,* 20(3).

Dijkstra, C. I., Dalmijn, E. W., Bolt, S. H., Groenhof, F., Peters, L. L., & Jansen, Danielle E M C (2023). Women with unwanted pregnancies, their psychosocial problems, and contraceptive use in primary care in Northern Netherlands: insights from a primary care registry database. *Family Practice,* 40(5–6).

Hahn, D., & Thonke, I. (2023). *Das Projekt ELSA – »Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer. Angebote der Beratung und Versorgung« – Konzept und Hintergründe der Studie.: Barmer Gesundheitswesen aktuell 2023: Beiträge und Analysen.*

Helfferich, C. (2013). Reproduktive Gesundheit. Eine Bilanz der Familienplanung in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz.* (2).

Knittel, T., & Olejniczak, L. (2023). Ungewollte Schwangerschaften im Lebenslauf – Ergebnisse der Studie »frauen leben 3«. *FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung: Informationsdienst der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*.

Krumm, S., Wessling, Y. M., Helfferich, C., Böhm, M., Brzank, P., Busch, U., et al. (2025). Prävalenz ungewollter Schwangerschaften und Schwangerschaftsausgang bei Frauen mit psychischen Erkrankungen. Ergebnisse aus der ELSA Studie. Psychiatrische Praxis. *Psychiatrische Praxis 2025.* https://doi.org/10.1055/a-2642-6029

Lindberg, L., Maddow-Zimet, I., Kost, K., & Lincoln, A. (2015). Pregnancy intentions and maternal and child health: an analysis of longitudinal data in Oklahoma. *Maternal and Child Health Journal,* 19(5).

Lundsberg, L. S., Cutler, A. S., Stanwood, N. L., Yonkers, K. A., & Gariepy, A. M. (2020). Association of Pregnancy Contexts with Depression and Low Social Support in Early *Pregnancy. Perspectives on Sexual and Reproductive Health,* 52(3).

Schonewille, N. N., Rijkers, N., Berenschot, A., Lijmer, J. G., van den Heuvel, O. A., & Broekman, B. F. P. (2022). Psychiatric vulnerability and the risk for unintended pregnancies, a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth,* 22(1), 153.

Autorinnen

Prof. Dr. phil. Silvia Krumm, Soziologin, Professorin für Sozialpsychiatrische Teilhabeforschung an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig (Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie), Leiterin der Arbeitsgruppe Qualitative Sozialforschung an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm. Ihre Forschungsschwerpunkte umfassen u. a. Kinderwunsch, Schwangerschaft und Elternschaft im Kontext psychischer Erkrankungen.
Kontakt: silvia.krumm@medizin.uni-leipzig.de

Lena Renz, M.A., Sozialarbeiterin, wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Arbeitsgruppe Qualitative Sozialforschung an der Klinik für Psychiatrie II der Universität Ulm, hat im Rahmen ihrer Masterthesis die Unterstützungsbedarfe psychisch erkrankter, ungewollt Schwangerer anhand der subjektiven Erfahrungen mit dem Versorgungssystem in Deutschland untersucht.

Dr. phil. Yamara-Monika Wessling, Ethnologin, Projektkoordinatorin der ELSA PSY-Studie und Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Arbeitsgruppe Qualitative Sozialforschung an der Klinik für Psychiatrie II der Universität Ulm.

Zitierweise

Krumm, S., Renz, L., & Wessling Y.-M. (2025). Ungewollte Schwangerschaften bei Frauen mit psychischen Erkrankungen: Lebenslagen, Erfahrungen und Unterstützungsbedarfe. *FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung: Informationsdienst des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG),* 2, 10–14. https://doi.org/10.17623/BIOEG_SRH:forum_2025-2_ungew-schwanger-psych

Die Arbeit der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin

Zusammenfassung und Fazit: Heike Lauer

Die Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin wurde in der 20. Wahlperiode von der sogenannten Ampelkoalition als interdisziplinäres Gremium berufen und konstituierte sich im März 2023. Sie setzte sich aus 18 Expertinnen und Experten unter anderem aus den Fachbereichen Medizin, Psychologie, Soziologie, Gesundheitswissenschaften, Ethik und Recht zusammen. In zwei Arbeitsgruppen sollten die Möglichkeiten einer Regulierung des Schwangerschaftsabbruchs außerhalb des Strafgesetzbuchs (Arbeitsgruppe 1) sowie die Möglichkeiten einer Legalisierung der Eizellspende und der altruistischen Leihmutterschaft (Arbeitsgruppe 2) geprüft werden. Der folgende Beitrag ist eine Zusammenfassung[1] des Kurzberichts der Kommission zu den Ergebnissen der Arbeitsgruppe 1.

1 Sämtliche Kommentare und Einschätzungen folgen dem Originaltext der Kurzfassung des Kommissionsberichts (https://www.bmbfsfj.bund.de/resource/blob/238404/ce8f961e7a8737fecf260993f92baf44/kurzbericht-kommission-zur-reproduktiven-selbstbestimmung-und-fortpflanzungsmedizin-data.pdf). Allein das letzte Kapitel »Fazit und aktueller Stand« wurde von der Autorin ergänzt.

1. Einführung

Kann der Schwangerschaftsabbruch künftig auch außerhalb des Strafgesetzbuchs (§ 218 StGB) geregelt werden und wie könnte eine solche Regelung aussehen? Dieser Frage hatte sich die Arbeitsgruppe 1 gewidmet, »ausgehend von den beiden Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts zum Schwangerschaftsabbruch (BVerfGE 39, 1 und BVerfGE 88, 203) und unter Berücksichtigung gewandelter rechtlicher und tatsächlicher Verhältnisse sowie gesellschaftlicher Diskurse«. Dabei flossen medizinische, rechtliche, verfassungsrechtliche sowie gesellschaftlich-psy-

chosoziale Aspekte in die Bewertung ein. »Ethische Aspekte (…) fanden als Querschnittsperspektive bei den jeweils relevanten Analysen und Diskussionen in den einzelnen Kapiteln Berücksichtigung. Auf dieser interdisziplinär erarbeiteten Basis fußen die Empfehlungen der Arbeitsgruppe 1 für den Gesetzgeber« (Kapitel 1, S. 6).

Die Debatten um den Schwangerschaftsabbruch sind von divergierenden weltanschaulichen, religiösen und ethischen Positionen geprägt. Gleichzeitig muss der Gesetzgeber im Rahmen der verfassungsrechtlichen Vorgaben (einschließlich EU- und völkerrechtlicher Einflüsse) einen Ausgleich zwischen dem Schutz des ungeborenen Lebens und den Rechten der Schwangeren finden.

2. Aktuelle Rechtslage

Nach aktueller Rechtslage (§§ 218a ff. StGB) gilt der Schwangerschaftsabbruch grundsätzlich als Straftat, wobei es eine Reihe von Ausnahmeregelungen gibt. Ein Schwangerschaftsabbruch ist für alle Beteiligten straffrei, wenn er nach der Beratungsregelung erfolgt (§ 218a Absatz 1 StGB) oder wenn es einen medizinischen oder kriminologischen Grund für den Abbruch gibt (§ 218 Absatz 2 und 3 StGB).

Innerhalb der ersten zwölf Schwangerschaftswochen p.c.[2] ist ein Schwangerschaftsabbruch straflos möglich, wenn der Abbruch auf Verlangen der Schwangeren durch einen Arzt oder eine Ärztin gem. § 218a Absatz 1 Satz 1 StGB nach Vorlage einer Bescheinigung über eine Pflichtberatung nach § 219 StGB und Ablauf einer dreitägigen Wartefrist vorgenommen wird. »Es bleibt der einzige Ausnahmefall, in dem der Gesetzgeber eine Straflosigkeit bei Rechtswidrigkeit der Handlung ausdrücklich im Strafgesetzbuch regelt« (Kapitel 3.1, S. 8).

Die bestehende Konstruktion der gesetzlichen Ausnahmen erscheint der Kommission als zu komplex und teils widersprüchlich. Eine klare und konsistente rechtliche Regelung wird als notwendig erachtet. Die Überlegung, den Schwangerschaftsabbruch außerhalb des Strafgesetzbuchs zu regeln, basiert auf dem Anliegen, den gesetzlichen Handlungsspielraum zu erweitern und die bestehenden Unsicherheiten in der Anwendung zu minimieren.

3. Medizinische Aspekte des Schwangerschaftsabbruchs

Der Kommissionsbericht bestätigt, dass Schwangerschaftsabbrüche im ersten Trimenon (Schwangerschaftsdrittel) – sowohl medikamentös als auch chirurgisch – zu den risikoarmen, standardisierten Eingriffen gehören. Vor jedem Abbruch ist jedoch eine ausführliche ärztliche Untersuchung mit Feststellung der Schwangerschaft nötig. Zu den Risiken in späteren Phasen der Schwangerschaft heißt es im Bericht (Kapitel 2.2; 2.3), dass Abbrüche im zweiten und dritten Trimenon mit erhöhten Komplikationsrisiken verbunden seien. Diese Eingriffe sollten nur bei klar festgelegten medizinischen oder psychosozialen Indikationen vorgenommen werden. Die Entwicklung einer medizinischen Leitlinie für späte Abbrüche, analog zur medizinischen Leitlinie »Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon«, wird als sinnvoll erachtet.

Der Kommissionsbericht geht auch auf die ärztliche Weiterbildung auf dem Gebiet der Frauenheilkunde und Geburtshilfe ein, die in der Muster-Weiterbildungsordnung (MWBO) geregelt ist. Die Thematik des Schwangerschaftsabbruchs ist in der MWBO ausdrücklich als Inhalt der Weiterbildung benannt. Es werden Handlungskompetenzen zur Beratung bei Schwangerschaftskonflikten sowie zur Indikationsstellung zum Schwangerschaftsabbruch vermittelt.

Im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung auf dem Gebiet der Frauenheilkunde und Geburtshilfe soll jedoch weiterhin das sogenannte »Weigerungsrecht« gemäß § 12 Absatz 1 SchKG gelten: Demnach können Ärztinnen und Ärzte nicht gezwungen werden, einen Schwangerschaftsabbruch vorzunehmen.

2 Im Gesetz wird die Schwangerschaft nach dem Zeitpunkt der Empfängnis gerechnet (post conceptionem, p.c.). Deswegen wird dort die Frist als 12 Wochen p.c. angegeben.

4. Gesellschaftliche und psychosoziale Aspekte beim Schwangerschaftsabbruch

Viele ungewollte Schwangerschaften entstehen in belastenden Lebenssituationen: »In Deutschland zeigen Studien, dass ungewollte Schwangerschaften häufiger bei belastenden Lebensumständen wie finanziellen Problemen, fehlender oder abgebrochener Ausbildung, problematischen oder fehlenden Partnerschaften sowie gesundheitlichen Problemen auftreten. Besonders vulnerable Gruppen wie Frauen mit Gewalterfahrung, psychischer Erkrankung oder Traumata erleben häufig ungewollte Schwangerschaften. Die Gründe für einen Schwangerschaftsabbruch sind international ähnlich (…)« (Kapitel 4.1, S. 10).

Beim Thema Familienplanung und Verhütung betonen die Autorinnen und Autoren, dass soziale Normen und gesellschaftliche Bedingungen eine wichtige Rolle für die Familiengründung spielen. »Die Bedingungen für Familienaufbau und -leben sind zunehmend schwieriger geworden. Um die Entscheidung für Kinder positiv zu beeinflussen und Entlastung in schwierigen Lebensphasen zu bieten, sollte insbesondere die soziale und finanzielle Unterstützung von Alleinerziehenden und Personen in vulnerablen Lebenslagen gestärkt werden« (Kapitel 4.2, S. 10).

Der Zugang zu Verhütungsmitteln, aber auch die jeweilige Kostendeckung müssen nach Ansicht der Kommissionsmitglieder als sehr relevant erachtet werden: »Der breite Zugang und die Nutzung von Verhütungsmitteln, gekoppelt mit einem hohen Niveau sexueller Bildung, sind entscheidend, um ungewollte Schwangerschaften zu verhindern« (Kapitel 4.2, S. 10).

Regionale und internationale Vergleiche zeigen, dass Deutschland relativ niedrige Abbruchzahlen aufweist. Zu beobachten ist auch ein Rückgang der Abbruchzahlen bei Minderjährigen. Es besteht aber weiterhin der Bedarf an verbesserter Prävention, Informationen und Zugang zu Verhütungsmitteln, insbesondere für vulnerable Gruppen, um die Zahl der ungewollten Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche weiter zu reduzieren (Kapitel 4.3).

Versorgungshürden und Informationslücken

»Hindernisse für Frauen auf dem Weg zu einem Schwangerschaftsabbruch können mangelnde flächendeckende Versorgungsangebote sein. Besonders betroffen sind dabei Minderjährige, junge Frauen, Migrant_innen, sowie Frauen mit Gewalterfahrung. Diese Gruppen haben signifikante Schwierigkeiten beim Zugang zur notwendigen medizinischen Versorgung.« (Kapitel 4.4, S. 11)

Die »ELSA«-Studie[3] findet im Kommissionsbericht besondere Erwähnung. Sie weist auf Schwierigkeiten im Zugang zu sachlichen und verständlichen Informationen für unterschiedliche Zielgruppen und eine bessere Verfügbarkeit von medizinischen Versorgungsangeboten in den nördlichen und östlichen Bundesländern hin. »Die Studie zeigt auch, dass die Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch für einige Frauen eine erhebliche Hürde darstellen. Um vorhandene Hindernisse und Zugangsbarrieren zu Schwangerschaftsabbrüchen abzubauen, sollten bundesweit und regional Maßnahmen ergriffen werden, um eine niedrigschwellig zugängliche und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung für alle Frauen sicherzustellen« (Kapitel 4.4, S. 11).

Die Verfügbarkeit von flächendeckender medizinischer Versorgung und verlässlichen, barrierearmen Informationsangeboten wird als essenziell betrachtet, um ungewollte Schwangerschaften und daraus resultierende Abbrüche weiter zu reduzieren.

5. Verfassungsrechtlicher Rahmen für eine Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs

Frühere Urteile des Bundesverfassungsgerichts prägen den verfassungsrechtlichen Rahmen, innerhalb dessen der Gesetzgeber agieren kann. »Ob und inwieweit der Gesetzgeber den Schwangerschaftsabbruch außerhalb des Strafgesetzbuchs regeln darf, bemisst sich nach dem durch die Verfassung eröffneten Gestaltungsspielraum« (Kapitel 5.2, S. 13).

3 https://elsa-studie.de

Ein zentraler Punkt ist die Balance zwischen dem Schutz des ungeborenen Lebens und den reproduktiven Rechten der Frau. Dabei wird im Kommissionsbericht diskutiert, inwieweit das Lebensrecht nach der Nidation (Einnistung am fünften oder sechsten Tag nach der Befruchtung der Eizelle) im Frühstadium stufenweise geschützt wird: »Bei einer Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs hat der Gesetzgeber Schutzpflichten für das Grundrecht auf Leben (Art. 2 Absatz 2, Satz 1 GG) des Embryos/Fetus jedenfalls) ab Nidation. Wegen der existenziellen Abhängigkeit des Ungeborenen vom Körper der Schwangeren spricht viel dafür, dass das Lebensrecht pränatal mit geringerem Schutz zum Tragen kommt als für den geborenen Menschen (Kapitel 5.2.1, S. 13).

Weiterhin werden die »Menschenwürdegarantie« des Embryos/Fetus, die »Grundrechte der Schwangeren und von Dritten« und die »Auflösung des Güterkonflikts« debattiert. Damit ist der Konflikt zwischen dem Lebensrecht des Ungeborenen und den Grundrechten der Schwangeren gemeint.

»Bei einem Konzept des pränatal gestuften oder kontinuierlich anwachsenden Lebensschutzes nimmt die Schutzintensität des Lebensrechts mit fortschreitender embryonaler/fetaler Entwicklung zwischen Nidation und Geburt zu. In beiden Fällen gilt das Lebensrecht des Fetus ab extrauteriner Lebensfähigkeit mit starkem Schutz und ab Geburt mit vollem Schutz« (Kapitel 5.2.4., S. 14).

Infolge dieser Gesichtspunkte ist nach Ansicht der Kommission vor allem zwischen der Frühphase und der Spätphase der Schwangerschaft zu differenzieren:

- Frühphase der Schwangerschaft: In den ersten Schwangerschaftswochen nach der Nidation treten die Belange des Embryos/Fetus hinter den Grundrechten der Schwangeren zurück. In der Frühphase der Schwangerschaft hat das Lebensrecht des Ungeborenen eher geringeres Gewicht; gleichzeitig genießt das Verlangen der Frau nach einer Beendigung der Schwangerschaft starken grundrechtlichen Schutz. Der Frau steht in dieser Schwangerschaftsphase ein Recht auf Schwangerschaftsabbruch zu. Der Schwangerschaftsabbruch ist daher in der Frühphase der Schwangerschaft – anders als bislang – entsprechend der Ergebnisse der Kommission rechtmäßig zu stellen.

- Spätphase der Schwangerschaft: Ab extrauteriner Lebensfähigkeit des Fetus ist es umgekehrt, dann kommt dem Lebensrecht des Fetus grundsätzlich Vorrang vor den Grundrechten der Schwangeren zu. Denn in dieser Spätphase der Schwangerschaft gilt Art. 2 Absatz 2 Satz 1 GG mit starkem Schutz, während die grundrechtlichen Belange der Schwangeren wegen der kürzer verbleibenden Dauer der Schwangerschaft vergleichsweise geringes Gewicht haben. Der Fetus ist in dieser späten Schwangerschaftsphase grundsätzlich weiter bis zur Geburt auszutragen. Der Gesetzgeber muss den Schwangerschaftsabbruch in dieser Spätphase daher grundsätzlich als rechtswidrig erachten.

- Ausnahmen gelten bei Unzumutbarkeit der Fortsetzung der Schwangerschaft für die Frau. Dann kehrt sich das Ergebnis der grundrechtlichen Güterabwägung um und der Schwangerschaftsabbruch ist rechtmäßig.

Eine solche Unzumutbarkeit ist insbesondere in Fällen der medizinischen Indikation gegeben, wenn die Schwangerschaft eine Lebensgefahr oder schwerwiegende Gesundheitsgefahr für die Schwangere begründet, die sich nicht auf andere zumutbare Weise abwenden lässt (Kapitel 5.3, S. 15).

Die Kommission weist auf den Bedarf einer Neuregelung dieser medizinischen Indikation hin. »Sie erscheint problematisch in Konstellationen, in denen die Gefahr für die Frau nicht in einem akuten lebens- oder gesundheitsbedrohenden Befund besteht, der durch die Schwangerschaft selbst bewirkt wird, sondern aus den Belastungen durch die Verantwortung für das Kind nach der Geburt resultiert. Solche Belastungen können insbesondere bei einem pränataldiagnostisch auffälligen embryo- bzw. fetopathischen Befund entstehen, der gegenwärtig einen »Unterfall« der medizinischen Indikation darstellt (§ 218a Absatz 2 StGB).

Es fehlen gesetzliche Kriterien zur Beurteilung der Frage, unter welchen Voraussetzungen bei einem pränataldiagnostisch auffälligen Befund ein Schwangerschaftsabbruch durch Fetozid bei extrauteriner Lebensfähigkeit des Fetus zulässig ist oder sich Belastungen durch die Verantwortung für das Kind nach der Geburt zumutbar dadurch abwenden lassen, dass die Frau das Kind zur Welt bringt und ggf. zur Adoption freigibt« (ebd.).

Abschließend wird die Frage aufgeworfen, wie sich ein Schwangerschaftsabbruch bei schwerwiegenden Schädigungen des Fetus mit dem Verbot der Diskriminierung wegen einer Behinderung gesetzlich regeln lässt.

6. Völker- und europarechtlicher Rahmen und seine verfassungsrechtlichen Implikationen

Neben nationalem Verfassungsrecht finden auch EU- sowie völkerrechtliche Regelungen Beachtung, die im Rahmen einer zukünftigen Reform zu berücksichtigen sind. Weder das Völkerrecht noch das Europarecht (z. B. Europäische Menschenrechtskonvention EU-Grundrechtecharta) enthalten eine verbindliche Pflicht zur Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs.

Es gibt keine menschenrechtliche Verpflichtung, Abbrüche vollständig zu legalisieren. Dennoch ergibt sich aus internationalen Menschenrechtsverträgen ein menschenrechtlicher Rahmen, der nationale Regelungen beeinflusst.

Dazu gehören der Schutz der körperlichen und psychischen Gesundheit der Schwangeren, der Zugang zu nichtdiskriminierender medizinischer Versorgung, die Achtung der Privatsphäre und Autonomie.

Vertragsausschüsse der UN (z. B. Menschenrechtsausschuss, Frauenrechtskonvention) und der Europarat fordern zunehmend eine vollständige Entkriminalisierung. Diese Empfehlungen sind nicht rechtlich bindend, erzeugen aber eine hohe Argumentations- und Rechtfertigungslast, wenn nationale Gesetzgeber davon abweichen.

Internationale menschenrechtliche Entwicklungen müssen in die verfassungsrechtliche Auslegung einbezogen werden. Das Bundesverfassungsgericht ist gehalten, völker- und europarechtliche Entwicklungen »schonend« in das deutsche Rechtssystem zu integrieren.

7. Rechtsvergleichende Impulse – Schwangerschaftsabbruch in anderen Ländern

Der Abschlussbericht analysiert im siebten Kapitel, wie andere Länder den Schwangerschaftsabbruch handhaben – von teilweiser bis zu vollständiger Entkriminalisierung – und leitet daraus Impulse für eine mögliche Neuregelung in Deutschland ab.

Viele Länder haben den Schwangerschaftsabbruch entkriminalisiert oder aus dem Strafrecht herausgelöst. Ein zeitlich befristetes Alleinentscheidungsrecht der Frau, meist bis Ende des ersten Trimenons, gilt etwa in Belgien, Finnland, Italien und Norwegen. In Island, Kolumbien, Neuseeland, den Niederlanden, in einigen Staaten der USA und in Australien haben Schwangere das Alleinentscheidungsrecht über einen Abbruch bis zum Eintritt der extrauterinen Lebensfähigkeit des Embryos. Die Kommission kommt zu dem Schluss, dass sich ein »deutlicher Trend zur Liberalisierung« des Rechts zum Schwangerschaftsabbruch (Kapitel 7.2), zur Entkriminalisierung und zur Stärkung reproduktiver Rechte zeige.

Als Begründungen für die (Teil-)Entkriminalisierung gelten der Schutz der körperlichen und psychischen Gesundheit der Schwangeren, die Anerkennung der reproduktiven Selbstbestimmung als Menschenrecht und die Vermeidung von Stigmatisierung und Kriminalisierung medizinischer Leistungen.

Die internationale Entwicklung zeigt, dass eine verfassungs- und menschenrechtskonforme Regelung auch außerhalb des Strafrechts möglich ist. Deutschland kann von diesen Modellen lernen, muss aber

eigene verfassungsrechtliche Rahmenbedingungen beachten, so die Schlussfolgerung in Kapitel 7.7.

8. Empfehlungen für die mögliche Neuregulierung des Schwangerschaftsabbruchs

Die Arbeitsgruppe 1 der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin hat einstimmig folgende Empfehlungen zur Regelung des Schwangerschaftsabbruchs beschlossen:

Um Schwangerschaftsabbrüche zu vermeiden, sollten Maßnahmen zur Verhinderung ungewollter Schwangerschaften ergriffen werden. Aufklärungs- und Präventionsmaßnahmen sollen gestärkt werden. Dazu gehört u.a., den kostenfreien Zugang zu Verhütungsmitteln auch nach dem Ende des 22. Lebensjahres zu ermöglichen.

Für die rechtliche Regulierung des Schwangerschaftsabbruchs werden, ausgehend von verfassungs-, europa- und völkerrechtlichen Vorgaben, von ethischen Überlegungen und unter Berücksichtigung medizinischer und psychosozialer Aspekte sowie der Versorgungssituation für schwangere Frauen, Empfehlungen formuliert, die im Folgenden zusammengefasst werden.

In der Frühphase der Schwangerschaft (erste Wochen nach Nidation) sollte der Gesetzgeber den Schwangerschaftsabbruch mit Einwilligung der Frau erlauben (Rechtmäßigkeit und Straffreiheit).

Soweit der Gesetzgeber den Schwangerschaftsabbruch als rechtmäßig ansieht, ist sicherzustellen, dass Frauen den Abbruch zeitnah und barrierefrei in gut erreichbaren Einrichtungen mittels der von ihnen jeweils gewünschten und medizinisch empfohlenen Methode durchführen lassen können (S. 23–24).

Zur Regelung des Schwangerschaftsabbruchs in der mittleren Phase der Schwangerschaft führt die Kommission aus, dass der Gesetzgeber hier einen Gestaltungsspielraum hat. Insofern er Schwangerschaftsabbrüche in dieser Phase untersagt, sollten wie bisher Ausnahmeregelungen vorgesehen sein, zum Beispiel bei einer Gesundheitsgefahr der Schwangeren oder in Fällen kriminologischer Indikation.

In der Spätphase ab extrauteriner Lebensfähigkeit des Fetus sollte der Gesetzgeber den Schwangerschaftsabbruch grundsätzlich nicht erlauben. Unter welchen Umständen auch hier Ausnahmeregelungen vorgesehen werden sollten, wird in Kapitel 9.3.2 behandelt.

Die Kommission empfiehlt konsistente Folgeregelungen auf allen Rechtsgebieten (9.4). Soweit der Gesetzgeber das Recht auf einen Schwangerschaftsabbruch einräumt, darf er eine Beratungspflicht für die Frau (mit oder ohne eine Wartezeit) vorsehen, muss dies aber nicht (Gestaltungsspielraum).

»Die Beratung muss ergebnisoffen erfolgen und darf nicht dem Ziel dienen, die Frau zur Fortsetzung der Schwangerschaft zu bewegen oder ihr bewusst zu machen, dass ein Schwangerschaftsabbruch nur in Ausnahmesituationen in Betracht kommt. Verzichtet der Gesetzgeber auf eine Beratungspflicht, sollte er ein flächendeckendes, niedrigschwelliges, barrierearmes und vielsprachiges Beratungsangebot vorhalten, das Frauen kostenfrei und im Wege eines Rechtsanspruchs zur Verfügung steht. Der Gesetzgeber sollte erwägen, bei einem freiwillig wahrzunehmenden Beratungsangebot eine Informationspflicht für Ärzt_innen gegenüber ihren Patientinnen über das bestehende Beratungsangebot vor jedem Schwangerschaftsabbruch festzulegen« (Kapitel 9.5, S. 25).

Nicht selbstbestimmte und unsichere Abbrüche müssen unter Strafe gestellt werden (Kapitel 9.6).

9. Fazit und aktueller Stand

Seit Jahrzehnten wird in Deutschland die Beendigung unbeabsichtigter und ungewollter Schwangerschaften diskutiert. Eine repräsentative Bevölkerungsbefragung des Meinungsforschungsinstituts Civey im Auftrag des BMBFSFJ im März und April 2024 in der bundesdeutschen Gesamtbevölkerung

(ab 18 Jahren; Stichprobe = 5 000) ergab, dass 80 % der Befragten es falsch finden, dass ein Schwangerschaftsabbruch rechtlich als Straftat gilt. 75 % sprachen sich dafür aus, dass Schwangerschaftsabbrüche nicht mehr im Strafgesetzbuch geregelt sein sollten.

Die Expertenkommission empfahl ausdrücklich die Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs und urteilte, dass die grundsätzliche Rechtswidrigkeit des Schwangerschaftsabbruchs »nicht haltbar« sei. Der Schwangerschaftsabbruch bis zur 12. Woche p. c. solle rechtmäßig sein, er solle aus dem Strafrecht herausgelöst und im Gesundheitsrecht geregelt werden. Die Beratung müsse freiwillig und ergebnisoffen sein. Der Fokus solle auf der Selbstbestimmung der Frau liegen. Schließlich sollten Schwangerschaftsabbrüche Regelleistung der Krankenkassen werden. Die Regelungen im Strafgesetzbuch hielten einer »verfassungsrechtlichen, völkerrechtlichen und europarechtlichen Prüfung« nicht stand.

Im Juni 2025 hat sich auch das höchste ärztliche Gremium, der Deutsche Ärztetag, für eine Entkriminalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen und für ein Fortbestehen der Beratungspflicht ausgesprochen.

Die Rechtslage in Deutschland ist einstweilen nach wie vor unverändert: Ein Schwangerschaftsabbruch ist in Deutschland für alle Beteiligten straffrei, wenn er nach der Beratungsregelung erfolgt (§ 218a Absatz 1 StGB) oder wenn es einen medizinischen oder kriminologischen Grund für den Abbruch gibt (§ 218a Absatz 2 und 3 StGB) .

Der Reformantrag einer fraktionsübergreifenden Gruppe von 240 Abgeordneten vom 14. November 2024 (https://server.bundestag.de/btd/20/137/2013775.pdf) ist gescheitert, da er nicht mehr vor der letzten Bundestagswahl verabschiedet werden konnte. Die Debatte um § 218 StGB ist mehr als eine juristische Frage – sie berührt Grundwerte wie Selbstbestimmung, Lebensschutz, Gleichberechtigung und gesellschaftliche Verantwortung. Sie dürfte auch weiterhin ein wichtiges Thema bleiben, wie unter anderem die Ergebnisse der repräsentativen Befragung erwarten lassen.

Autorin

Zusammenfassung und Fazit von **Heike Lauer,** freie Journalistin und Redakteurin des FORUMs Sexualaufklärung und Familienplanung.
Kontakt: heike-lauer@t-online.de

Zitierweise

Lauer, H. (2025). Die Arbeit der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin. Zusammenfassung und Fazit. *FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung: Informationsdienst des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG),* 2, 15–21. https://doi.org/10.17623/BIOEG_SRH:forum_2025-2_reproduktive-Selbstbestimmung

Wo suchen und finden ungewollt Schwangere Rat?

Laura Olejniczak, Daphne Hahn, Tilmann Knittel, Maria Schneider, Rona Torenz

Welche Informationen suchen Frauen, die eine ungewollte Schwangerschaft austragen? Wie unterscheiden sich ihre Informationsbedarfe gegenüber gewollt Schwangeren? Welche Informationsquellen und Beratungsangebote werden als hilfreich erfahren? Befragungsdaten der »ELSA«-Studie geben hier Aufschluss und unterstreichen die besondere Bedeutung der Beratungsstellen bei ungewollter Schwangerschaft.

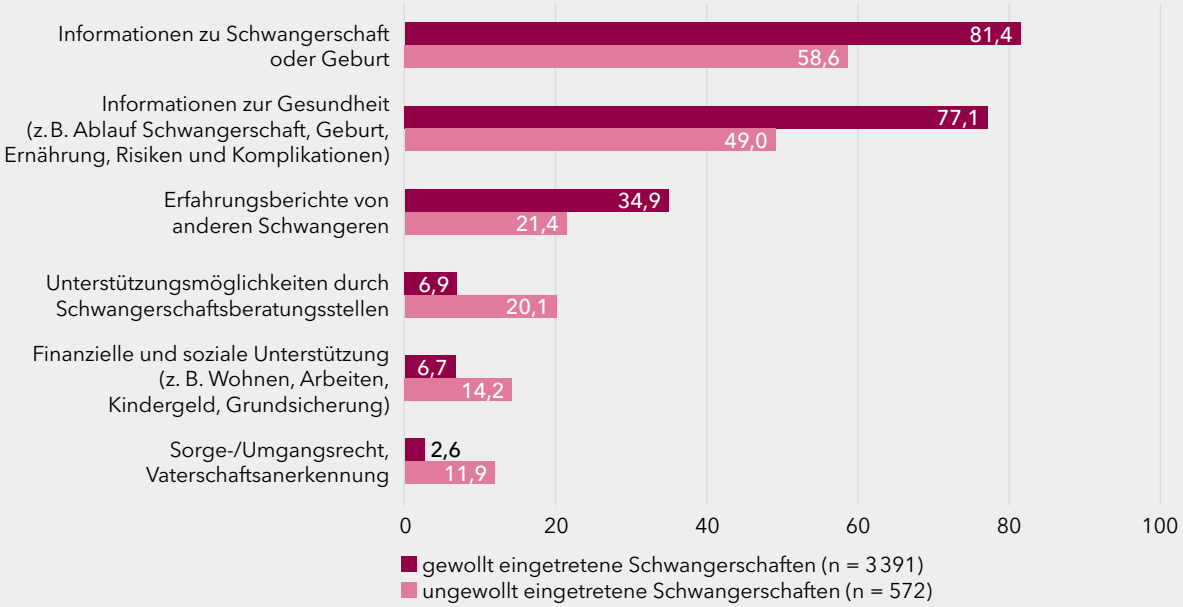
Bei ungewollt eingetretenen Schwangerschaften stellt sich die Herausforderung einer umfassenden sowie einfach und schnell zugänglichen Information in besonderer Weise. Frauen, die einen Abbruch der Schwangerschaft in Erwägung ziehen oder beabsichtigen, sind – nicht nur – wegen der gesetzlichen Regelungen auf zeitnah verfügbare Informationen angewiesen, um eine informierte Entscheidung und erforderliche organisatorische Vorbereitungen treffen zu können. Frauen, die sich zum Austragen einer ungewollt eingetretenen Schwangerschaft entschließen – auf die sich der Fokus dieses Artikels richtet –, stehen gleichermaßen vor drängenden Herausforderungen bei der Informationssuche. Anders als bei beabsichtigten Schwangerschaften müssen bei diesen ungewollten Schwangerschaften innerhalb kurzer Zeit medizinische, rechtliche und finanzielle Informationen sowohl für die Phase der Schwangerschaft als auch für die folgende (Klein-)Kindphase beschafft werden. Eine umfassende Informiertheit während einer Schwangerschaft zeigt nachweislich positive Auswirkungen auf die Gesundheit von Mutter und Kind (Coglianese et al., 2020; Shieh, Broome & Stump, 2010; Song, Cramer, McRoy & May, 2013). Die Wichtigkeit des Zugangs zu Informationen für werdende Mütter wurde auch 2017 im Nationalen Gesundheitsziel »Gesundheit rund um die Geburt« vom Kooperationsverbund gesundheitsziele.de betont (Bundesministerium für Gesundheit, 2017). Die Daten der »ELSA«-Studie ermöglichen einen genaueren Blick, wie die Informationssuche bei den Betroffenen erfolgt.

Die Befragung von Frauen in der »ELSA«-Studie

Die Datengrundlage dieses Beitrags bildet eine repräsentative Befragung von Frauen, die im Rahmen der Studie »Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer – Angebote der Beratung und Versorgung (ELSA)« durchgeführt wurde. Ziel der Studie war es, Erkenntnisse über die sozialen und gesundheitlichen Belastungen und Ressourcen von Frauen, die ungewollt schwanger sind und diese Schwangerschaft austragen oder abbrechen, zu gewinnen. Zudem sollte ergründet werden, wie die Unterstützung und Versorgung, die sie erfahren, die Verarbeitungsprozesse befördern oder erschweren. Die multimethodisch angelegte Studie wurde vom Bundesministerium für Gesundheit aufgrund eines

ABBILDUNG 1

GESUCHTE INFORMATIONEN NACH DEM BEMERKEN DER SCHWANGERSCHAFT
Frauen mit gewollt und ungewollt eingetretenen Schwangerschaften, in Prozent



Befragte mit ausgetragener Schwangerschaft, Mehrfachnennung möglich
Quelle: »ELSA«-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Beschlusses des Deutschen Bundestags gefördert und von einem multidisziplinären Forschungsverbund von sechs Hochschulen und Universitäten unter Leitung der Hochschule Fulda von 2020 bis 2024 durchgeführt. Der Abschlussbericht der »ELSA«-Studie ist online verfügbar (Hahn et al., 2024).

Eine der vielfältigen empirischen Methoden der »ELSA«-Studie bildete eine für Deutschland repräsentative Befragung von Müttern mit Kind im Alter unter sechs Jahren. Anhand einer Zufallsauswahl von Adressen der Einwohnermeldeämter wurde zur Teilnahme an einer Online-Befragung eingeladen, an der sich über 4 400 Mütter, darunter 572 Frauen mit ungewollt eingetretenen Schwangerschaften, beteiligten. Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen wurden zusätzlich noch über weitere Kontaktwege, insbesondere über Gynäkologiepraxen, gewonnen. Die Befragung wurde von Dezember 2021 bis September 2022 durchgeführt.

Informationsbedarfe ungewollt Schwangerer

In der »ELSA« Befragung richtete sich der Fokus bei den Fragen zur Informationssuche auf die Zeit unmittelbar nach dem Bemerken einer Schwangerschaft. Die Informationsbedarfe der befragten Frauen mit ungewollt eingetretener ausgetragener Schwangerschaft betrafen am häufigsten den Themenbereich Schwangerschaft und Geburt (59 %, siehe Abbildung 1). Von knapp der Hälfte (49 %) der ungewollt Schwangeren wurden an zweiter Stelle gesundheitsbezogene Informationen, etwa zum Ablauf von Schwangerschaft und Geburt, zur Ernährung oder auch zu Risiken und Komplikationen gesucht. Erfahrungsberichte von anderen Schwangeren wurden von knapp jeder vierten ungewollt Schwangeren gesucht.

Im Vergleich zu gewollten Schwangerschaften zeigen sich bei ungewollt eingetretenen Schwangerschaften deutliche Unterschiede bei der Informationssuche. Informationen zu Schwangerschaft und Geburt und gesundheitsbezogene Informationen wurden von gewollt schwanger gewordenen Frauen deutlich häufiger gesucht als von Frauen mit ungewollt eingetretener Schwangerschaft (77 % gegenüber 49 %, siehe Abbildung 1). Informationen zu Schwangerschaft und Geburt suchten insgesamt 81 % der Frauen mit gewollten Schwangerschaften, bei Befragten mit ungewollt eingetretener Schwangerschaft waren es 58 %. Erfahrungsberichte anderer Schwangerer wurden ebenfalls häufiger von Frauen mit gewollt eingetretenen Schwangerschaften als von Frauen mit ungewollt eingetretenen Schwangerschaften gesucht. Eine mögliche Erklärung ist, dass die aufgeführten Unterschiede mit der fehlenden Vorbereitungszeit bei ungewollt eingetretenen Schwangerschaften in Zusammenhang stehen, wobei in der »ELSA«-Befragung hierzu keine Daten erhoben wurden.

Frauen mit ungewollten Schwangerschaften suchten dagegen häufiger als gewollt Schwangere Informationen zu Unterstützungsmöglichkeiten durch Schwangerschaftsberatungsstellen (20 % gegenüber 7 %), zur finanziellen und sozialen Unterstützung (14 % gegenüber 7 %) oder auch zu familienrechtlichen Fragen wie Sorge- und Umgangsrecht oder Vaterschaftsanerkennung (12 % gegenüber 3 %). Einzuordnen sind diese Unterschiede der Interessen bei der Informationssuche vor dem Hintergrund, dass sich ungewollt schwangere Frauen erheblich häufiger als Frauen mit gewollten Schwangerschaften in ungünstigen Lebenslagen für eine Familiengründung oder -erweiterung befinden. Die Lebenssituationen ungewollt Schwangerer sind häufiger etwa durch berufliche und finanzielle Unsicherheit oder krisenhafte Partnerschaften geprägt, wie die »ELSA«-Ergebnisse in Übereinstimmung mit der Studie »frauen leben 3« zeigen (Knittel & Olejniczak, 2023).

Die Entscheidung, eine ungewollt eingetretene Schwangerschaft auszutragen, wird zumeist zu einem frühen Zeitpunkt getroffen. Für eine Mehrheit (59 %) der befragten Frauen, die eine ungewollte Schwangerschaft ausgetragen haben, stand es von Beginn an fest, dass sie die Schwangerschaft nicht abbrechen (ohne Abbildung). 39 % der Befragten, die eine ungewollt eingetretene Schwangerschaft ausgetragen haben, hatten einen Schwangerschaftsabbruch in Betracht gezogen, die übrigen 2 % konnten oder wollten hierzu keine Angaben machen. Auch von den Frauen, die einen Abbruch in Erwägung gezogen hatten, suchte weniger als ein Drittel eine staatlich anerkannte Schwangerschaftskonfliktberatung auf. Unterstützung bei der Entscheidung zu bekommen, die Schwangerschaft abzubrechen oder auszutragen, ist damit für eine große Mehrheit kein Anliegen.

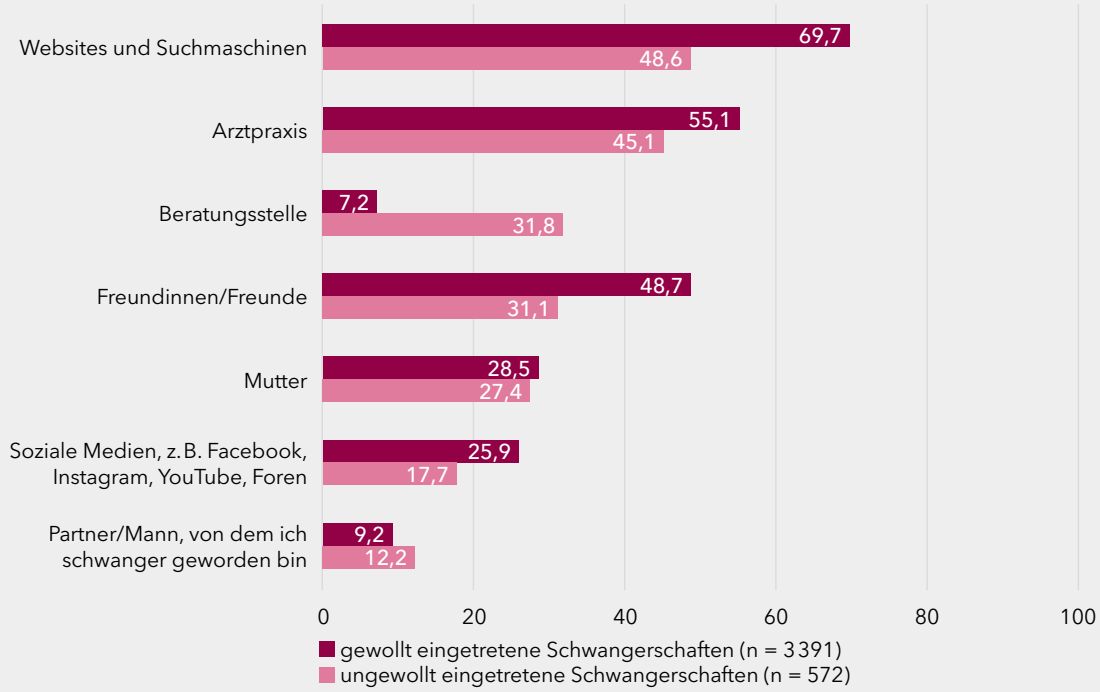
Unterschiedliche Eignung einzelner Informationsquellen

Spezifische Informationsquellen werden von ungewollt und gewollt schwanger gewordenen Frauen in unterschiedlichem Maße als hilfreich beurteilt. Allgemeine Internet-Quellen werden von ungewollt Schwangeren (mit 49 %) im Vergleich zu gewollt Schwangeren (mit 70 %) seltener als hilfreich bewertet (siehe Abbildung 2). Ein denkbarer Grund ist, dass diese Informationsangebote zu wenig spezifisch auf die Situation ungewollt Schwangerer eingehen. Auch Freundinnen und Freunde werden von Frauen mit ungewollt eingetretener Schwangerschaft seltener als geeigneter Personenkreis für Information und Austausch angesehen (31 % gegenüber 49 %). Zu vermuten ist, dass hier zum einen die Stigmatisierung ungewollt eingetretener Schwangerschaften als Barriere Wirkung zeigt (Schneider et al, 2023), zum anderen Erfahrungen mit ungewollten Schwangerschaften weniger verbreitet sind, sodass im privaten Umfeld seltener einschlägiger und hilfreicher Rat verfügbar ist.

Beratungsstellen kommt eine besondere Bedeutung zu bei der Information von Frauen, die eine ungewollt eingetretene Schwangerschaft austragen. Knapp jede dritte Befragte (32 %) mit ungewollt eingetretener Schwangerschaft bezeichnete die Beratungsstellen als hilfreiche Informationsquelle (gegenüber 7 % bei Befragten mit gewollten Schwangerschaften).

ABBILDUNG 2

HILFREICHE INFORMATIONSQUELLEN AUS SICHT GEWOLLT UND UNGEWOLLT SCHWANGERER (IN PROZENT)



Befragte mit ausgetragener Schwangerschaft, Mehrfachnennung möglich
Quelle: »ELSA«-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Im Rahmen der Befragung wurde nicht im Einzelnen erhoben, auf welche Art der Beratungsstellen sich die Bewertung bezogen hat. Die von den Befragten genannten Informationsthemen lassen jedoch den Schluss zu, dass in erster Linie Angebote von Schwangerschaftsberatungsstellen genutzt wurden. Es ist allerdings nicht auszuschließen, dass in die Bewertung der Beratungsstellen in geringem Umfang auch Besuche weiterer Beratungsangebote wie etwa eine Sozialberatung eingeflossen sind.

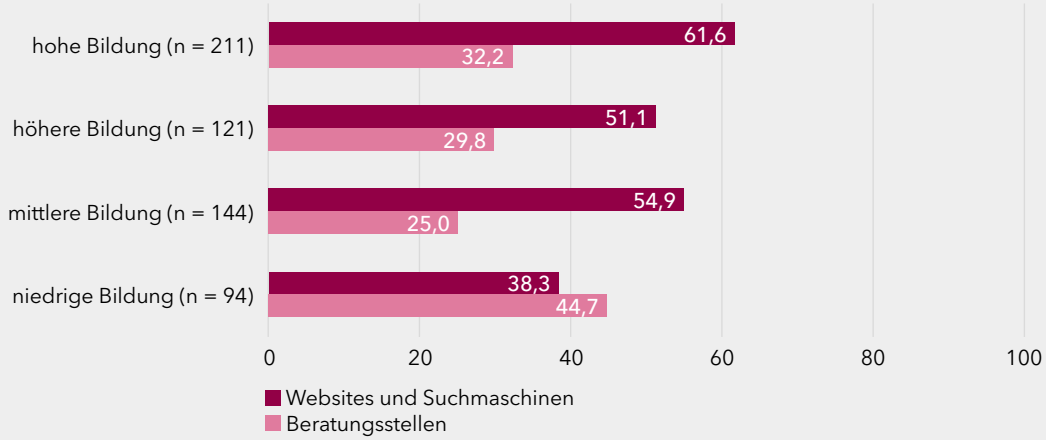
Bewertung der Eignung abhängig vom Bildungsstand

Das Angebot der Beratungsstellen wird von ungewollt Schwangeren mit hohem und niedrigem Bildungsstand in unterschiedlichem Maße als hilfreich bewertet. Befragte mit niedrigem Bildungsstand – berücksichtigt wurden hier schulische und berufliche Bildungsabschlüsse – gaben seltener als die anderen Bildungsgruppen an, hilfreiche Informationen aus Internet-Quellen erhalten zu haben. Lediglich 38 % der Befragten mit niedrigem Bildungsstatus gaben an, im Zusammenhang mit ihrer ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaft hilfreiche Informationen im Internet gefunden zu haben – bei den Befragten mit hohem Bildungsstatus lag dieser Anteil mit 62 % erheblich höher. Umgekehrt wurden die Beratungsstellen von Befragten mit niedrigem Bildungsstatus mit einem Anteil von 45 % erheblich häufiger als hilfreich erlebt als von Befragten mit mittlerem, höherem oder hohem Bildungsstatus (siehe Abbildung 3).

Auch von Befragten, die bei Eintritt der ungewollten Schwangerschaft jünger als 25 Jahre waren, wurden Beratungsstellen mit einem Anteil von 48 % über-

ABBILDUNG 3

FRAUEN MIT UNGEWOLLTEN SCHWANGERSCHAFTEN: ERHALT HILFREICHER INFORMATIONEN IM INTERNET UND BEI BERATUNGSSTELLEN NACH BILDUNGSSTAND (IN PROZENT)



Befragte mit ungewollt eingetretener ausgetragener Schwangerschaft (Websites und Suchmaschinen: Cramer V = 0,136; p = 0,002; Beratungsstellen: Cramer V = 0,136; p = 0,015)
Quelle: »ELSA«-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

durchschnittlich häufig als hilfreich erlebt. Ebenso erfuhren Befragte, die aufgrund geringen Einkommens staatliche Sozialleistungen bezogen haben oder mit einem (weiteren) Kind eine finanzielle Notlage befürchteten, überdurchschnittlich häufig Beratungsstellen als hilfreiche Informationsquelle (ohne Abbildung).

Die Ergebnisse der »ELSA«-Befragung verweisen damit auf eine hohe Relevanz der Beratungsstellen zur Deckung spezifisch mit einer ungewollten Schwangerschaft verbundenen Informationsbedarfen und bei der wirksamen Vermittlung hilfreicher Informationen an Personengruppen mit weniger umfassenden Ressourcen.

Literatur

Bundesministerium für Gesundheit (2017). *Nationales Gesundheitsziel: Gesundheit rund um die Geburt.*

Coglianese, F., Beltrame Vriz, G., Soriani, N., Piras, G. N., Comoretto, R. I., Clemente, L., Fasan, J., Cristiano, L., Schiavinato, V., Adamo, V., Marchesoni, D., & Gregori, D. (2020). Effect of Online Health Information Seeking on Anxiety in Hospitalized Pregnant Women: Cohort Study. *JMIR Medical Informatics,* 8(5), e16793. https://doi.org/10.2196/16793

Hahn, D., Helfferich, C., Böhm, M., Brzank, P., Busch, U., Knaevelsrud, Ch., Knittel, T., Krumm, S., & Schumacher, S. (2024). Abschlussbericht der Studie Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer. Angebote der Beratung und Versorgung (ELSA). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Abschlussberichte/ELSA_Abschlussbericht.pdf

Schneider, M., Eckardt, S., Torenz, R., Thonke, I., Vollmer, H., Wyrobisch-Krüger, A., & Hahn, D. (2023). Informiertheit von ungewollt schwangeren Frauen mit Abbruch in Deutschland. *Zeitschrift für Sexualforschung,* 36(04), 213–222.

Shieh, C., Broome, M. E., & Stump, T. E. (2010). Factors associated with health infor-mation-seeking in low income pregnant women. *Women & Health,* 50(5), 426–442.

Song, H., Cramer, E. M., McRoy, S., & May, A. (2013). Information needs, seeking behaviors, and support among low-income expectant women. *Women & Health,* 53(8), 824–842.

Knittel, T., & Olejniczak, L. (2023). Ungewollte Schwangerschaften im Lebenslauf – Ergebnisse der Studie »frauen leben 3«. *FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung: Informationsdienst der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA),* 1, 21–27. https://doi.org/10.17623/BZgA_SRH:forum_2023-1_beitrag_fl3_ungewollt_schwangerschaften

Autorinnen, Autoren

Laura Olejniczak, Soziologin M.A., ist wissenschaftliche Mitarbeiterin beim Sozialwissenschaftlichen Forschungsinstitut zu Geschlechterfragen Freiburg (SoFFI F.) im Forschungs- und Innovationsverbund an der Evangelischen Hochschule Freiburg und forscht u. a. zur Stigmatisierung von Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen. Kontakt: laura.olejniczak@eh-freiburg.de

Daphne Hahn, Professorin für Gesundheitswissenschaften und empirische Sozialforschung am Fachbereich Gesundheitswissenschaften der Hochschule Fulda, Leiterin des Promotionszentrums Public Health. Forschungsschwerpunkte: sexuelle und reproduktive Gesundheit (national, international), Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Geburt, Familienplanung, Prävention/Gesundheitsförderung, Gewalt und Gesundheitsversorgung. Kontakt: daphne.hahn@gw.hs-fulda.de

Tilmann Knittel, Soziologe M.A., ist Geschäftsführer des Cornelia Helfferich Instituts für Geschlechter- und Familienforschung in Freiburg und befasst sich dort mit Einflüssen auf die Familienplanung. Kontakt: knittel@cornelia-helfferich-institut.de

Maria Schneider, Hebamme B.Sc., Sexualpädagogin und Gesundheitswissenschaftlerin M.Sc., arbeitet angestellt am FPZ Balance Berlin sowie freiberuflich im Gesundheits- und Bildungsbereich. Kontakt: maria.schndr@gmx.de

Rona Torenz, Geschlechter- und Sexualwissenschaftlerin, M.A., ist wissenschaftliche Referentin bei S.I.G.N.A.L. e. V. und ehemalige wissenschaftliche Mitarbeiterin der »ELSA«-Studie. Sie forscht zu regionalen Unterschieden im Zugang zu Schwangerschaftsabbruch in Deutschland. Kontakt: rona.torenz@gw.hs-fulda.de

Zitierweise

Olejniczak, L., Hahn, D., Knittel, T., Schneider, M., & Torenz, R. (2025). Wo suchen und finden ungewollt Schwangere Rat? *FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung: Informationsdienst des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG),* 2, 22–27. https://doi.org/10.17623/BIOEG_SRH:forum_2025-2_ratschwangere

Das bundesweite Hilfetelefon »Schwangere in Not« – ein niedrigschwelliges Angebot für schwangere Personen in Krisenzeiten

Leonie Richter

Dieser Beitrag informiert über die Angebote des Hilfetelefons »Schwangere in Not«, seine Zielgruppen, die Qualifikation der Beraterinnen und Erfahrungswerte aus zehn Jahren Beratung.

Das Telefon klingelt. Eine schwangere Person meldet sich und beginnt, von ihrer Situation zu erzählen. Sie ist schwanger mit ihrem Wunschkind, doch sie merkt, dass schwanger zu sein viel anstrengender und ganz anders ist, als sie erwartet hatte. Sie fühlt sich unwohl mit den körperlichen Veränderungen und hat das Gefühl, mit ihren Empfindungen »falsch zu liegen«. Im Verlauf der Beratung stellt sich heraus, dass das Gefühl des »Falschseins« vor allem mit gesellschaftlichen Erwartungen und Zuschreibungen zum Thema Schwangerschaft zusammenhängt. Die Person spricht darüber, wie sie unter Druck steht, das aktuelle Erleben genießen zu müssen, jeden Dehnungsstreifen zu lieben und sich als schwangere Person einfach nur zu freuen. In der Beratung kann das anfangs gefühlte »Falschsein« anders verortet werden. Die Beraterin weist auf die hohen gesellschaftlichen Erwartungen und die Medien hin, die oft vorgeben, wie sich eine schwangere Person zu fühlen hat. Dabei wird der Raum dafür geöffnet, dass alle Gefühle, die in der Zeit der Schwangerschaft auftreten, ihre Berechtigung haben und ausgesprochen werden dürfen – zunächst im geschützten Rahmen des Beratungsgesprächs. Der Ratsuchenden wird die Perspektive geschildert, dass möglicherweise die Erwartungen und Projektionen, die auf sie einprasseln, nicht der Realität entsprechen. Ihr wird vermittelt, dass sie mit ihrem Empfinden nicht allein ist und dass auch andere Personen in ähnlichen Situationen negative Gefühle und Gedanken im Zusammenhang mit ihrer Schwangerschaft haben. Die Ratsuchende erfährt Entlastung durch das Aussprechen der eigenen Gedanken und macht die Erfahrung, dass alle Gefühle zu ihrer Schwangerschaft da sein dürfen.[1]

Dies ist ein Auszug aus einem emotionalen Entlastungsgespräch beim Hilfetelefon »Schwangere in Not«. Was als »Not« eingestuft wird – das obliegt den Personen, die Kontakt zum Hilfetelefon aufnehmen.

1 Den kursiv gedruckten Passagen liegen anonymisierte Fallberichte von Beraterinnen zugrunde.

Die Nachricht einer bestehenden Schwangerschaft ist für viele Menschen ein freudiges Ereignis, kann jedoch auch zu existenziellen Krisen führen. Sicher ist, dass eine Schwangerschaft zu vielen Veränderungsprozessen führt. Für die schwangere Person sind körperliche Veränderungen zu erwarten, zunächst nur spürbar und – mit Fortschreiten der Schwangerschaft – auch für andere sichtbar. Beziehungen verändern sich, die eigene Biografie wird überdacht und eine Vorstellung davon entwickelt, wie das eigene Kind aufwachsen soll. Es kann dazu kommen, dass bislang stabile Faktoren angepasst werden müssen. Möglicherweise wird ein größerer Wohnraum benötigt. Die berufliche Situation sowie deren Perspektive werden neu gedacht. Zusätzlich sind schwangere Personen sowie deren Partnerinnen und Partner durch die Gesellschaft, die Medien und das soziale Umfeld mit vielen inneren und äußeren Erwartungen konfrontiert. Kommen noch äußere Belastungsfaktoren hinzu, wie fehlende finanzielle Sicherheit, instabile Beziehungen oder familiärer Druck, kann es zu einer akuten Krise kommen. Darüber hinaus gilt die Zeit der Schwangerschaft und die Zeit nach der Geburt eines Kindes als vulnerable Phase für das erstmalige Auftreten von Gewalt in Paarbeziehungen.

Ungewollte Schwangerschaften und Schwangerschaftskonflikte bringen oftmals starke emotionale Belastungen mit sich, die durch soziale, wirtschaftliche oder partnerschaftliche Probleme verschärft werden können. Es gibt eine große Spannbreite hinsichtlich des Hintergrunds einer Schwangerschaft. Sie kann lange geplant und gewünscht sein, freudig überraschend kommen oder auch absolut unerwünscht sein. Die Schwangerschaft kann durch eine Gewalterfahrung zustande gekommen sein. Ähnlich vielfältig sind auch die Gefühle und Gedanken von Ratsuchenden, die in der Beratung des Hilfetelefons geschildert oder spürbar werden: Freude, Überraschung, Erleichterung, Selbstzweifel, Überforderung, Hoffnung, Verunsicherung, Angst, Scham und vieles mehr. Auch eine lange geplante und gewünschte Schwangerschaft kann bei schwangeren Personen und deren Umfeld phasenweise Ängste und Überforderungsgefühle auslösen. Diese Zwiespältigkeit an Empfindungen in Bezug auf die Themen Familienplanung, Schwangerschaft, Geburt und Leben mit Kind ist typisch, und gleichzeitig überrascht sie viele Personen, die sich in der Situation befinden. Insbesondere die negativen Empfindungen und Gedanken sind häufig scham- und tabubehaftet und werden nicht mit dem sozialen Umfeld geteilt. Das Hilfetelefon kann hier einen geschützten Raum bieten, in dem ratsuchende Personen das aussprechen können, was sie bewegt.

Gesetzlicher Hintergrund

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zum Ausbau der Hilfen für Schwangere und zur Regelung der vertraulichen Geburt (SchwHiAusbauG) wurde zum 1. Mai 2014 das Hilfetelefon »Schwangere in Not« beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) eingerichtet. Das Hilfetelefon bietet rund um die Uhr anonyme und kostenfreie Hilfe und Unterstützung für Schwangere, die sich in Konfliktlagen befinden, sowie für Fachkräfte und Menschen aus deren Umfeld.

Damit wird ein Ziel des SchwHiAusbauG umgesetzt, schwangere Personen mit Anonymitätswunsch schon frühzeitig auf das bestehende Hilfesystem aufmerksam zu machen. Um die Zugangsschwelle zur Hilfe durch Beratung so niedrig wie möglich zu halten, hat der Bund das Hilfetelefon eingerichtet. So können schwangere Personen in extremen Konfliktlagen jederzeit kurzfristig psychosoziale Unterstützung erhalten und an Beratungsstellen vor Ort vermittelt werden. Es gibt in Deutschland mit rund 1 600 Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen ein breit aufgestelltes Unterstützungssystem für Anliegen rund um Familienplanung, Schwangerschaft und Geburt. Das Hilfetelefon soll diese Hilfsangebote besser bekannt machen und einen Weg in das Beratungs- und Unterstützungssystem mit seiner breiten Angebotspalette ebnen.

Mit der vertraulichen Geburt schafft das SchwHiAusbauG für Personen, die eine Schwangerschaft oder Geburt verheimlichen möchten, die Möglichkeit, ihr Kind medizinisch betreut zur Welt zu bringen, ohne dass sie ihre Identität preisgeben müssen. Das vertraulich geborene Kind wird nach der Geburt zur Adoption freigegeben. Die Daten der Person, die

das Kind zur Welt gebracht hat, werden in einem sogenannten Herkunftsnachweis hinterlegt, der sicher im BAFzA aufbewahrt wird. Ab dem 16. Geburtstag hat das vertraulich geborene Kind die Möglichkeit, den Klarnamen der Mutter zu erfahren. So wird mit dem Verfahren der vertraulichen Geburt dem Recht des Kindes auf Wissen um seine Abstammung sowie den Geheimhaltungsinteressen der schwangeren Person nachgekommen.

Das Hilfetelefon »Schwangere in Not« – was bietet das Angebot?

Das Hilfetelefon ist telefonisch unter der 0800 4040020 und online per E-Mail und Chat über die Internetseite http://www.hilfetelefon-schwangere.de zu erreichen. Das Angebot kann zu jeder Tages- und Nachtzeit kontaktiert werden. Die Beratung steht rund um die Uhr, an jedem Wochentag, an Samstagen und Sonntagen sowie an Feiertagen zur Verfügung. Eine ratsuchende Person kann also immer dann Kontakt aufnehmen, wenn es für sie passend ist oder wenn sie eine akute Krise erlebt, und muss dabei keine Öffnungszeiten berücksichtigen.

Die Beratung beim Hilfetelefon findet in einem geschützten Rahmen statt. Sie ist anonym und vertraulich. In der Praxis bedeutet das, dass die ratsuchende Person ihren Namen nicht nennen muss und ihre Rufnummer nicht auf dem Telefondisplay der Beraterin erscheint. Der Anruf ist kostenfrei und der Anruf erscheint auch nicht im Einzelverbindungsnachweis der Telefonrechnung. Das Angebot der Online-Beratung bietet den hilfesuchenden Personen ein noch höheres Maß an Anonymität, da die ratsuchende Person ihre Stimme nicht offenbart. Die Beratung beim Hilfetelefon ist barrierearm. Sie kann neben Deutsch in 18 weiteren Sprachen erfolgen und bei Bedarf in Leichter Sprache und Deutscher Gebärdensprache. Die Online-Beratung des Hilfetelefons findet ausschließlich in deutscher Sprache statt.

Basierend auf der gesetzlichen Grundlage des SchwHiAusbauG wurde das Beratungskonzept für das Hilfetelefon entwickelt. Das Hilfetelefon bietet Ratsuchenden eine Erstberatung an, das heißt, das Beratungsanliegen zunächst zu erfassen oder dabei zu helfen, es zu formulieren. Die Beraterin vermittelt Ruhe und unterstützt dabei, die Situation zu sortieren, wenn Ratsuchende nicht sprechen können, wenn sie weinen oder auch gar nicht wissen, wie es für sie weitergehen kann. Bei Bedarf können erste Informationen gegeben werden, zum Beispiel dazu, wie sich herausfinden lässt, ob überhaupt eine Schwangerschaft besteht, wie eine Schwangerschaftskonfliktberatung abläuft oder was eine vertrauliche Geburt ist.

Die Beraterinnen besprechen mit den Ratsuchenden die nächsten Schritte in diesem individuellen Fall. Dazu kann gehören, den Blick für die Unterstützungsmöglichkeiten im sozialen Umfeld zu öffnen. Darüber hinaus werden das Angebot und die Arbeitsweise von Schwangerschafts(konflikt)-beratungsstellen erläutert und Ratsuchende darin bestärkt, Hilfe und Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Dabei ist es das Ziel, Vertrauen in Beratungsangebote herzustellen und eine Brücke zu der Beratung vor Ort zu bauen.

Wenn es gewünscht oder notwendig ist, kann eine Konferenzschaltung eingeleitet werden mit beispielsweise einer ratsuchenden Person, Beraterin und Beratungsstelle oder zusätzlich noch mit einer Dolmetscherin. Weitervermittelt werden die Ratsuchenden des Hilfetelefons insbesondere an Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen, an Geburtskliniken oder den Rettungsdienst. Bei Bedarf, wenn eine Geburt begonnen hat oder ein Kind schon alleine zur Welt gebracht wurde, leisten die Beraterinnen Krisenintervention und vermitteln auf Wunsch der Ratsuchenden an entsprechende Angebote vor Ort. Eine langfristige Begleitung durch die Beraterinnen des Hilfetelefons ist nicht vorgesehen, ganz gleich in welchem Fall.

Die Beraterinnen bieten ratsuchenden Personen ein unvoreingenommenes Gegenüber. Es können Fragen gestellt und Überlegungen geäußert werden, die im eigenen sozialen Umfeld nicht akzeptiert sind oder nicht platziert werden können. Zuhören, Pausen aushalten, zwischen den Zeilen lesen immer dann, wenn sich für ratsuchende Personen ein passender Moment ergibt oder eine akute Krise erlebt

wird – das ist es, was die Beratung am Hilfetelefon so besonders macht.

Die Zielgruppen

Eine ratsuchende Person meldet sich am Hilfetelefon. Sie hat vor einigen Tagen auf einem Flyer einen Hinweis auf das Hilfetelefon gesehen und sich die Nummer notiert. Sie stellt sich als Person Anfang 30 vor, die im sozialen Bereich tätig ist. Sie befindet sich in der 10. Schwangerschaftswoche und wünscht sich Informationen zum Schwangerschaftsabbruch. Erst im Laufe des Gesprächs wird deutlich, dass sie schon seit fünf Wochen von der Schwangerschaft weiß und bereits drei Mal – mit und ohne Begleitung – in einer Schwangerschaftsberatungsstelle war und über einen Beratungsschein für einen Abbruch verfügt. Ebenso geht sie zu ärztlichen Untersuchungen. Die schwangere Person kann sich nicht entscheiden, ob sie das Kind behalten möchte oder nicht. In einer Beziehung ist sie derzeit nicht.

Als Person im Alter von Anfang 30 befürchtet sie, dass dies möglicherweise ihre letzte Chance sein wird, ein Kind zu bekommen. Aber ein Kind großzuziehen ohne eine Beziehung kann sie sich nicht vorstellen. Sie selbst wuchs bei einer alleinerziehenden Person auf und möchte nicht, dass ihr Kind dasselbe erleben muss. Zum Wohle des Kindes wäre sie sogar bereit, eine Verbindung einzugehen, ohne Liebe für diese Person zu empfinden. Die ratsuchende Person hat Angst, dass ein Schwangerschaftsabbruch sehr belastend für sie sein würde und sie ihn emotional nicht verkraften könnte.

Die Beraterin ist hier ein wertneutrales Gegenüber und unterstützt dabei, den eigenen Standpunkt wahrzunehmen. Die ratsuchende Person macht die Erfahrung, nicht allein zu sein, dass ihr professionelle Hilfe zur Verfügung steht und dass es andere Ratsuchende gibt, denen es auch so geht wie ihr. Im Beratungsgespräch wird der Raum für weitere Möglichkeiten, auch jenseits eines Schwangerschaftsabbruchs, geöffnet. Am Ende des Gesprächs ist die ratsuchende Person motiviert, noch einmal die Schwangerschaftsberatungsstelle aufzusuchen – dieses Mal mit einem anderen Fokus.

Beim Hilfetelefon werden insbesondere schwangere Personen in Konfliktsituationen selbst beraten. Es melden sich auch Angehörige und Unterstützende, zum Beispiel Partnerinnen und Partner, Familienangehörige, Freundinnen und Freunde oder Kolleginnen und Kollegen. Zu den Fachkräften, die sich beim Hilfetelefon melden, gehören Mitarbeitende aus Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen, aus der Adoptionsvermittlung, aber auch medizinisches Personal und Mitarbeitende aus Standesämtern.

Es gibt zwei Zielgruppen, die konzeptionell voneinander unterschieden werden: Ratsuchende Personen mit dem Kontext einer verheimlichten Schwangerschaft, die sogenannte Kernzielgruppe, und ratsuchende Personen mit Anliegen rund um Schwangerschaft und Geburt, ohne dass eine Schwangerschaft verheimlicht wird oder wurde, die sogenannte erweiterte Zielgruppe. Das Hilfetelefon wurde für die Kernzielgruppe eingerichtet: Schwangere Personen und Personen, die ein Kind bekommen haben und dabei ihre Identität nicht preisgeben möchten, sowie deren Umfeld. Das Hilfetelefon erreichen darüber hinaus viele allgemeine Fragen rund um eine vermutete, gewünschte oder nicht gewünschte bestehende Schwangerschaft. Diese Anliegen ohne Verheimlichungswunsch werden zur erweiterten Zielgruppe gezählt. Diese Zielgruppe stellt seit dem Start des Hilfetelefons die größte Gruppe der Ratsuchenden dar.

Innerhalb der Kernzielgruppe kann es inhaltlich darum gehen, dass sich ratsuchende Personen über ihre Möglichkeiten im Kontext einer verheimlichten oder verdrängten Schwangerschaft informieren. Dabei geht es im ersten Schritt oftmals darum, sich erstmals mit dem Thema einer bestehenden Schwangerschaft einer anderen Person gegenüber zu offenbaren. Hierbei ist es für den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zu den Ratsuchenden eine wichtige Erfahrung, angenommen zu werden mit dem, was da ist, und Fragen stellen zu können, die bisher mit sich alleine ausgemacht wurden. Inhalte einer Beratung innerhalb der Kernzielgruppe können sein, bereits vorinformierte Ratsuchende in ihrem Weg zu bestärken, sich Hilfe zu holen und Rückfragen zum Verfahren der vertraulichen Geburt zu besprechen. Beraterinnen leisten auch in ganz aku-

ten Situationen Krisenintervention, wenn beispielsweise eine Geburt unmittelbar bevorsteht oder ein Kind bereits alleine zur Welt gebracht worden ist.

Im Kontakt mit Fachkräften rund um das Verfahren der vertraulichen Geburt beantworten Beraterinnen Rückfragen zum Verfahren und erklären, wenn notwendig, die zur Verfügung stehenden Informationsmaterialien. Zudem können Erfahrungswerte zu bestimmten Fragestellungen eingebracht werden.

Frühmorgens geht ein Anruf beim Hilfetelefon ein. Die anrufende Person beginnt das Gespräch mit den Worten »Ich glaube, ich habe Wehen«. Sie erzählt, dass sie seit Stunden Wasser verliere und Schmerzen habe. Im Gespräch stellt sich heraus, dass die ratsuchende Person kurz vor dem Telefonat bei der Recherche im Internet auf das Angebot der vertraulichen Geburt aufmerksam wurde und so auch vom Hilfetelefon erfahren hat. Die Person in den Wehen möchte medizinische Hilfe, kann sich allerdings nicht vorstellen, dass ein Rettungsdienst verständigt wird. Im Beratungsgespräch wird die Option besprochen, ein Taxi zu rufen. Dies ist für die ratsuchende Person vorstellbar. Sie bittet die Beraterin um telefonische Begleitung auf dem Weg ins Krankenhaus. Die Beraterin ist mit der Person im Gespräch, während diese mit dem Taxi ins Krankenhaus fährt, und auch, als sie sich nicht traut, die Person an der Pforte des Krankenhauses nach dem Weg zur geburtshilflichen Station zu fragen. Das Gespräch wird auch aufrechterhalten, als die ratsuchende Person im Eingangsbereich auf Schildern nach dem einzuschlagenden Weg sucht. Während der Aufzugfahrt bricht die Verbindung ab. Wie zuvor mit der Beraterin vereinbart, ruft die schwangere Person erneut beim Hilfetelefon an. Das wiederholt sie so lange, bis sie wieder die Beraterin mit der ihr vertrauten Stimme im Gespräch hat. Mit der Unterstützung der Beraterin gelingt es der ratsuchenden Person, eine Mitarbeitende des medizinischen Personals auf der geburtshilflichen Station anzusprechen. Das Mobiltelefon wird übergeben, sodass die Beraterin die mitarbeitende Person über die aktuelle Situation, den Wunsch nach einer vertraulichen Geburt und die anstehenden Verfahrensschritte informiert. Inzwischen ist die Uhrzeit erreicht, zu der Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen geöffnet sind. Die Beraterin leitet eine Konferenzschaltung mit der ratsuchenden Person und einer Beratungsstelle ein, so dass eine Fachkraft für die vertrauliche Geburt in das weitere Vorgehen mit einbezogen werden kann.

Die Beraterinnen

Die Erfahrungswerte aus der Praxis zeigen, wie es den Beraterinnen beim Hilfetelefon insbesondere in akuten Situationen vor, während und nach der vertraulichen Geburt eines Kindes gelingt, im Beratungskontakt ein Vertrauensverhältnis zu Ratsuchenden aufzubauen. Die Beraterinnen bieten den Menschen in akuten Krisensituationen den Raum, sich zu öffnen, stellen die in der Situation wichtigsten Informationen bereit und begleiten per Telefon oder Chat, bis Unterstützung vor Ort ist. Sie stehen für Rückfragen der Ratsuchenden und des medizinischen Personals zur Verfügung. Inzwischen arbeiten rund 100 Beraterinnen für die bundesweiten Hilfetelefone »Schwangere in Not« und »Gewalt gegen Frauen«.

Alle für die Hilfetelefone tätigen Beraterinnen sind hoch qualifizierte Fachkräfte, die ein entsprechendes Studium absolviert haben und über Erfahrungen sowie Zusatzausbildungen in der psychosozialen Beratung verfügen. Die Beraterinnen arbeiten im Wechselschichtdienst. Sie sind in Früh-, Tag-, Spät- und Nachtschichten eingeteilt. Dabei überlappen sich die Zeitfenster, sodass die Dienste bedarfsgerecht aufgestellt sind, um auch Spitzen am Telefon oder in der Online-Beratung bedienen zu können.

Jeder Beraterin im BAFzA steht ein separater Raum zur Verfügung, sodass die Beratungen in einem vertraulichen und geschützten Rahmen stattfinden können. Die Beraterinnen arbeiten mit einer Wissens- und Adressdatenbank und dokumentieren die Beratungen. Dabei wird nur dokumentiert, was die ratsuchenden Personen erzählen. Seitens der Beraterinnen werden keine zusätzlichen Informationen oder Daten abgefragt.

Zur Sicherung der Beratungsqualität stehen auch im Wechselschichtdienst Zeitfenster für Supervisio-

nen, Fortbildungen sowie interne Besprechungen zu den unterschiedlichen fachlichen Themen innerhalb des Teams zur Verfügung. Vor dem Beginn der Beratungstätigkeit finden für alle neuen Kolleginnen umfassende Schulungen zu der Vielzahl an relevanten Themen statt.

Erfahrungswerte – zehn Jahre Hilfetelefon »Schwangere in Not«

Das Hilfetelefon wird per Telefon- sowie über die Online-Beratung zu jeder Tages- und Nachtzeit kontaktiert. Rund die Hälfte der Beratungen finden außerhalb der regulären Öffnungszeiten von Beratungsstellen statt.

Insgesamt erreicht das Hilfetelefon alle oben genannten Zielgruppen zu den verschiedensten Problemlagen. Hilfesuchende Personen nehmen Erstinformationen, Krisenintervention und Weitervermittlung in Anspruch. Das Angebot wird damit den Erwartungen entsprechend angenommen.

Thematisch erstrecken sich die Anliegen der Rat suchenden Personen von Aspekten rund um eine Schwangerschaft über verheimlichte und/oder verdrängte Schwangerschaften bis hin zu Kontakten in akuten Situationen, wenn die Geburt bereits begonnen hat. Die meisten Beratungskontakte finden mit der erweiterten Zielgruppe statt. Das größte Themenfeld in der Beratung bilden in dieser Zielgruppe Anliegen zu Schwangerschaftskonflikten, oder Schwangerschaftsabbruch. Diese Beratungsinhalte stellen in einem Zeitraum von zehn Jahren[2] rund 30 % der Beratungskontakte von ratsuchenden Personen dar. Das Thema Schwangerschaftsvermutung kommt in rund 15 % aller Beratungskontakte innerhalb der erweiterten Zielgruppe auf.

Innerhalb der Kernzielgruppe suchten 2 243 Personen mit einem eigenen Verheimlichungsanliegen in Bezug auf eine Schwangerschaft oder Geburt Unterstützung beim Hilfetelefon. In 1 294 Fällen nahmen Fachkräfte in der Kernzielgruppe Kontakt mit dem Hilfetelefon auf. In 267 Fällen meldeten sich Unterstützende. Krisenintervention und konkrete Unterstützung war in 198 akuten Krisensituationen gefragt, in denen die Geburt bereits begonnen hatte, sowie in 80 Fällen, in denen das Kind gerade geboren worden war.

Seit dem Start des Hilfetelefons 2014 ist die Zahl der Beratungskontakte bis zum Ende der Corona-Pandemie kontinuierlich gestiegen. Für die erweiterte Zielgruppe wurden in diesem Zeitraum 54 927 Beratungen durchgeführt. Während der Corona-Pandemie erreichte sie ihren Höchststand. Der Anstieg der Beratungskontaktzahlen macht sich ausschließlich in der erweiterten Zielgruppe bemerkbar. Die Zahl der Beratungskontakte innerhalb der Kernzielgruppe ist über die Jahre konstant geblieben.

Autorin

Leonie Richter, Diplom-Pädagogin und Systemische Familientherapeutin (DGSF), ist Fachbereichsleiterin bei den Hilfetelefonen »Gewalt gegen Frauen« und »Schwangere in Not«
Kontakt: leonie.richter@bafza.bund.de

Zitierweise

Richter, L. (2025), Das bundesweite Hilfetelefon »Schwangere in Not« – ein niedrigschwelliges Angebot für schwangere Personen in Krisenzeiten. *FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung: Informationsdienst des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG),* 2, 28–33. https://doi.org/10.17623/BIOEG_SRH:forum_2025-2_hilfetelefon

2 Auswertungszeitraum 2015 bis 2024

Blended Counseling als Zukunftsmodell der Schwangerschaftsberatung – Erkenntnisse aus dem Projekt »Blende(n)d beraten!«

Robert Lehmann, Andrea Braun, Petra Goertz, Sigrid Zauter

Die Integration digitaler Kommunikationskanäle in psychosoziale Beratungskontexte hat in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen, insbesondere im Feld der Schwangerschaftsberatung. Dies ist nicht nur Ausdruck technischer Innovationen, sondern vor allem eine Antwort auf veränderte Lebensrealitäten, Kommunikationsgewohnheiten und die Notwendigkeit, neue Zugänge zu Beratung für diverse und zunehmend schwer erreichbare Zielgruppen zu schaffen (Lehmann, 2020). Um die Vorteile dieser Technologie zu erschließen, wurde das Projekt »Blende(n)d beraten! Digitale Beratungsformate in der Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatung in Hessen« (Zeitraum 1.11.2022 bis 31.12.2024) durchgeführt. Es stand in der Trägerschaft der Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen e.V. und wurde vom Hessischen Ministerium für Digitalisierung und Innovation (HMD) und dem Hessischen Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege (HMFG) gefördert. Wissenschaftlich begleitet wurde das Projekt vom Institut für E-Beratung (IEB) der Technischen Hochschule Nürnberg Georg Simon Ohm (THN).

Im Folgenden sollen die Ergebnisse des Projekts so aufbereitet werden, dass auch andere Bundesländer oder Träger die Chance bekommen, ihr Beratungsangebot um digitale Kanäle zu erweitern. Dazu wird zunächst kurz auf die theoretische Grundlage, das Konzept des Blended Counseling, eingegangen. Daran anschließend werden die konkreten Maßnahmen aus dem Projekt »Blende(n)d beraten!« sowie das Vorgehen der wissenschaftlichen Begleitung vorgestellt. Den Abschluss bildet eine kompakte Darstellung der wichtigsten Erkenntnisse aus dem Projekt und abschließende Gedanken zur zukünftigen Gestaltung digitaler Beratung.

Theoretischer Hintergrund zu Blended Counseling

Der Begriff »Blended Counseling« bezeichnet eine systematische, konzeptionell fundierte und passgenaue Kombination von analogen und digitalen Beratungsformaten im Rahmen eines kontinuierlichen Beratungsprozesses. Dabei steht die Qualität der Kommunikation im Vordergrund, nicht die technische Infrastruktur an sich (Hörmann & Engelhardt, 2022). Bereits vor der COVID-19-Pandemie war die Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen, etwa sozioökonomisch benachteiligter oder körperlich eingeschränkter Personen, ein strukturelles Problem im deutschen Beratungssystem (Zauter & Lehmann, 2021). Die alleinige Ausrichtung auf Präsenzangebote stellt in solchen Fällen eine Hürde dar, der mit dem Konzept des Blended Counseling entgegengewirkt werden kann, wie es z. B. auch im Projekt »HeLB – Helfen. Lotsen. Beraten.« des donum vitae Bundesverbands gezeigt werden konnte (Bradl et al., 2024).

Blended Counseling ermöglicht durch die Kombination verschiedener digitaler und analoger Beratungsmethoden eine flexible, an die jeweilige Lebenssituation angepasste Gestaltung des Beratungsprozesses. Während synchrone digitale Formate wie Video- oder Chatberatung direkte Interaktion ermöglichen, bieten asynchrone Formate wie Mailberatung zeitliche Unabhängigkeit und ermöglichen eine intensivere Reflexion. Diese Medienvielfalt erlaubt es, verschiedene Beratungsphasen methodisch differenziert zu gestalten (Hörmann, 2023). Dabei kann der bewusste Wechsel zwischen Kommunikationsformen selbst als Intervention verstanden werden, etwa, um Gesprächsdynamiken zu verändern, Kommunikationshemmnisse abzubauen oder die Autonomie der Ratsuchenden zu stärken (Risau, 2023).

Zugleich erfordert Blended Counseling auf Seiten der Beratenden spezifische fachliche und medienbezogene Kompetenzen. Die Wirksamkeit des Ansatzes hängt entscheidend davon ab, ob Beratende den Wechsel der Formate gezielt einsetzen können und über ein entsprechendes konzeptionelles Fundament verfügen (Camenzind et al., 2023; Hörmann et al., 2019). Der methodische Einsatz hybrider Settings muss dabei stets in einem übergeordneten Beratungskonzept verankert sein.

Ein sinnvoller, zielgruppenorientierter Einsatz des Blended Counseling verlangt also eine konsequente Weiterentwicklung bestehender Beratungskonzepte sowie eine strukturelle und finanzielle Absicherung digital gestützter Formate. Nur unter diesen Bedingungen kann Blended Counseling sein volles Potenzial entfalten.

Umsetzung von Blended Counseling konkret

Die Wohlfahrtsverbände in Hessen sind überwiegend die Träger der Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen im Land. Verbandsübergreifend haben sich die Verbände (Caritas, Diakonie, Parität, AWO und DRK) verständigt, Blended Counseling in den rund 80 Beratungsstellen einzuführen, die nach dem Hessischen Ausführungsgesetz zum SchKG (HAGSchKG) in freier Trägerschaft gefördert werden. Ziel des Projekts im Zeitraum Dezember 2022 bis Dezember 2024 war, Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen konzeptionell, methodisch, technisch und organisatorisch zu befähigen, digitale Beratungsangebote auf- und auszubauen und diese sinnvoll mit Formen der Präsenzberatung zu verknüpfen. Die beteiligten Einrichtungen sollten

die Möglichkeit erhalten, sich für diese Beratungsmethode zu empowern, um ihre Beratungsleistung in den digitalen Raum zu erweitern. Die Fördermittelgeber hatten die strategische Chance erkannt, in einem trägerübergreifenden Projekt den wachsenden Bedarf an digitalen und niedrigschwelligen Zugängen zu Beratungsleistungen zu erproben und für die Ratsuchenden qualitativ weiterzuentwickeln.

Die Projektumsetzung durchlief insgesamt fünf Phasen, in denen das IEB und das Bündnis der Wohlfahrtsverbände – die Liga Hessen – eng miteinander kooperierten.

In der Gründungsphase wurde von der Liga Hessen ein begleitender Beirat gebildet, um die Kommunikation zwischen Projektleitung, Fachreferentinnen der Verbände, dem Land Hessen und dem IEB zu strukturieren, Verantwortlichkeiten zu definieren und einen Projektplan zu erarbeiten. Eine Homepage wurde aufgebaut, um die vielfältige und nutzerorientierte Kommunikation und Dokumentation der Ergebnisse in den verschieden Projektphasen gut zugänglich zu machen. Die Projektleitung in der Geschäftsstelle der Liga Hessen war die Schnittstelle zwischen allen Projektbeteiligten, zuständig für das Reporting gegenüber dem Land Hessen, alle Vertrags-, Finanz- und Verwaltungsaufgaben sowie die Organisation der Öffentlichkeitsarbeit.

Die Ausgangssituation in den Beratungsstellen war zu Beginn im Hinblick auf die Heterogenität der Strukturen, Vorerfahrungen und das Know-how der Beteiligten, bereits vorhandene Beratungsplattformen, aber auch in Bezug auf die technische Ausstattung unterschiedlich. Um diesen Voraussetzungen gerecht zu werden, wurde in der zweiten Phase eine Typenbildung vorgenommen, an der sich die Konzeption von Workshops und das vielfältige Qualifizierungs- und Weiterbildungsprogramm orientierte. Ziel war es, individuell auf die Bedürfnisse der teilnehmenden Beratungsstellen eingehen zu können, damit alle Beratungsstellen von dem Projekt profitieren konnten. Es erforderte immer wieder viele Kommunikationsressourcen, um möglichst allen unterschiedlichen Bedarfen in diesem anspruchsvollen Change-Prozess gerecht zu werden. Die dritte Phase war entscheidend für die Entwicklung eines Curriculums sowie die Organisation verschiedener Konzept-Workshops und Fortbildungen. Die Liga Hessen baute ein Buchungsmanagement auf der Homepage auf, das auch für die weiteren Phasen eine wichtige organisatorische Komponente bildete. In der vierten Phase folgten spezifische Qualifizierungsangebote und Coachings für die Beratungsfachkräfte, um Methodenkompetenz zu erlangen oder zu vertiefen. Wichtig war auch, praktische Fragen zum Thema Datenschutz oder Hard- und Software der Beratungsfachkräfte und der Verbände zu klären.

Die letzte und fünfte Phase bildete den Abschluss des Projekts mit einem Fachtag als Abschlussveranstaltung und einem Sachstandsbericht gegenüber dem Land Hessen.

Vorgehen der wissenschaftlichen Begleitung

Die wissenschaftliche Begleitung des Projekts bestand einerseits aus Maßnahmen der klassischen formativen Evaluation, andererseits entwickelte sie auf der Basis der empirischen Ergebnisse auch dezidierte Konzepte und Transfermodelle zur Unterstützung der Veränderungs- und Implementierungsprozesse im Projekt. Zu Beginn des Projekts wurde eine standardisierte Online-Befragung der Leitungskräfte der Beratungsstellen durchgeführt, die detaillierte Informationen zu strukturellen Ausgangslagen, bisherigen Erfahrungen mit digitalen Formaten und Unterstützungsbedarfen generierte. Ergänzend wurden leitfadengestützte Interviews mit Verbandsvertretungen geführt, um organisationale Perspektiven und verbandsspezifische Rahmenbedingungen zu erfassen.

Die Befragungsergebnisse zeigten eine große Heterogenität der Beratungsstellen bezüglich der Erfahrungen und auch Haltungen zu digitaler Beratung, der inhaltlichen Schwerpunktsetzungen sowie der technischen Ausstattung. So gaben ca. 15 % der Beratungsstellen an, dass sie in Bezug auf digitale Angebote noch ganz am Anfang standen, bei knapp der Hälfte wurden bereits erste Schritte unternommen, und ein gutes Drittel gab an, auf viele Erfah-

rungen zurückzugreifen bzw. bereits ein etabliertes Blended Counseling Angebot vorzuhalten. 75 % der Antwortenden benannten, unabhängig von ihrem Digitalisierungsgrad, Veränderungsbedarfe für ihre Einrichtungen, vor allem in Bezug auf Modernisierung und Öffentlichkeitsarbeit. Diese Datengrundlage ermöglichte eine passgenaue Entwicklung und Konzeption der Maßnahmen in den Phasen 2 bis 4 des Projekts.

Ergebnisse der Evaluation

Die Evaluation wurde in einem Mixed-Methods-Ansatz durchgeführt, der qualitative und quantitative sowie formative und summative Verfahren kombinierte (Kelle, 2018). Dabei zeigte sich, dass die erfolgreiche Implementierung von Blended Counseling in psychosozialen Beratungsstellen wesentlich von strukturellen Rahmenbedingungen abhängt. Datenschutzkonforme Software-Lösungen, ausreichende personelle Ressourcen und die Unterstützung durch die Verbandsstrukturen erwiesen sich als grundlegende Voraussetzungen. Viele Beratungsstellen verfügten bislang nur über begrenzte Erfahrungen mit digitalen Formaten, die oft im Kontext pandemiebedingter Notlagen entstanden waren. Entsprechend stellte die Einführung eines systematisch angelegten Blended-Counseling-Angebots eine komplexe Herausforderung dar, die sowohl technische als auch konzeptionelle und kulturelle Anpassungen auf organisationaler Ebene erforderte.

Die Evaluation verdeutlichte einen breiten Konsens über die Relevanz hybrider Beratungsformate, verwies zugleich aber auch auf zahlreiche offene Fragen hinsichtlich ihrer nachhaltigen Verankerung. Dabei rückten insbesondere Themen wie Ressourcenbedarf, Organisationsentwicklung und Qualitätssicherung in den Vordergrund.

Fazit

Aus Sicht der Liga Hessen wird die Durchführung des Projekts »Blende(n)d beraten!« bei den Beratungsstellen in Hessen als sehr erfolgreich bewertet. Es ist in einem großen Umfang gelungen, die Einrichtungen zu empowern und digitale Beratungsformate als Ergänzung zur Präsenzberatung einzuführen. Trotz Herausforderungen wie Zeit- und Arbeitskräftemangel war die Teilnahme an den Fortbildungen beeindruckend hoch. Mit insgesamt rund 300 Teilnehmenden an 11 Konzept-Workshops, über 40 Fortbildungsmaßnahmen, ca. 20 individuellen Coachings und drei Fachtagen konnte ein methodisch und inhaltlich sehr breites Spektrum an Qualifizierungsmaßnahmen angeboten werden.

Im Projekt wurde deutlich, dass Blended Counseling in der psychosozialen Beratung nicht als kurzfristige Innovation, sondern als langfristiger Organisationsentwicklungsprozess begriffen werden muss. Für eine nachhaltige Implementierung sind kontinuierliche Qualifizierung, strukturelle Absicherung und konzeptionelle Weiterentwicklung unabdingbar, ebenso wie Zeit, diese Prozesse sorgfältig durchzuarbeiten. Diese Erkenntnisse wurden auch in einem Leitfaden zusammengefasst, der allen Interessierten online zur Verfügung steht (Bradl et al., 2025).

Für alle Beteiligten war ein wichtiges Learning, dass eine gut zweijährige Projektlaufzeit zu ambitioniert war, um bereits eine vertiefte Implementierung zu erreichen. Beraterische Haltungen müssen reflektiert und verändert werden. Und natürlich spielt auch die Sicht und Befähigung der Ratsuchenden eine wesentliche Rolle. Dies alles braucht Zeit. Der Implementierungsstand in den Beratungsstellen ist derzeit noch unterschiedlich. Eine Verstetigungsphase im Jahr 2025 ist notwendig und in Planung.

Literatur

Bradl, M., Dörr, J., Lehmann, R., Risau, P., & Zauter, S. (2025). *Die Einführung von Blended Counseling in der psychosozialen Beratung. Eine Handreichung für Beratungsstellen.* Hessisches Ministerium für Soziales und Integration. Wiesbaden. https://doi.org/10.34646/thn/ohmdok-4086

Bradl, M., Koch, A., Lehmann, R., & Schyma, P. (2024). Blended Counseling in der Schwangerschaftsberatung – neue Zugänge für schwer erreichbare Zielgruppen schaffen. *Forum sozialarbeit + gesundheit,* 2, 36–41.

Camenzind, G., Hörmann, M., & Silfverberg, M. (2023). *Medienkompetenz Blended Counseling: Ein Modell.* dgvt-Verlag.

Hörmann, M. (2023). *Digitale Beratung in der Sozialen Arbeit* (1. Auflage). Verlag W. Kohlhammer.

Hörmann, M., Aeberhardt, D., Flammer, P., Tanner, A., Tschopp, D., & Wenzel, J. (2019). *Face-to-Face und mehr – neue Modelle für Mediennutzung in der Beratung. Schlussbericht zum Projekt.* Zenodo.

Hörmann, M., & Engelhardt, E. (2022). Blended Counseling – Grundlagen, Aktuelles und Diskurslinien. *Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung,* 40(2), 72–77.

Kelle, U. (2018). »Mixed Methods« in der Evaluationsforschung – mit den Möglichkeiten und Beschränkungen quantitativer und qualitativer Methoden arbeiten. *Zeitschrift für Evaluation,* 17(1), 25–52.

Lehmann, R. (2020). Die Professionalisierung der Onlineberatung. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), *FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung,* 2, 3–5.

Risau, P. (2023). Die Mischung macht's – Wirkfaktoren einzelner Onlineberatungskanäle und deren Bedeutung für Blended Counseling. In BKSF – Bundeskoordinierung Spezialisierter Fachberatung gegen sexualisierte Gewalt in Kindheit und Jugend (Hrsg.), *Onlineberatung bei sexualisierter Gewalt in Kindheit und Jugend. Belastungen, Schutz und Beratungschancen im Netz* (Bd. 2, S. 18–24). https://www.bundeskoordinierung.de/kontext/controllers/document.php/546.d/d/fa18bd.pdf

Zauter, S., & Lehmann, R. (2021). Schwer auffindbare Beratungsangebote in der psychosozialen Onlineberatung. In C. Freier, J. König, A. Manzeschke & B. Städtler-Mach (Hrsg.), *Gegenwart und Zukunft sozialer Dienstleistungsarbeit: Chancen und Risiken der Digitalisierung in der Sozialwirtschaft* (S. 129–140). Springer Fachmedien.

Autor*innen

Robert Lehmann, Prof. Dr., Dipl.-Sozpäd. (FH), Akademischer Leiter des Instituts für E-Beratung der Technischen Hochschule Nürnberg Georg Simon Ohm. Arbeitsschwerpunkte: Online-Beratung, Digitalisierung der Sozialen Arbeit.
Kontakt: robert.lehmann@th-nuernberg.de

Andrea Braun, Dr., Dipl. Päd., Referentin und stellvertretende Geschäftsführerin der Geschäftsstelle Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen e. V. Arbeitsschwerpunkte: Interessenvertretung zu Themen der Sozialen Arbeit, Eingliederungshilfe, Kinder und Jugendhilfe und Frauen und Familienpolitik.
Kontakt: a.braun@liga-hessen.de

Petra Goertz, Dipl.-Sozialwissenschaftlerin, Geschäftsführerin der Geschäftsstelle Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen e. V. Arbeitsschwerpunkte: Interessenvertretung zu Themen der Sozialen Arbeit, Verbandsentwicklung, Sozialpolitik und Digitalisierung.
Kontakt: p.goertz@liga-hessen.de

Sigrid Zauter, Dipl.-Sozpäd. (FH), Geschäftsführerin des Instituts für E-Beratung der Technischen Hochschule Nürnberg Georg Simon Ohm, Arbeitsschwerpunkte: Online-Beratung, Digitalisierung der Sozialen Arbeit.
Kontakt: sigrid.zauter@th-nuernberg.de

Zitierweise

Lehmann, R., Braun, A., Goertz, P., & Zauter, S. (2025). Blended Counseling als Zukunftsmodell der Schwangerschaftsberatung – Erkenntnisse aus dem Projekt »Blende(n)d beraten!«, *FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung: Informationsdienst des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG),* 2, 34–38. https://doi.org/10.17623/BIOEG_SRH:forum_2025-2_beraten

Spaltet der Schwangerschaftsabbruch die Gesellschaft? Differenzierte Einstellungen und kontextuelle Einflussfaktoren. Eine quantitative Vignettenstudie

Alexa Nossek, Alina Jung, Evelyn Sthamer, Judith Dubiski

In unserer quantitativen Studie[1] in Anlehnung an einen *faktoriellen Survey* haben wir untersucht, ob und wie Menschen ihre skeptische Einstellung gegenüber Schwangerschaftsabbrüchen ändern, wenn sie eine Vignette[2] erhalten und so mit weiteren Informationen über die Lebenssituation einer ungeplant schwangeren Person konfrontiert werden. Unsere Zielgruppe waren Männer im Alter über 41 Jahren, die in Westdeutschland leben, da diese Bevölkerungsgruppe laut dem ALLBUS, der Allgemeinen Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften, am kritischsten gegenüber Schwangerschaftsabbrüchen eingestellt ist. Eine CATI-Befragung wurde mit 302 Personen aus der Zielgruppe durchgeführt. Nach allgemeinen Fragen, etwa zur Zustimmung, ob Schwangerschaftsabbruch gemäß § 218 StGB eine Straftat bleiben und nur

1 Der Beitrag ist die deutsche Fassung von: Nossek, A., Jung, A., Sthamer, E., & Dubiski, J. (2025). Is abortion dividing society? Differentiated attitudes and contextual factors. A quantitative vignette study. Special Issue »Steps Forward and Backward on Abortion Rights in Advanced Democracies« *Interdisciplinary Political Studies,* 11(1), 195-220. https://doi.org/10.1285/i20398573v11n1p195
Die deutsche Fassung wurde ebenfalls von den Autorinnen erstellt.

2 Eine »Vignette« ist eine spezifische Situationsbeschreibung. Zu den Vignettenfragen siehe den CATI-Fragebogen im Anhang (die Redaktion).

unter bestimmten Bedingungen straffrei sein soll, wurden die Teilnehmenden zufällig drei Themenvignetten zugeordnet: finanzielle Belastung, Beeinträchtigung des Embryos, Partnergewalt. Unsere Ergebnisse zeigen, dass selbst in der Zielgruppe nur 24,9 % der Befragten zustimmen, dass der Schwangerschaftsabbruch weiterhin kriminalisiert bleiben soll. Angesichts neuer Informationen nahm in allen drei Vignetten die Nachvollziehbarkeit der Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch zu.

Einleitung

In Deutschland hat sich rechtlich und politisch in den letzten Jahren viel im Themenkomplex Schwangerschaftsabbrüche bewegt: Der sogenannte »Werbeparagraph« § 219a StGB, der Ärzt*innen[3] untersagte, Informationen über Schwangerschaftsabbrüche zu veröffentlichen, wurde 2021 gestrichen. Das ermöglicht nun sowohl Ärzt*innen als auch Patient*innen eine größere Informationsfreiheit. Im April 2024 veröffentlichte die von der Bundesregierung eingesetzte »Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin« ihre Ergebnisse und diskutiert eine mögliche gesetzliche Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs (Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin, 2024; siehe auch die Kurzfassung des Kommissionsberichts in dieser Ausgabe; die Redaktion). Eine parteiübergreifende Initiative zielte zudem darauf ab, Schwangerschaftsabbrüche aus dem Strafgesetzbuch (§ 218 StGB) zu entfernen und stattdessen im Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) zu regeln. Eine mögliche Änderung der Gesetzgebung zu Schwangerschaftsabbrüchen wurde im Winter 2024 im Bundestag diskutiert, jedoch nicht angenommen.[4]

Derzeit gilt in Deutschland eine Fristen- und Beratungsregelung, sodass der Eingriff rechtswidrig ist, aber straffrei bleibt, wenn der Abbruch bis zur 12. Schwangerschaftswoche erfolgt und von ärztlichem Personal vorgenommen wird. Außerdem muss die schwangere Person sowohl die Beratungspflicht als auch eine Bedenkzeit von drei Tagen einhalten. Ansonsten droht eine Freiheitsstrafe von bis zu drei Jahren oder eine Geldstrafe (§ 218a Abs. 1 StGB). Daneben gibt es die sogenannte medizinische und die kriminologische Indikation als Ausnahmen, die jeweils eine ärztliche Einschätzung erfordern. Bei

3 Auf Wunsch der Autorinnen wird der Gender-Stern verwendet.

4 Diese Debatte fand nach dem Zusammenbruch der Bundesregierung, bestehend aus SPD, den Grünen und der FDP, im November 2024 und noch vor den vorgezogenen Neuwahlen im Februar 2025 statt. Wahlgewinner ist die CDU. Derzeit (Juni 2025) haben sich CDU, CSU und SPD auf einen Koalitionsvertrag geeinigt und eine neue Regierung unter Bundeskanzler Friedrich Merz gebildet. Der Koalitionsvertrag enthält einen kurzen Abschnitt zum Thema Schwangerschaftsabbruch, in dem die Absicht zur Verbesserung des Zugangs zu Schwangerschaftsabbrüchen und zur Ausweitung der Möglichkeiten zur Kostenübernahme von Schwangerschaftsabbrüchen angekündigt wird. Gleichzeitig wird versprochen, Frauen bei ungewollter Schwangerschaft zu unterstützen, »um das ungeborene Leben bestmöglich zu schützen« (CDU et al., 2025, S. 102). Da CDU und CSU die Entkriminalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen ablehnen, ist nicht zu erwarten, dass es im Laufe der nächsten Jahre zu einer Gesetzesänderung kommen wird (für mehr Informationen siehe Ehl, 2024; Kinkartz, 2025; Zeier & Grün, 2025).

Ersterer ist ein Abbruch erlaubt, »um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden« (§ 218a Abs. 2 StGB), Letztere bezieht sich auf Schwangerschaften aufgrund einer Vergewaltigung (§ 218a Abs. 3 StGB).

In der Diskussion um die Regelung von Schwangerschaftsabbrüchen wird häufig von einer »Spaltung der Gesellschaft« (deutschlandfunk.de, 2024; phoenix vor ort, 2024) gesprochen. In der häufig kontrovers geführten Debatte geht es um Grund- und Menschenrechte, Weltanschauungen und religiöse Überzeugungen, um medizinische und ethische Fragen. Es stellt sich die Frage, ob eine Liberalisierung oder gar Abschaffung des § 218 StGB wirklich zur vermeintlichen Spaltung der Gesellschaft beitrüge. Würde es zu einer Änderung der gesetzlichen Lage kommen, wäre ein breiter Konsens aufgrund der vielmals emotional aufgeladen und moralisierend geführten Debatte begrüßenswert (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2024).

In den Sozialwissenschaften wird von einer Spaltung der Gesellschaft ausgegangen, wenn diese in unterschiedliche Gruppen auseinanderfällt, »die sich in ihren Einstellungen und Werten unversöhnlich gegenüberstehen und zudem unterschiedliche materielle Lebenslagen und Interessen aufweisen und schließlich in ihren Alltags- und Erfahrungswelten kaum mehr Berührungspunkte besitzen« (Task Force FGZ-Datenzentrum, 2022). Wir fokussieren uns in unseren Überlegungen auf das unversöhnliche Gegenüberstehen: Trifft das auf Gegner*innen und Befürworter*innen von Schwangerschaftsabbrüchen zu oder gibt es Situationen, in denen eine Einstellungs-/Meinungsänderung erfolgt, es also zu einer Annäherung kommt?

Angesichts der auch medial genährten Vorstellung einer am Thema Schwangerschaftsabbruch gespaltenen Gesellschaft, gehen wir der Frage nach, ob Menschen, die statistisch gesehen eine besonders restriktive Einstellung zum Thema haben, ihre Meinung ändern, wenn sie mit einem konkreten (fiktiven) Szenario konfrontiert werden. Unsere Hypothese ist, dass die vielfach angenommene gesellschaftliche Spaltung beim Thema Schwangerschaftsabbruch nicht besteht. Konkret gehen wir davon aus, dass selbst die am ehesten restriktiv eingestellten Personen unter bestimmten Bedingungen die Entscheidung zu einem Schwangerschaftsabbruch nachvollziehen können und somit den stärker liberal eingestellten Bevölkerungsgruppen nicht kompromisslos gegenüberstehen.

Die Ergebnisse unserer Vignettenstudie deuten darauf hin, dass diese Annahme richtig ist. Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass Menschen ihre Einstellung zu Schwangerschaftsabbrüchen je nach Situation ändern und dass zusätzliche Informationen über die Umstände oder Gründe für die Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch die Nachvollziehbarkeit dieser Entscheidung erhöhen.

Im Anschluss an die psychologische Forschung gehen wir in unserem Beitrag von einem breiten Einstellungsbegriff aus, wie ihn Adewuyi definiert:

»Attitude refers to feelings, beliefs, and reactions of an individual towards an event, phenomenon, objects or person. Attitudes are not innate attributes of mankind. They are learnt, relatively stable, but can be modified. Attitudes could be implicit or explicit, conscious or unconscious, rational or irrational; extraversion or introversion. Attitudes are evaluations people make about objects, ideas, events or other people. Attitudes can be positive or negative« (Adewuyi, 2012, S. 61).

Die bestehende Forschung zu Einstellungsänderungen beim Thema Schwangerschaftsabbruch deutet darauf hin, dass Empathie (zusammen mit zusätzlichen Informationen über die Gründe für einen Schwangerschaftsabbruch) ein entscheidender Faktor sein könnte (siehe Cheng et al., 2024). In der Diskussion unserer Ergebnisse gehen wir auf diesen Zusammenhang weiter ein.

Mittels einer CATI-Umfrage befragten wir 302 Personen aus der Bevölkerungsgruppe, die sich rein statistisch am häufigsten für ein Verbot eines Schwangerschaftsabbruchs ausspricht. Um diese Zielgruppe zu ermitteln, wurde zunächst eine eigene Sekundärauswertung der Allgemeinen Bevölke-

TABELLE 1

INFOBOX ZUM STUDIENDESIGN

Zentrale Forschungsfrage	Inwieweit ist die Meinungsbildung beim Thema Schwangerschaftsabbruch von situativem Wissen beeinflusst?
Zielgruppe	Menschen, die statistisch gesehen am ehesten Schwangerschaftsabbruch ablehnen, also Männer ab 41 Jahren aus Westdeutschland.
Hypothesen	Selbst Menschen, die Schwangerschaftsabbrüche generell ablehnen, können die Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch unter bestimmten Bedingungen nachvollziehen. Genauer gesagt: Mehrheitlich können sie … • die Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch nachvollziehen, wenn sie mehr über einen spezifischen Fall wissen. • die Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch selbst dann nachvollziehen, wenn sie generell die Kriminalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen befürworten.
Reihenfolge der Fragen	• Soziopolitische Fragen • Einstellungsfragen • Vignettenfragen • Soziodemografische Fragen

Quelle: Die Tabelle wurde von den Autorinnen erstellt.

rungsumfrage der Sozialwissenschaften (ALLBUS) aus dem Jahr 2021 vorgenommen. Es handelt sich dabei um eine Studienreihe, in der »seit 1980 alle zwei Jahre Zufallsstichproben der deutschen Bevölkerung mit einem teils konstanten, teils variablen Erhebungsprogramm zu Einstellungen und Verhaltensweisen befragt« werden (GESIS, o. J.).

Das Ergebnis dieser Sekundäranalyse zur Ermittlung der Zielgruppe zeigt, dass die statistisch am restriktivsten eingestellte Bevölkerungsgruppe in Deutschland Männer ab 41 Jahren aus Westdeutschland sind. Dabei handelt es sich um rein soziostrukturelle Eigenschaften und nicht um Einstellungscluster. Unsere Sekundäranalyse des ALLBUS 2021[5] zeigt, dass 23 % der deutschen Bevölkerung ein generelles Verbot von Schwangerschaftsabbrüchen befürworten, während 77 % ein solches Verbot ablehnen (GESIS, 2023).[6] Im Vergleich zu früheren Erhebungen hat sich die Haltung deutlich liberalisiert: 1990 befürworteten 46 % ein Verbot, 2000 waren es 36 %. Dieser Wandel zeigt sich auch über verschiedene Altersgruppen hinweg und deutet auf einen allgemeinen Wertewandel hin (GESIS, 2021).

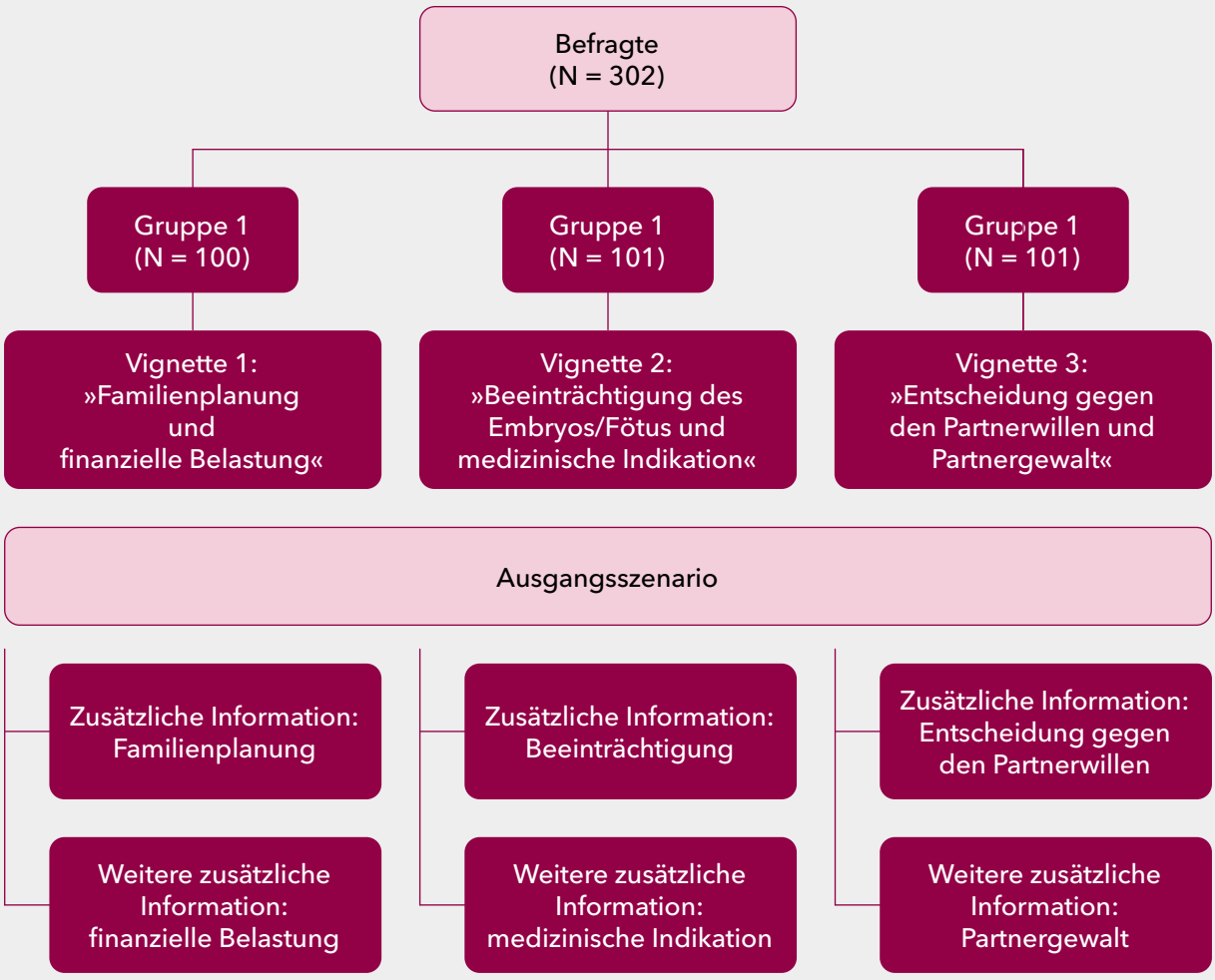
Im vorliegenden Beitrag folgt nach der Erläuterung der Datengrundlage und Methode unserer Studie die Darstellung der Ergebnisse. Die Diskussion der Ergebnisse sowie ein Fazit schließen das Paper ab. In der Diskussion interpretieren wir unsere Ergebnisse vor dem Hintergrund der bestehenden Forschung zu Einstellungsänderungen beim Thema Schwangerschaftsabbruch. Wir verzichten jedoch darauf, unsere Studie in ein Literatur-Review einzubetten, da es unseres Wissens keine anderen Studien gibt, die dem spezifischen Studiendesign

5 Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf eigene Berechnungen auf Grundlage des kumulierten ALLBUS 1980–2018 (GESIS, 2021) sowie ALLBUS 2021 (GESIS, 2023). Die Ergebnisse beziehen sich aufgrund der überproportionalen Schichtung von Personen aus Ostdeutschland bei der ALLBUS-Erhebung auf gewichtete Analysen (personenbezogenes Ost-West-Gewicht).

6 Im Wortlaut handelt es sich um folgendes Item: »Wenn es nach Ihnen ginge, sollten diese Verhaltensweisen dann gesetzlich verboten sein oder sollten sie nicht gesetzlich verboten sein? Frau lässt [sic!] einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen, weil sie keine Kinder haben möchte.«

ABBILDUNG 1

DARSTELLUNG DES VIGNETTENDESIGNS



Quelle: Die Abbildung wurde von den Autorinnen erstellt

unserer Studie genug ähnelt, um hinreichende Erkenntnisse zu gewinnen. Tabelle 1 gibt einen Überblick über das Studiendesign. Der Fragebogen befindet sich am Ende des Manuskripts.

Datengrundlage

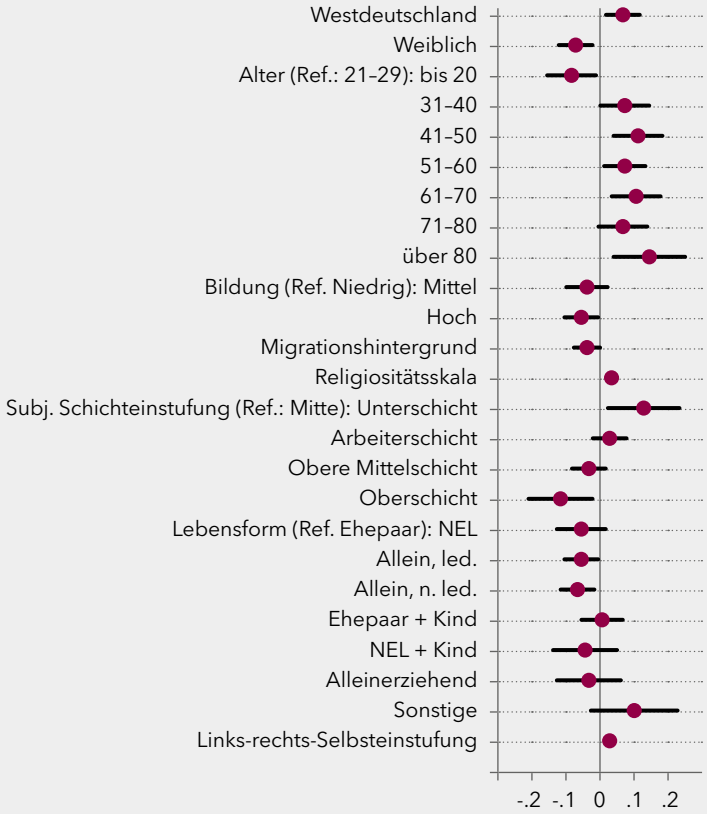
Methode

Die CATI-Umfrage wurde in Anlehnung sowohl an ein *faktorielles Survey* als auch ein *framing experiment* konzipiert. Dabei werden »die Vorteile der Umfrageforschung mit denen experimenteller Designs« (Auspurg et al., 2009, S. 59) verbunden.[7] Die Gesamtstichprobe wurde in drei Splits (Fragebogenversionen) aufgeteilt. Statt einzelner Items wurden hypothetische Subjektbeschreibungen be-

7 Zu den Unterschieden zwischen klassischer Befragung und Vignettenbefragung sowie zu unterschiedlichen Formen von Vignettenstudien siehe Atzmüller & Steiner, 2010.

ABBILDUNG 2

ERGEBNISSE LOGISTISCHER REGRESSIONSANALYSEN ZUR BEFÜRWORTUNG EINES SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH-VERBOTS (MARGINALE EFFEKTE) NACH DER SEKUNDÄRANALYSE DES ALLBUS 2021



Anmerkung: Pseudo-R^2: 0,1074; N = 2 891. Marginale Effekte. Gewichtete Ergebnisse.
Quelle: GESIS, 2023, eigene Berechnungen. Die Abbildung wurde von den Autorinnen erstellt

wertet. Indem einzelne Merkmalsausprägungen der Vignetten variiert werden, »lässt sich ihr Einfluss auf die abgefragten Urteile oder Entscheidungen exakt bestimmen und damit das Gewicht von Faktoren isolieren, die in der Realität oftmals konfundiert sind« (Auspurg et al., 2009, S. 59).

In der Vignette, die jeweils aus zwei Fragen bestand, wurden schrittweise verschiedene Dimensionen als Entscheidungsgrundlagen für die fiktive Akteurin angegeben. Dass jedem Befragten nur eine Vignette vorgestellt wird, hat den Vorteil, dass Lerneffekte und Effekte sozialer Erwünschtheit reduziert werden können (Auspurg et al., 2009). Die Beschränkung der Vignetten auf das Ausgangszenario sowie je zwei weitere Fragen verhindert Lern- und Ermüdungseffekte sowie sogenannte *Carry-over*-Effekte, die in der Kritik an der Methode faktorieller Surveys wiederholt genannt werden (Auspurg et al., 2009).

Die Vignetten haben wir nach theoretischen Vorüberlegungen zu den Themen »abgeschlossene Familienplanung und finanzielle Situation«, »Behinderung und medizinische Indikation«, »Einbeziehung des Partners und Partnergewalt« ausgewählt. Die ersten beiden Vignetten greifen Fragen aus dem ALLBUS zum Schwangerschaftsabbruch wieder auf, die dritte Vignette wurde designt, um den Aspekt der Partnergewalt zu ergänzen, der im ALLBUS keine Rolle spielt.[8] Abbildung 1 veranschaulicht das Vignettendesign.

Stichprobe

Wie bereits erwähnt, ging der CATI-Befragung eine Sekundärauswertung des ALLBUS voraus, um herauszufinden, welche Personengruppen Schwangerschaftsabbrüchen besonders kritisch gegenüberstehen. Die Regressionsgrafik (Abbildung 2) zeigt die unabhängigen Einflüsse der analysierten Faktoren auf die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruchsverbot, indem alle anderen beobachteten Variablen konstant gehalten werden. Die Regressionsergebnisse zeigen, dass weibliche Personen ein generelles Verbot eines Schwangerschaftsabbruchs mit einer größeren Wahrschein-

8 Im ALLBUS wird zwar die Bewertung von Vergewaltigung in der Ehe abgefragt, jedoch bleibt Partnerschaftsgewalt insgesamt unberücksichtigt. Zu Schwangerschaftsabbrüchen im Kontext von Partnergewalt siehe »ELSA«-Studie, 2024; Jung et. al., 2023.

lichkeit ablehnen als männliche Personen (diese ist im Durchschnitt der Stichprobe um 7 Prozentpunkte geringer). Auf Basis der Regressionsanalyse lassen sich außerdem folgende zentrale Ergebnisse ableiten: Es wird deutlich, dass die Region, in der befragte Personen leben, entscheidend für ihre Einstellung zum Schwangerschaftsabbruchsverbot ist. So befürworten Personen, die in Westdeutschland wohnen, das Verbot im Durchschnitt der Stichprobe um 6 Prozentpunkte eher als Personen aus dem Osten Deutschlands.[9] Weiterhin begünstigt ein Alter über 40 Jahren die Befürwortung eines Schwangerschaftsabbuchverbots (rund 8 Prozentpunkte mehr im Vergleich der Stichprobe). Eine höhere Bildung, ein Migrationshintergrund und die Selbstzuordnung zur Oberschicht im Vergleich zur Mittelschicht sind eher mit einer Ablehnung des Verbots verbunden. Ebenso zeigt sich, dass allein lebende Personen im Vergleich zu verheirateten eine solche Haltung häufiger vertreten. Im Gegensatz dazu fördern die Selbstzuordnung zur Unterschicht, Religiosität sowie eine subjektive Einordnung auf der rechten Seite der politischen Skala die Befürwortung des Verbots.

Wir haben uns auf die drei Merkmale Alter, Geschlecht und Wohnort Westdeutschland beschränkt, um das Screening nach Einschlusskriterien überschaubar zu halten. Bei der Stichprobe für die CATI-Befragung handelte es sich um eine geschichtete systematische Zufallsstichprobe. Die Stichprobenziehung erfolgte anhand zufällig ausgewählter westdeutscher Festnetznummern (ohne Berlin) aus einem öffentlichen Telefonverzeichnis, wobei vor der ersten inhaltlichen Frage ein Screening nach Geschlecht und Alter vorgenommen wurde.

Ablauf der CATI-Befragung

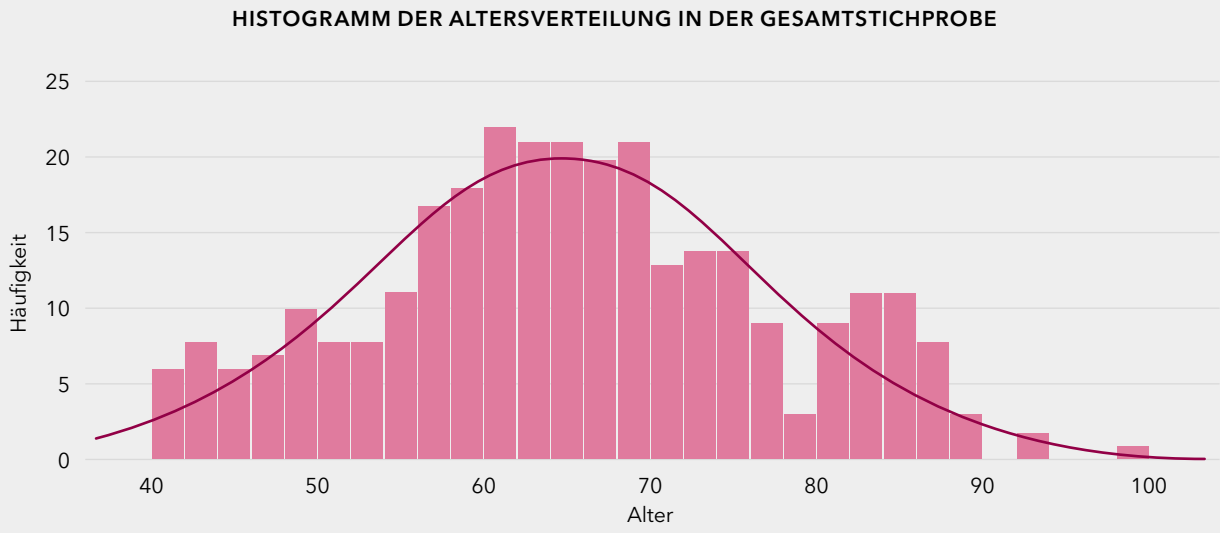
Die Durchführung der Befragung erfolgte telefonisch durch die aproxima Gesellschaft für Markt- und Sozialforschung Weimar mbh. Es wurden insgesamt 302 männliche Personen befragt.[10] Dabei fokussierten sich die ersten zwei Fragen auf soziopolitische Einschätzungen der Befragten, gefolgt von Einstellungsfragen. Darauf folgte das Ausgangsszenario, in dem »Eva Schmidt« als fiktive ungewollt schwangere Person eingeführt wurde. Ohne Angabe von weiteren Gründen wird berichtet, dass sie einen Abbruch möchte, und es wird nach der Nachvollziehbarkeit der Entscheidung gefragt. Nach dieser Frage erfolgte die Einteilung in drei Befragtengruppen (1: N = 100, 2: N = 101, 3: N = 101). Jeder Gruppe wurde eine Vignette zugeordnet.[11] Vignette 1 gab eine abgeschlossene Familienplanung und eine schwierige finanzielle Situation als zusätzliche Gründe an, während Vignette 2 von einer Mehrfachbehinderung des Kindes ausging und Eva Schmidt daher eine Beeinträchtigung ihres seelischen Gesundheitszustands befürchtete. In Vignette 3 entschied Eva Schmidt sich gegen den Willen des Erzeugers für einen Abbruch; danach erfuhren die Befragten, dass dieser Partner ihr gegenüber gewalttätig ist. Wie auch in den vorherigen Fragen wird in den Vignetten anhand einer Skala von 1 bis 5 nach der Nachvollziehbarkeit gefragt. Um deutlichere Werte zu erreichen, wurden diese fünf Abstufungsmöglichkeiten in der Auswertung zu drei Optionen zusammengefasst. Dabei wurden jeweils die Antwortmöglichkeiten 1 und 2 sowie die Antwortmöglichkeiten 4 und 5 summiert, die Antwortmöglichkeit 3 blieb unverändert. Nach dem letzten Fallbeispiel folgten Fragen zu Vorerfahrungen in Form einer eigenen Beteiligung an der Entscheidungsfindung einer schwangeren Person, zum Familienstand, zu Religionsgemeinschaft und Religiosität. Der gesamte Fragebogen findet sich am Ende des Papers.

9 Die rechtlichen Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch waren in der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) und der Bundesrepublik Deutschland (BRD) zwischen 1972 und 1990 unterschiedlich. In der DDR war der Abbruch in den ersten drei Monaten der Schwangerschaft ohne Angabe von Gründen legal (Busch, 2022). Die im Vergleich zur BRD deutlich liberalere Rechtstradition führte mutmaßlich zu einer entsprechend liberalen Sozialisation in Bezug auf das Thema, die bis heute nachwirkt (Banaszak, 1998).

10 Dies entspricht 7,7 % (N = 302) der bereinigten Stichprobe. Die Erhebung selbst fand vom 21.11. bis 08.12.2023 statt.

11 »Vignette« bezieht sich auf die spezifische Situationsbeschreibung, »Gruppe« bezieht sich auf die Befragtengruppe, die jeweils mit einer der drei Vignetten konfrontiert wird.

ABBILDUNG 3



Quelle: Die Abbildung wurde von den Autorinnen erstellt

Ergebnisse

Vorbemerkungen

Im Folgenden stellen wir die Ergebnisse unserer Vignettenstudie dar. Wir werfen zunächst einen Blick auf die Verteilung soziodemografischer Merkmale in allen drei Gruppen und in der Gesamtstichprobe, um die Vergleichbarkeit der drei Gruppen zu belegen. Danach zeigen wir das Ausmaß der Befürwortung der Kriminalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen und der derzeitigen gesetzlichen Regelung sowohl für die Gesamtstichprobe als auch für die unterschiedlichen Gruppen. Dieser Abschnitt bezieht sich somit auf die Einstellungsfragen des Fragebogens, die vor den Vignettenfragen gestellt wurden. Im Anschluss diskutieren wir die statistischen Effekte jeder unserer Vignettenfragen getrennt voneinander. Schließlich gehen wir ausführlicher auf die Ergebnisse von Vignette 3 ein.

Zunächst wollten wir herausfinden, inwieweit Merkmale wie Alter, Religionszugehörigkeit oder persönliche Erfahrungen mit einer Entscheidung über einen Schwangerschaftsabbruch mit den Antworten der Befragten korrelieren. Daher haben wir sowohl auf statistische Zusammenhänge zwischen Variablen getestet (mit einem Chi-Quadrat-Test bzw. einem Chi-Quadrat-Test nach Pearson) als auch auf statistische Unterschiede zwischen Untergruppen von Befragten (mit dem Kruskal-Wallis-Test und dem Mann-Whitney-U-Test). Da unsere Gesamtstichprobe eher klein ist (N = 302) und die Daten nicht normalverteilt waren, mussten wir nicht-parametrische Tests, die von weniger Annahmen als lineare Tests ausgehen, durchführen, um statistisch korrekte Ergebnisse zu erhalten (für mehr Informationen siehe Bortz & Schuster, 2010; Kruskal & Wallis, 1952; Mann & Whitney, 1947).

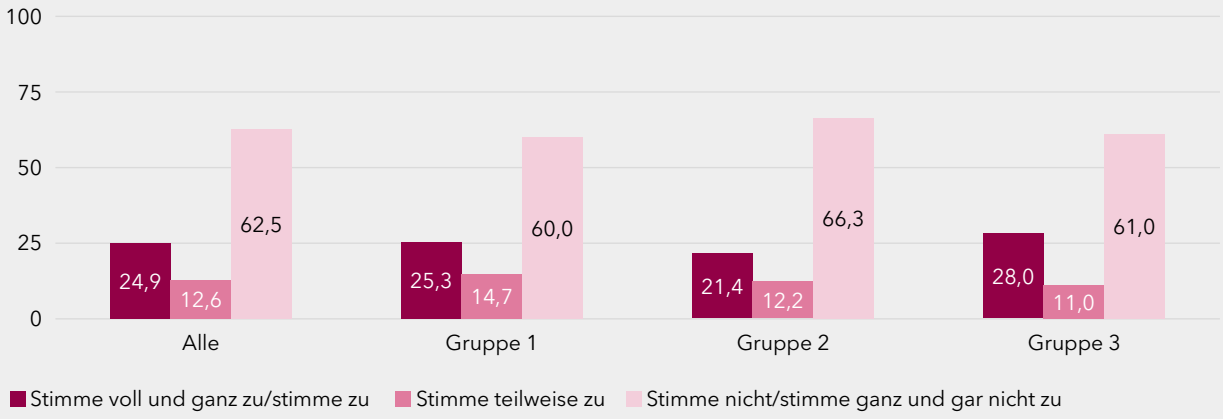
Soziodemografische Aspekte: Gesamtstichprobe und Befragtengruppen

Zunächst werfen wir einen Blick auf die soziodemografischen Merkmale der Gesamtstichprobe unserer Vignettenstudie. Die Befragten waren zwischen 41 und 98 Jahre alt, wobei das Alter im Mittelwert 64,78 Jahre betrug. Die Altersverteilung in der Stichprobe entspricht der gesamtgesellschaftlichen Verteilung. Abbildung 3 zeigt ein Histogramm der Altersverteilung der Gesamtstichprobe.

Es handelte sich zwar nicht um eine repräsentative Verteilung der Befragten auf die westlichen Bundes-

ABBILDUNG 4

ZUSTIMMUNG DAZU, DASS SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH EINE STRAFTAT BLEIBEN SOLL, FÜR DIE GESAMTSTICHPROBE UND DIE EINZELNEN BEFRAGTENGRUPPEN (IN PROZENT)



Quelle: Die Abbildung wurde von den Autorinnen erstellt

länder, aber die Verteilung ähnelt stark den Einwohner*innenzahlen der jeweiligen Länder.

Bei einem Signifikanzniveau von 0,05 gab es keine statistisch signifikanten Unterschiede[12] zwischen den drei Befragtengruppen hinsichtlich

- Alter
- Religionszugehörigkeit
- Religiosität
- Familienstand im Sinne von in einer Partnerschaft oder nicht in einer Partnerschaft lebend
- dem Verfolgen der Debatte zu Schwangerschaftsabbrüchen
- der Zustimmung, dass der Abbruch eine Straftat bleiben soll, und
- der Zustimmung zu den derzeitigen Regelungen.

Es konnte jedoch ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den drei Gruppen bezüglich der eigenen Beteiligung an der Entscheidung über einen Schwangerschaftsabbruch beobachtet werden.[13] Der Zusammenhang zwischen Gruppenzugehörigkeit und der eigenen Beteiligung war nach Cramers V = 0,213 jedoch lediglich schwach.

Straftatbestand und Regelung: Gesamtstichprobe und Befragtengruppen

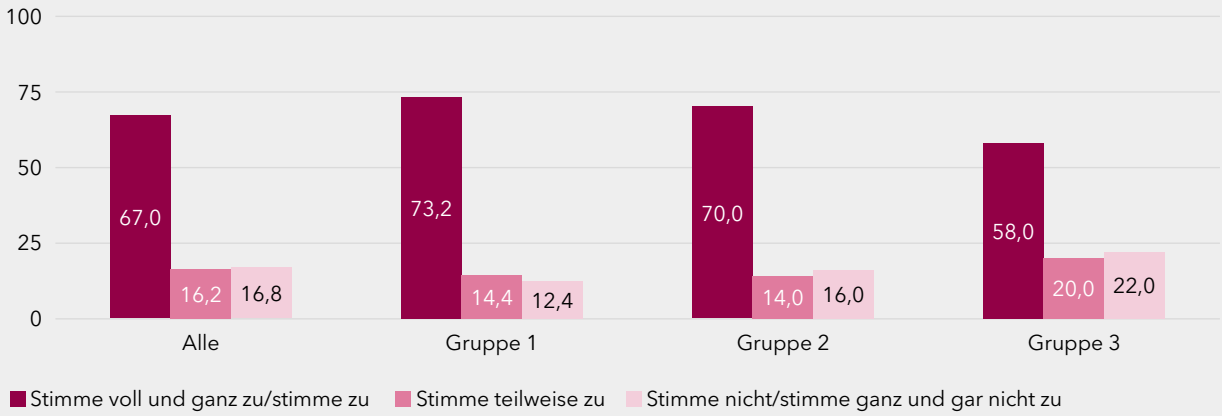
Wie viel Prozent der Befragten unserer Vignettenstudie (sowohl in der Gesamtstichprobe als auch in den drei Gruppen) befürworten die Kriminalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen und die derzeitige Gesetzgebung? Insgesamt 24,9 % der Befragten stimmen zu oder voll und ganz zu, dass der Schwangerschaftsabbruch eine Straftat bleiben soll. 12,6 % stimmen teilweise zu, während 62,5 % der Befragten nicht bzw. ganz und gar nicht zustimmen. In den einzelnen Befragtengruppen (Gruppe 1–3) zeigt sich ein ähnliches Bild (siehe Abbildung 4).

12 Überprüft mit Kruskal-Wallis-Tests, $p > 0,05$ (Alter, Verfolgung der Debatte zu Schwangerschaftsabbrüchen, Zustimmung, dass der Abbruch eine Straftat bleiben soll, Zustimmung zur derzeitigen Regelung) und Chi-Quadrat-Tests, $p > 0,05$ (Religionszugehörigkeit, Religiosität, Familienstand).

13 Überprüfung mit einem Chi-Quadrat-Test nach Pearson, $x^2(2) = 13,558$; $p = 0,001$; Cramers V = 0,213; keine erwarteten Zellhäufigkeiten <5.

ABBILDUNG 5

ZUSTIMMUNG ZUR BEIBEHALTUNG DER BESTEHENDEN GESETZLICHEN REGELUNGEN FÜR DIE GESAMTSTICHPROBE UND DIE EINZELNEN BEFRAGTENGRUPPEN (IN PROZENT)



Quelle: Die Abbildung wurde von den Autorinnen erstellt

67 % der Gesamtstichprobe befürworten die Beibehaltung der bestehenden gesetzlichen Regelung zum Schwangerschaftsabbruch. In Gruppe 1 und 2 stimmen 73,2 % bzw. 70 % zu/voll und ganz zu, dass die Regelung beibehalten werden soll (siehe Abbildung 5). In Gruppe 3 ist die Zustimmung geringer (58 %). Dabei handelt es sich jedoch nicht um eine statistisch signifikante Differenz.

Wir analysierten, ob es einen statistischen Zusammenhang zwischen den Variablen »Zustimmung zur Kriminalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen« und »Zustimmung zur bestehenden Regelung« gibt: Diejenigen, die zustimmen, dass der Schwangerschaftsabbruch eine Straftat bleiben soll, befürworten auch eher die Beibehaltung der bestehenden Regelungen. Mittels der Spearman-Korrelation kann ein statistisch signifikanter positiver, wenn auch schwacher Zusammenhang zwischen beiden Variablen beobachtet werden ($r = 0{,}209$).

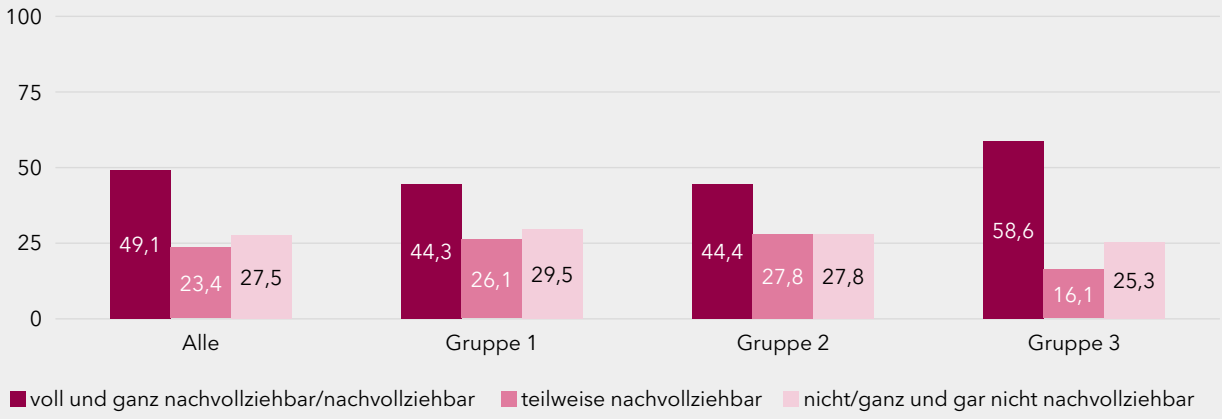
Wir wollten zudem wissen, ob sich eine Korrelation mit Alter, eigenen Erfahrungen mit einer Entscheidung über einen Schwangerschaftsabbruch, Familienstand und Religionszugehörigkeit feststellen lässt. Es besteht eine schwache, statistisch signifikante negative Korrelation zwischen dem Alter der Befragten und der Zustimmung zur Beibehaltung der aktuellen gesetzlichen Regelung ($r = -0{,}144$): Jüngere Befragte unterstützen diese Regelung eher. Eine signifikante Korrelation zwischen dem Alter und der Zustimmung, dass der Abbruch eine Straftat bleiben soll, konnte jedoch nicht nachgewiesen werden.

Ebenso gab es in der Gesamtstichprobe keinen signifikanten Unterschied zwischen Befragten, die bereits mit einer Entscheidung über einen Abbruch in ihrem eigenen Leben konfrontiert waren (z. B. bezüglich der Schwangerschaft einer Partnerin oder einer Tochter),[14] und denen, die dies nicht waren, hinsichtlich ihrer Zustimmung zum Straftatbestand (Mann-Whitney-U-Test, $U = 7509{,}000$; $z = -0{,}966$; $p = 0{,}334$) oder zur Beibehaltung der geltenden Regelung ($U = 7813{,}000$; $z = -0{,}825$; $p = 0{,}409$). Auch in Bezug auf die Lebenssituation zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen Paaren und Alleinlebenden hinsichtlich ihrer Zustimmung

14 Die Frage lautet: »Waren Sie schon einmal an der Entscheidungsfindung, ob eine Schwangerschaft ausgetragen oder abgebrochen werden soll, beteiligt? Beispielsweise bei einer Partnerin, Freundin, Schwester oder Tochter?«

ABBILDUNG 6

NACHVOLLZIEHBARKEIT DER ENTSCHEIDUNG ZUM SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH (AUSGANGSSZENARIO) FÜR DIE GESAMTSTICHPROBE UND DIE EINZELNEN BEFRAGTENGRUPPEN (IN PROZENT)



Quelle: Die Abbildung wurde von den Autorinnen erstellt.

zum Straftatbestand (U = 7 151,500; z = 0,682; p = 0,495) oder zur Beibehaltung der Regelung (U = 7 814,500; z = 1,198; p = 0,231).

Zudem gibt es innerhalb der Gesamtstichprobe zwar statistisch signifikante Unterschiede bezüglich der Religionszugehörigkeit (Kruskal-Wallis-Test, p = <0,006) bzw. der Religiosität (p = <0,001) hinsichtlich der Zustimmung dazu, dass der Schwangerschaftsabbruch eine Straftat bleiben soll, aber keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Religionszugehörigkeit (p = 0,375) und der Religiosität (p = 0,119) in Bezug auf die Zustimmung zur Beibehaltung der aktuellen Regelungen.

Ausgangsszenario: Gesamtstichprobe und Befragtengruppen

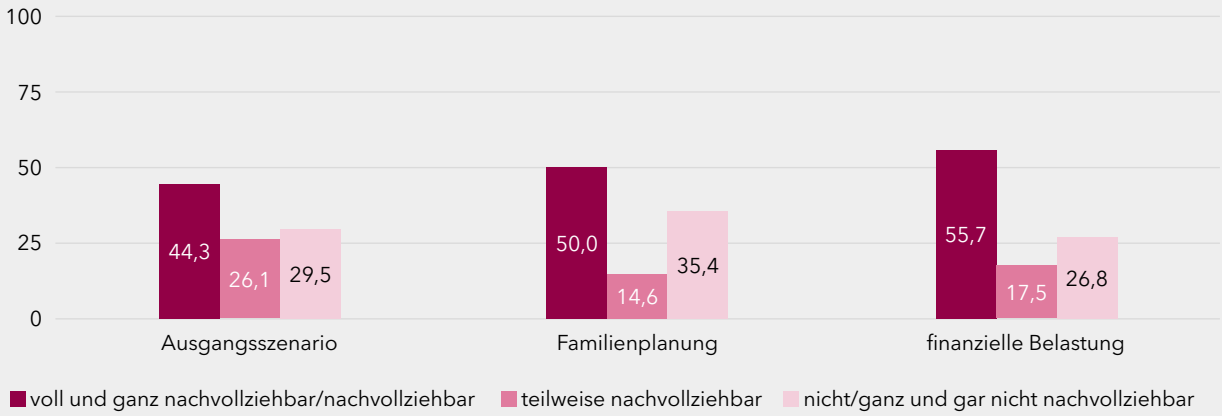
Werfen wir nun einen Blick auf die Ergebnisse der Vignettenbefragung, beginnend mit dem Ausgangsszenario, das für alle Gruppen gleich war.[15] Wir waren jeweils an der Nachvollziehbarkeit von Eva Schmidts Entscheidung interessiert. Für die Gesamtstichprobe zeigt sich, dass 49,1 % der Befragten Eva Schmidts Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch auch ohne Angabe von Gründen nachvollziehen können. 23,4 % können die Entscheidung teilweise nachvollziehen, 27,5 % können sie nicht oder ganz und gar nicht nachvollziehen. Aufgeschlüsselt nach den einzelnen Gruppen können 44,3 % in Gruppe 1, 44,4 % in Gruppe 2 und sogar 58,6 % in Gruppe 3 die Entscheidung nachvollziehen bzw. voll und ganz nachvollziehen (siehe Abbildung 6).

Wir gingen von der Hypothese aus, dass persönliche Erfahrung mit einer Entscheidung über einen Schwangerschaftsabbruch einen Unterschied machen könnte. Daher haben wir auf eine Korrelation zwischen den Variablen »Nachvollziehbarkeit von Eva Schmidts Entscheidung« und »eigene Beteiligung« getestet. Für die Gesamtstichprobe wurde ein Chi-Quadrat-Test nach Pearson zwischen der Gruppe der Befragten, die bereits an einer Entscheidung über einen Schwangerschaftsabbruch beteiligt waren, und der Gruppe, auf die das nicht zutrifft, und der Nachvollziehbarkeit von Eva Schmidts Entscheidung im Ausgangsszenario durchgeführt. Es gibt keinen statistisch signifikanten Zusammenhang

15 Am Ende des Beitrags sind alle Fragen angegeben

ABBILDUNG 7

VIGNETTE 1: AUSGANGSZENARIO, FAMILIENPLANUNG UND FINANZIELLE BELASTUNG (IN PROZENT)



Quelle: Die Abbildung wurde von den Autorinnen erstellt

zwischen eigener Beteiligung und der Nachvollziehbarkeit von Eva Schmidts Entscheidung ($x^2(2) = 0{,}13$; $p = 0{,}994$; keine erwarteten Zellhäufigkeiten < 5). Dieses Ergebnis gilt auch für die drei Gruppen.

Vignette 1: Familienplanung und finanzielle Belastung

Nachdem wir die Ergebnisse für das Ausgangsszenario in der Gesamtstichprobe und für alle Befragtengruppen vorgestellt haben, wenden wir uns nun Vignette 1 zu. Im Folgenden zeigen wir, in welchem Ausmaß die Befragten von Gruppe 1 Eva Schmidts Entscheidung in der zweiten und dritten Stufe der Vignette nachvollziehen können. Im Ausgangsszenario konnten 44,3 % der Befragten Eva Schmidts Entscheidung vollständig oder weitgehend nachvollziehen, während 29,5 % sie nicht bzw. gar nicht nachvollziehen konnten. Die zusätzliche Information, dass Eva Schmidt bereits drei Kinder hat und ihre Familienplanung abgeschlossen ist, erhöhte die Zustimmung auf 50 %. Gleichzeitig stieg jedoch auch der Anteil derjenigen, die ihre Entscheidung nicht oder überhaupt nicht nachvollziehen konnten, auf 35,4 %. Mit der dann folgenden Information, dass ein weiteres Kind finanzielle Schwierigkeiten für die Familie bedeuten würde, steigt die Nachvollziehbarkeit auf 55,7 % an, während die Gruppe, die Eva Schmidts Entscheidung nicht nachvollziehen kann, auf 26,8 % schrumpft. Abbildung 7 zeigt eine Gegenüberstellung der drei Stufen. Es wird ersichtlich, dass die Nachvollziehbarkeit linear ansteigt, während teilweise Nachvollziehbarkeit und Nicht-Nachvollziehbarkeit einen leicht U-förmigen Trend aufweisen.

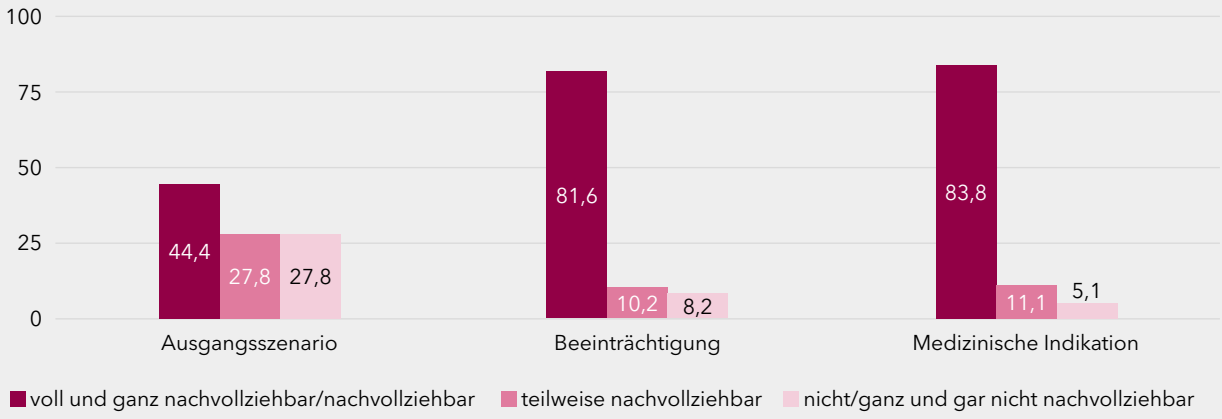
Mithilfe von Mann-Whitney-U-Tests wurde geprüft, ob ein Zusammenhang zwischen den Antworten der Befragten und deren Beteiligung an einer Entscheidung über einen Schwangerschaftsabbruch besteht. Bei einem Signifikanzniveau von 0,05 ergaben sich in keinem der drei Szenarien (Ausgangsszenario, Zusatzinformation zur Familienplanung, Zusatzinformation zur finanziellen Belastung) signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen.

Vignette 2: Beeinträchtigung des Embryos/Fötus und medizinische Indikation

Auch für Vignette 2 zeigten sich Veränderungen in den Antworten der Befragten. Gruppe 2 hatte Eva Schmidts Entscheidung ohne Angabe von Gründen zu 44,4 % voll und ganz nachvollziehen bzw. nachvollziehen können, 27,8 % konnten die Entscheidung jeweils teilweise nachvollziehen bzw. nicht oder ganz und gar nicht nachvollziehen. Die erste

ABBILDUNG 8

VIGNETTE 2: AUSGANGSSZENARIO, BEEINTRÄCHTIGUNG DES EMBRYOS/FÖTUS, MEDIZINISCHE INDIKATION (IN PROZENT)



Quelle: Die Abbildung wurde von den Autorinnen erstellt

Zusatzinformation in Vignette 2 ist, dass Eva Schmidt durch eine vorgeburtliche Untersuchung davon ausgehen kann, dass das Kind mit einer Mehrfachbehinderung zur Welt kommen wird. Mit diesem Grund für die Entscheidung zum Abbruch steigt die Nachvollziehbarkeit stark an auf 81,6 %. Sie verändert sich nur noch wenig (Anstieg auf 83,8 %), nachdem die zweite Information gegeben wurde, dass Eva Schmidt im Rahmen der sogenannten medizinischen Indikation einen Schwangerschaftsabbruch nach 16 Schwangerschaftswochen durchführen möchte. Als Hintergrundinformation wird in dieser dritten Stufe der Vignette erläutert, dass die rechtliche Lage in Deutschland vorsieht, dass die Schwangerschaft bis zur 22. Woche abgebrochen werden kann, wenn die schwangere Person eine schwerwiegende Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes befürchtet. Es wird angegeben, dass Eva Schmidt dies befürchtet und sich deshalb in der 16. Woche für einen Abbruch entscheidet (siehe Abbildung 8).

Mithilfe von Mann-Whitney-U-Tests wurde geprüft, ob ein Zusammenhang zwischen den Antworten der Befragten und deren Beteiligung an einer Entscheidung über einen Schwangerschaftsabbruch besteht. Bei einem Signifikanzniveau von 0,05 ergaben sich in keinem der drei Szenarien signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen.

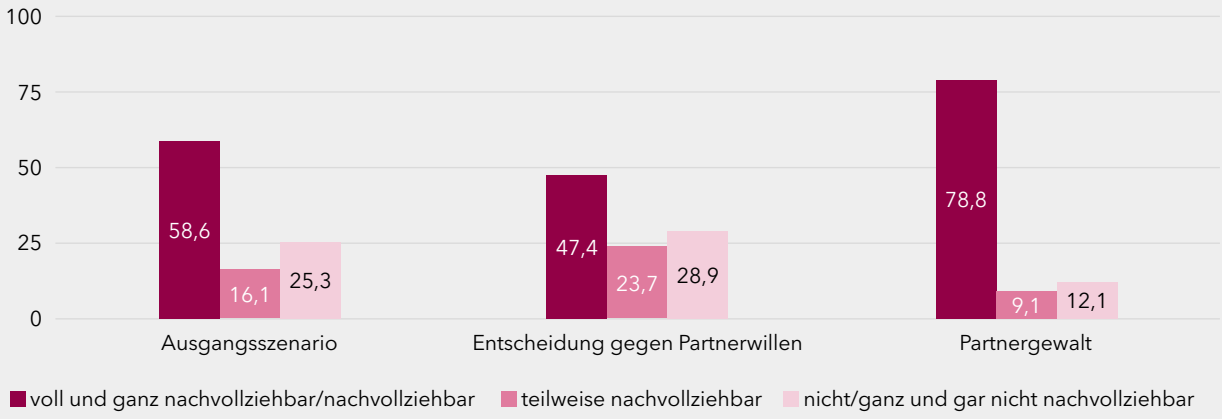
Vignette 3: Entscheidung gegen den Partnerwillen und Partnergewalt

Gruppe 3 weist im Ausgangsszenario mit 58,6 % die höchste Nachvollziehbarkeitsrate der drei Gruppen auf. Die Information, dass Eva Schmidt gegen den Wunsch ihres Partners Klaus, der auch der Erzeuger ist, einen Abbruch durchführen lassen will, führt zunächst zu einer Abnahme der Nachvollziehbarkeit auf 47,4 %. Mit der zweiten Information, dass der Partner ihr gegenüber gewalttätig ist und dies der Grund für ihre Entscheidung zum Abbruch ist, steigt die Nachvollziehbarkeit auf 78,8 % an und übersteigt so die bereits recht hohe Nachvollziehbarkeitsrate des Ausgangsszenarios. Nach Hinzufügen der zweiten Information stiegen sowohl die Nicht-Nachvollziehbarkeit (28,9 %) als auch die teilweise Nachvollziehbarkeit (23,7 %) an. Die Zusatzinformation zur Gewalttätigkeit des Partners führte anschließend zu einem deutlichen Rückgang beider Werte auf 12,1 % bzw. 9,1 % (siehe Abbildung 9).

Wie in den anderen beiden Vignetten besteht auch hier kein signifikanter Zusammenhang mit der eigenen Beteiligung der Befragten.

ABBILDUNG 9

VIGNETTE 3: AUSGANGSSZENARIO, ENTSCHEIDUNG GEGEN PARTNERWILLEN, PARTNERGEWALT (IN PROZENT)



Quelle: Die Abbildung wurde von den Autorinnen erstellt

Eine weitergehende Analyse von Vignette 3: Korrelation zwischen Einstellungen zu Schwangerschaftsabbrüchen und Nachvollziehbarkeit von Eva Schmidts Entscheidung

Im Folgenden schauen wir uns exemplarisch die Ergebnisse für Vignette 3 (N = 101) genauer an, da hier die Entwicklung der Nachvollziehbarkeit besonders deutlich ausfällt. Zur Erinnerung: In allen Gruppen zeigt sich, dass in der letzten Stufe der Vignette die Nachvollziehbarkeit von Eva Schmidts Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch am größten ist. In Gruppe 1 erhöht sie sich um 11,4 %, in Gruppe 2 um 39,4 % und in Gruppe 3 um 20,2 %. In den folgenden Abschnitten zeigen wir nun, dass auch Befragte, die zuvor zugestimmt haben, dass Schwangerschaftsabbruch eine Straftat bleiben soll, zumindest in der dritten Stufe der Vignette Eva Schmidts Entscheidung mehrheitlich nachvollziehen können.

Korrelation zwischen Einstellungen zu Schwangerschaftsabbrüchen und Nachvollziehbarkeit von Eva Schmidts Entscheidung im Ausgangsszenario von Vignette 3

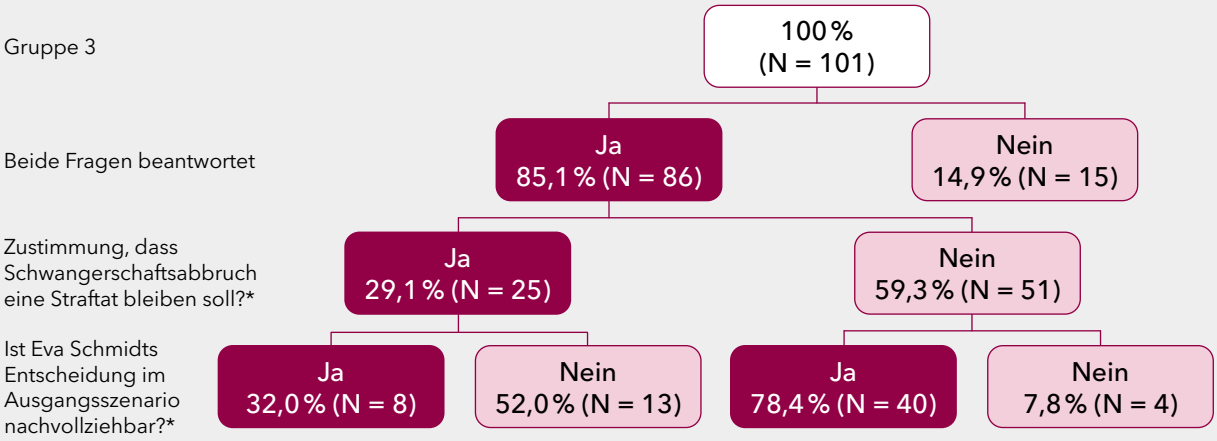
Von den Befragten in Gruppe 3 beantworteten 85,1 % sowohl die Frage zur Straftatlichkeit von Schwangerschaftsabbrüchen als auch die Frage zur Nachvollziehbarkeit des Ausgangsszenarios (siehe Abbildung 10). 29,1 % stimmten der Strafbarkeit zu, wobei ein Drittel von ihnen (32 %) dennoch die Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch bereits im Ausgangsszenario nachvollziehen konnte. Etwa die Hälfte dieser Gruppe (52 %) konnte die Entscheidung dagegen nicht nachvollziehen. Von denjenigen, die die Straftatlichkeit von Schwangerschaftsabbrüchen vollständig ablehnten (59,3 %), konnte die Mehrheit (78,4 %) die Entscheidung nachvollziehen, während eine kleine Minderheit (7,8 %) diese trotz ihrer ablehnenden Haltung zur Strafbarkeit nicht nachvollziehen konnte. Die mittlere Kategorie wurde in der Darstellung nicht berücksichtigt, um die Übersichtlichkeit zu wahren.

Veränderungen in der zweiten und dritten Stufe von Vignette 3

Von den Befragten in Gruppe 3 beantworteten 95 % sowohl die Frage zur Straftatlichkeit von Schwangerschaftsabbrüchen als auch die Frage zur Nachvollziehbarkeit von Eva Schmidts Entscheidung in der zweiten Stufe der Vignette. 28 % stimmten der Strafbarkeit zu, wobei 29,6 % dennoch die Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch nachvollziehen konnten. 44,4 % dieser Gruppe konnten die Entscheidung dagegen nicht nachvollziehen.

ABBILDUNG 10

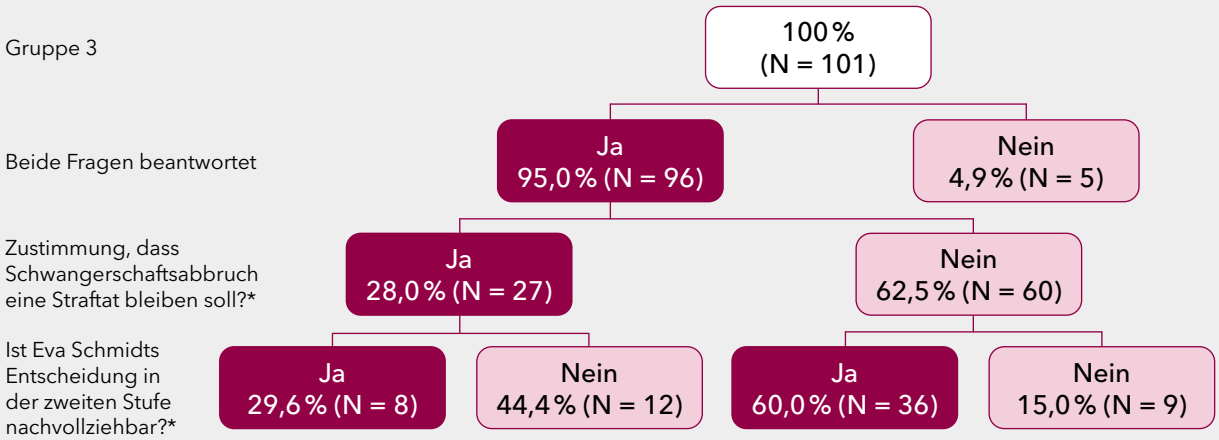
DARSTELLUNG DES ZUSAMMENHANGS ZWISCHEN EINSTELLUNGEN ZU SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH ALS STRAFTATBESTAND UND NACHVOLLZIEHBARKEIT DER ENTSCHEIDUNG IM AUSGANGSSZENARIO VON VIGNETTE 3



* Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurde die Formulierung vereinfacht: »Ja« entspricht hier »stimmen zu/voll und ganz zu« und »Nein« entspricht »stimmen nicht/ganz und gar nicht zu«. Die mittlere Kategorie der Dreier-Skala wurde in der Darstellung ausgelassen. Quelle: Die Abbildung wurde von den Autorinnen erstellt

ABBILDUNG 11

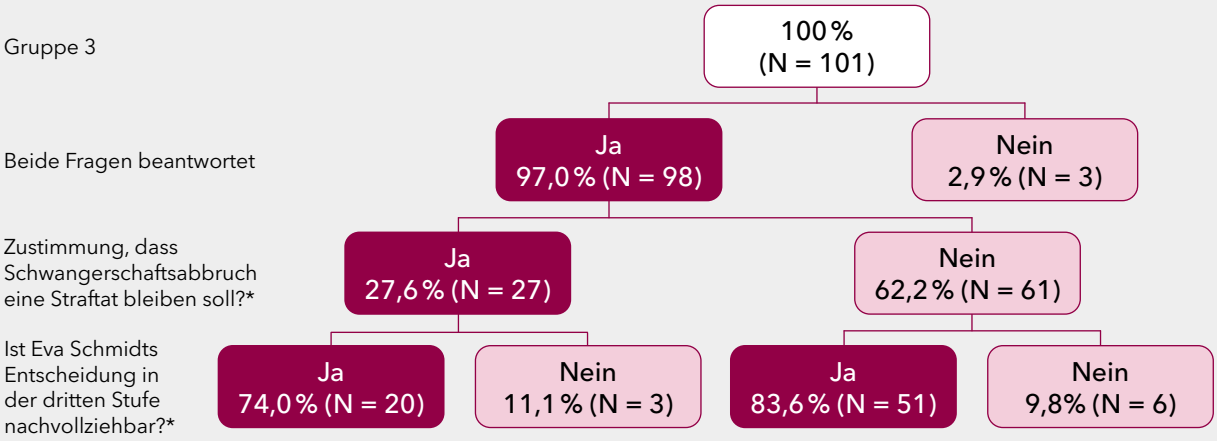
DARSTELLUNG DES ZUSAMMENHANGS ZWISCHEN EINSTELLUNG ZU SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH ALS STRAFTATBESTAND UND NACHVOLLZIEHBARKEIT DER ENTSCHEIDUNG GEGEN DEN WILLEN DES PARTNERS



* Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurde die Formulierung vereinfacht: »Ja« entspricht hier »stimmen zu/voll und ganz zu« und »Nein« entspricht »stimmen nicht/ganz und gar nicht zu«. Die mittlere Kategorie der Dreier-Skala wurde in der Darstellung ausgelassen. Quelle: Die Abbildung wurde von den Autorinnen erstellt

ABBILDUNG 12

DARSTELLUNG DES ZUSAMMENHANGS ZWISCHEN EINSTELLUNG ZU SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH ALS STRAFTATBESTAND UND NACHVOLLZIEHBARKEIT DER ENTSCHEIDUNG IM FALL VON PARTNERGEWALT IN VIGNETTE 3



* Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurde die Formulierung vereinfacht: »Ja« entspricht hier »stimmen zu/voll und ganz zu« und »Nein« entspricht »stimmen nicht/ganz und gar nicht zu«. Die mittlere Kategorie der Dreier-Skala wurde in der Darstellung ausgelassen. Quelle: Die Abbildung wurde von den Autorinnen erstellt

62,5 % lehnten die Strafbarkeit von Schwangerschaftsabbrüchen vollständig ab. Davon konnten 60 % die Entscheidung nachvollziehen, 15 % konnten diese nicht nachvollziehen. Die mittlere Kategorie wurde in der Darstellung nicht berücksichtigt, um die Übersichtlichkeit zu wahren.

Die Abbildungen 11 und 12 zeigen die oben beschriebenen Veränderungen in der zweiten sowie die Veränderungen in der dritten Stufe. Abbildung 13 zeigt einen Überblick über die beschriebenen Veränderungen in Vignette 3.

Vergleicht man beide Abbildungen, so wird ersichtlich, dass sich die Nachvollziehbarkeit von Eva Schmidts Entscheidung unabhängig davon, ob dem Straftatbestand zugestimmt wird oder nicht, erhöht. In der dritten Stufe von Vignette 3 stimmen 74 % zu, dass Schwangerschaftsabbruch ein Straftatbestand bleiben soll, und finden Eva Schmidts Entscheidung trotzdem nachvollziehbar. Schwangerschaftsabbruch als Straftatbestand zu sehen verhindert folglich nicht, dass jemand Eva Schmidts Entscheidung angesichts ihrer spezifischen Umstände nachvollziehen kann.

Es ist wichtig, zu bedenken, dass die Frage nach Schwangerschaftsabbruch als Straftatbestand nur einmal gestellt wurde, d. h., wir haben diese Frage nach den Vignettenfragen nicht noch einmal gestellt. Die beobachtete Einstellungsveränderung bezieht sich nur auf die Nachvollziehbarkeit von Eva Schmidts Entscheidung und impliziert nicht, dass sich die deutlich abstraktere Bewertung von Schwangerschaftsabbruch als Straftatbestand grundsätzlich geändert hat.

Diskussion

Zur Interpretation der Ergebnisse

Die Interpretation der Ergebnisse ist herausfordernd. Während die Zustimmung zur Straftatlichkeit von Schwangerschaftsabbrüchen relativ klar moralische und rechtliche Ablehnung signalisiert, ist die Bewertung der bestehenden gesetzlichen Regelun-

ABBILDUNG 13

ÜBERSICHT DER EINSTELLUNGEN ZU SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH ALS STRAFTATBESTAND UND NACHVOLLZIEHBARKEIT DER ENTSCHEIDUNG IN DEN VERSCHIEDENEN STUFEN VON VIGNETTE 3 (IN PROZENT)

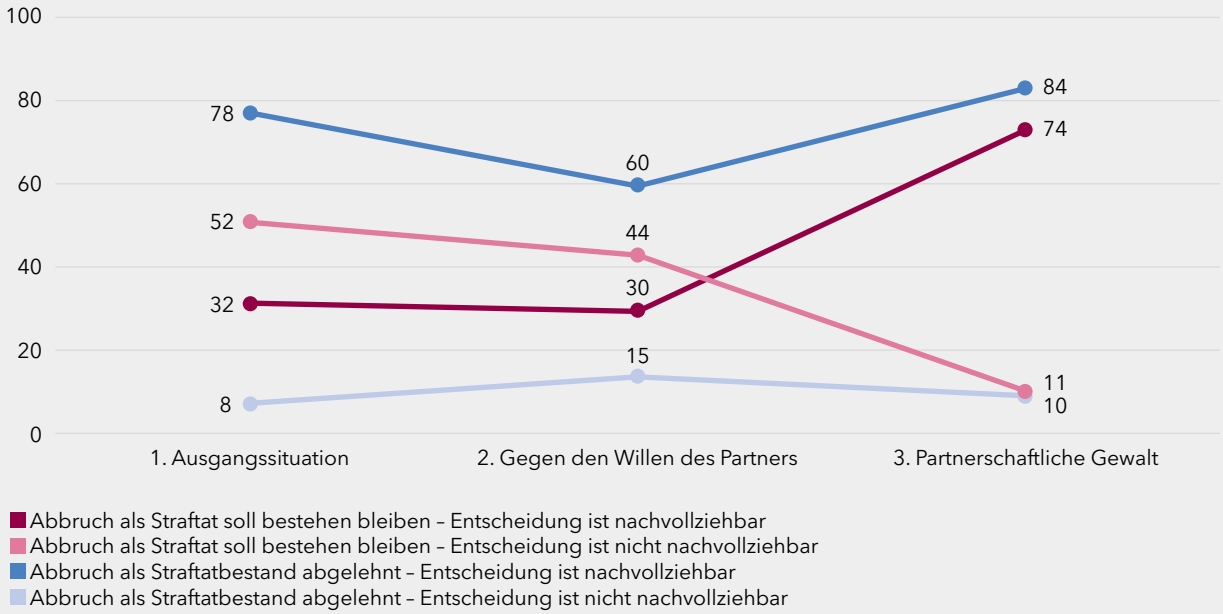


Abbildung 13 ist eine kondensierte Fassung der Darstellungen im Abschnitt »Korrelation zwischen Einstellungen zu Schwangerschaftsabbrüchen und Nachvollziehbarkeit von Eva Schmidts Entscheidung im Ausgangsszenario von Vignette 3« bzw. der Abbildungen 10–12. Sie zeigt den Trend über alle drei Stufen der Vignette.
Quelle: Die Abbildung wurde von den Autorinnen erstellt

gen weniger eindeutig. Ablehnung kann sowohl auf eine Wahrnehmung der geltenden Regelungen als zu liberal oder als zu restriktiv hinweisen. Die Kritik könnte auch einzelnen Aspekten wie der 12-Wochen-Frist oder der Beratungspflicht gelten, ohne dass die Richtung der Kritik klar ist. Zudem bleibt fraglich, ob alle Befragten die rechtlichen Regelungen und ihre praktischen Konsequenzen vollständig verstehen, auch wenn sie in der Befragung erläutert wurden. Dies erschwert die Interpretation der beobachteten Korrelation zwischen den beiden Einstellungsfragen.

Bei den Ergebnissen zu Vignette 1 (siehe Abbildung 7) scheint die abgeschlossene Familienplanung als Grund für einen Abbruch vergleichsweise wenig nachvollziehbar zu sein. Zur Erinnerung: Die Information, dass Eva Schmidt bereits drei Kinder hat, führt zu einem Anstieg der Nachvollziehbarkeit von 44,3 % auf 50 %, die Zusatzinformationen über die drohenden finanziellen Schwierigkeiten führt zu einem weiteren Anstieg auf 55,7 %. Gleichzeitig wächst die Gruppe derer, die die Entscheidung nicht/ganz und gar nicht nachvollziehen können, jedoch von 29,5 % im Ausgangsszenario auf 35,4 % und schrumpft nach der Zusatzinformation über die finanzielle Belastung der Familie wieder auf 26,8 %. Möglicherweise wird die Belastung für die schwangere Person und die Familie durch ein weiteres Kind als eher gering eingeschätzt.

Die Ergebnisse zu Vignette 2 (siehe Abbildung 8) werfen die Frage auf, ob und inwiefern die Befragten einen Unterschied zwischen den beiden Zusatzinformationen gesehen haben. Die zugegebenermaßen recht komplexe Fragestellung führt

zudem zu der Schwierigkeit, dass unklar ist, ob in erster Linie die gesetzliche Regelung zur medizinischen Indikation oder Eva Schmidts Entscheidung für den Schwangerschaftsabbruch nach 16 Wochen oder eine Mischung aus beidem von den Befragten bewertet wurde. Hier ist weitere Forschung vonnöten. Qualitative Forschung, z. B. eine Interview- oder Fokusgruppenstudie, könnte dabei helfen, die Fragen einer erneuten quantitativen Vignettenstudie zu schärfen.

Wenig überraschend, aber diskussionswürdig ist das Ergebnis, dass in Vignette 2 offenbar die Möglichkeit einer Behinderung im Vergleich mit den zweiten und dritten Stufen der beiden anderen Vignetten als besonders legitimer Grund für einen Abbruch gilt. Vor dem Hintergrund des gesellschaftlichen Diskurses über pränatale Diagnostik einerseits – insbesondere über die seit 2022 in Deutschland von den Krankenkassen bezahlte nicht-invasive Pränataldiagnostik (NIPT), mit der ein Screening nach den Chromosomenanomalien Trisomie 13, 18 und 21 durchgeführt wird – und des Inklusionsdiskurses andererseits gibt dieser Befund zu denken. Weitere quantitative und insbesondere qualitative Forschung ist hier vonnöten, um etwa der Frage nachzugehen, was die Gründe für die Einstellung der Befragten sind und was zu einer eventuellen Einstellungsänderung führen könnte.

Dass Vignette 3 das deutlichste Ergebnis zeigt, ist angesichts des Themas Partnergewalt wenig überraschend, weil hier am ehesten mit Empathie der Befragten gegenüber Eva Schmidt zu rechnen ist. So nennen Bueno et al. (2023) Empathie gegenüber Frauen als einen wichtigen Grund für die Einnahme einer liberaleren Haltung. Auch Cheng et al. (2024) betonen Empathie als Grund für die Befürwortung des Schwangerschaftsabbruchs. Es gilt jedoch zu bedenken, dass die Befragten in unserer Studie, wenn sie etwa an eine eigene Partnerschaft denken, eine potenzielle Täterrolle im Szenario einnehmen. Daher kann nicht zwangsläufig von Empathie ausgegangen werden. Es stellt sich zudem die Frage nach der sozialen Erwünschtheit. Auspurg et al. (2009) weisen zwar darauf hin, dass Vignettenbefragungen grundsätzlich weniger als andere Einstellungsbefragungen durch einen *social desirability bias* verzerrt werden, trotzdem kann dies nicht ausgeschlossen werden.

Auch wenn aufgrund des kleinen Samples kaum verallgemeinerbare Schlüsse gezogen werden können, so spricht der Anstieg der Anzahl an Personen, die einen Schwangerschaftsabbruch als Straftatbestand befürworten und trotzdem Eva Schmidts Entscheidung zum Abbruch nachvollziehen bzw. voll und ganz nachvollziehen können, vom Ausgangsszenario (32 %) bis zur dritten Stufe (74 %) in Vignette 3 deutlich dafür, dass Menschen ihre Haltung situativ und kontextbezogen ändern.

In Vignette 3 fällt zudem auf, dass 9,8 % der Befragten (N = 6) trotz ihrer liberalen Haltung zu Schwangerschaftsabbrüchen Eva Schmidts Entscheidung bei Partnergewalt nicht nachvollziehen konnten. Dies könnte darauf hinweisen, dass für diese Personen eine Entscheidung gegen den Willen des Partners prinzipiell nicht akzeptabel ist. Von diesen Befragten waren jedoch nur 33,3 % (entspricht 2 der 6 Befragten) bereits an einer Entscheidung beteiligt. Ein statistischer Zusammenhang zwischen Nachvollziehbarkeit und eigener Beteiligung konnte, wie gezeigt, jedoch nicht festgestellt werden.

Einordnung in den Forschungskontext

Die Ergebnisse der Studie verdeutlichen zwei zentrale Aspekte: Erstens befürwortet selbst innerhalb der tendenziell skeptischen Zielgruppe nur eine Minderheit die Einstufung von Schwangerschaftsabbrüchen als Straftatbestand. Zweitens erhöhen zusätzliche Informationen über die Umstände oder Gründe einer Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch die Nachvollziehbarkeit dieser Entscheidung, sogar bei Personen, die grundsätzlich für die Beibehaltung der Strafbarkeit sind. Die Ergebnisse legen nahe, dass die pauschale Annahme einer gesellschaftlichen Spaltung in der Frage des Schwangerschaftsabbruchs für Deutschland nicht-zutreffend ist. Während die Debatte in öffentlichen und politischen Diskursen oft emotionalisiert und polarisiert erscheint, zeichnet sich bei der befragten Zielgruppe ein differenzierteres Bild ab. Die überwiegende Mehrheit lehnt die Strafbarkeit von Schwangerschaftsabbrüchen ab, und selbst unter den Befürwortern der Strafbarkeit führen zusätzliche

Informationen zu einer erhöhten Nachvollziehbarkeit individueller Entscheidungen. Dies deutet darauf hin, dass die Einstellungen nicht absolut oder unversöhnlich sind, sondern zumindest in Teilen offen für Kontextinformationen und situative Differenzierung.

Die Relevanz situativer Informationen für Einstellungsänderungen wird auch in der internationalen Forschungsliteratur hervorgehoben. Jozkowski et al. (2018) fanden in einer Studie unter Studierenden in konservativen US-Bundesstaaten heraus, dass die Positionen der Befragten häufig komplex und kontextabhängig sind. Obwohl nur etwa die Hälfte der Befragten sich als »pro-choice« identifizierte, befürwortete die Mehrheit den Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen unter bestimmten Bedingungen. Dieses Ergebnis unterstreicht, dass die Auseinandersetzung mit konkreten Fallkontexten zu differenzierten Bewertungen führen kann.

Kim und Steinberg (2023) ergänzen, dass der Kontakt zu Personen, die einen Schwangerschaftsabbruch hatten, die Wahrscheinlichkeit erhöht, eine positive Einstellung zu Schwangerschaftsabbrüchen zu entwickeln. Sie verweisen dabei auf Gordon W. Allport (1979), dessen Theorie nahelegt, dass direkte Interaktion Vorurteile reduzieren kann. Dies lässt sich mit unseren Ergebnissen verbinden: Befragte, die situatives Wissen über die Gründe eines Abbruchs erhalten, könnten empathischer reagieren und weniger ablehnende Haltungen einnehmen.

Osborne et al. (2022) zeigen zudem, dass die Akzeptanz von Schwangerschaftsabbrüchen stark vom wahrgenommenen Grund abhängt. Während *traumatic abortions* (z. B. bei Vergewaltigung oder Lebensgefahr) häufig akzeptiert werden, stoßen *elective abortions*[16] auf mehr Widerstand. Dieser Befund lässt sich auch auf unsere Vignetten übertragen, wobei man sich bei Vergleichen von Kategorisierungen über verschiedene Länder hinweg klar machen muss, dass diese Kategorisierungen nicht völlig übereinstimmen (für einen Ländervergleich siehe Ertan & Yaman, 2025). *Traumatic abortion* kann als Sammelbegriff verstanden werden, der sowohl die medizinische als auch die kriminologische Indikation im deutschen Recht umfasst (siehe S. 40 f.). Entsprechend kann der Schwangerschaftsabbruch in Vignette 2 als *traumatic abortion* kategorisiert werden, während Vignetten 1 und 3 als *elective abortions* gelten können.[17] Die höhere Nachvollziehbarkeit bei Vignette 2 spiegelt die Ergebnisse von Osborne wider.

Cheng et al. (2024) betonen den Einfluss von Empathie: Während Empathie mit der schwangeren Person mit einer höheren Akzeptanz von Schwangerschaftsabbrüchen korreliert, zeigt Empathie gegenüber dem Embryo oder Fötus eine entgegengesetzte Wirkung. Dieser Zusammenhang verdeutlicht, warum situative Informationen und die damit verbundene Fokussierung auf die Perspektive der Schwangeren entscheidend sein können.

In der Gesamtschau zeigen diese Studien, dass die Ausdifferenzierung von Einstellungen zu Schwangerschaftsabbrüchen durch Kontextinformationen, persönliche Erfahrungen und Empathie beeinflusst wird. Unsere Ergebnisse stützen diese Befunde und unterstreichen, dass differenzierte Kommunikation eine Schlüsselrolle bei der Förderung eines gesellschaftlichen Konsenses spielen könnte. In Deutschland bietet dies eine Grundlage, um die Debatte sachlicher und weniger polarisiert zu führen.

Es stellt sich die Frage, warum Menschen in unserer Vignettenstudie auf allgemeine Haltungsfragen anders reagieren als bei konkreten Fallbeispielen. Empathie könnte auch hier eine entscheidende Rolle spielen: Insbesondere Personen mit wenig Vorwissen über das Thema entwickeln möglicherweise

16 Der Begriff der »elective abortion« ist umstritten (siehe Watson, 2018).

17 Der Abbruch einer Schwangerschaft, die die Folge einer Vergewaltigung ist, fällt unter die kriminologische Indikation und daher auch unter den Begriff der »traumatic abortion«. Partnergewalt ist jedoch weder von der medizinischen noch von der kriminologischen Indikation abgedeckt. Entsprechend müsste ein solcher Schwangerschaftsabbruch als »elective abortion« bezeichnet werden.

erst durch situative Informationen über den konkreten Fall die Fähigkeit, empathisch zu reagieren. Unsere Studie deutet darauf hin, dass widersprüchliche Antworten auf Einstellungsfragen und konkrete Vignetten möglicherweise durch Empathie und Ambivalenz erklärt werden können. Wie Craig et al. (2002) zeigen, entsteht Ambivalenz häufig in Situationen, die widersprüchliche Kernwerte berühren. In ihrer Studie aus Florida, USA, waren *Pro-life*-Personen bei *elective abortions* ambivalenter, während *Pro-choice*-Personen bei *traumatic abortions* größere Unsicherheiten zeigten. Dieser Befund unterstreicht die Bedeutung von Kontextwissen und inneren Wertkonflikten für die Meinungsbildung (siehe auch Pullan & Trail, 2025).

Fazit

Die Studie zeichnet sich dadurch aus, dass sie die unseres Wissens einzige Vignettenbefragung zum Thema Schwangerschaftsabbruch im deutschsprachigen Raum ist. Sie weist jedoch auch einige Limitationen auf. Zunächst ist hier die kleine Stichprobe von nur insgesamt 302 Befragten zu nennen. Zudem ist zu erwähnen, dass das Bundesland Berlin zur Vereinfachung des Screenings nach Einschlusskriterien ausgenommen wurde und die Verteilung der Befragten auf die übrigen westdeutschen Bundesländer nicht repräsentativ ist. Das Fehlen weiterer Kontrollvariablen wie Einkommen, Bildungsniveau, Wohnort in der Stadt/auf dem Land und Berufsklasse kann als weitere Einschränkung genannt werden. Die Entscheidung, nur Festnetz-Telefonnummern einzubeziehen, schließt zusätzlich Personen aus, die ausschließlich mobil oder via Internet telefonieren, was in unserer Zielgruppe ab 41 Jahren jedoch weniger ausschlaggebend ist. Letztlich gibt es den Bias, dass – wie in allen Umfragestudien – mutmaßlich nur Personen, die ein persönliches Interesse an der Teilnahme an Meinungsumfragen haben, an der Befragung teilgenommen haben könnten. In unserer Studie wurde jedoch nicht zu Beginn gesagt, dass es um die Einstellung zu Schwangerschaftsabbrüchen geht, sondern diese wurden nach den ersten beiden Fragen als Beispiel für die familien- und gesellschaftspolitische Politik der aktuellen Bundesregierung eingeführt. Somit konnte zumindest dem Bias vorgebeugt werden, dass nur Menschen, die besonders an diesem Thema interessiert sind, partizipieren.

In einer Folgestudie könnte der Name Eva Schmidt variiert werden, um zu prüfen, ob sich die Antworten ändern, wenn ein Name mit möglichem Migrationshintergrund gewählt wird. Der Bereich der Einstellungs- und demografischen Fragen könnte um Parteipräferenzen und eine Selbsteinschätzung im politischen Spektrum (»links/rechts«) erweitert werden. Zusätzlich wäre es sinnvoll, auch nach möglicher Elternschaft der Teilnehmenden zu fragen, da dies als Einflussfaktor auf Einstellungen zu Schwangerschaftsabbrüchen gilt (Clarke et al., 2023; Osborne et al., 2022). Religiosität und Religionszugehörigkeit spielten in unserer Studie kaum eine Rolle, während sie von Osborne et al. (2022) als relevante Einflussfaktoren hervorgehoben werden. Die Ergebnisse beziehen sich aber auf die USA und Neuseeland, könnten kulturell bedingt sein und sind nicht zwangsläufig auf Deutschland übertragbar. Eine Folgestudie mit einem größeren, diverseren Sample könnte dennoch neue Erkenntnisse über den Einfluss von Religiosität in einem deutschen Kontext liefern. Zudem könnte eine solche Folgestudie die Rolle der Empathie weiter erforschen, indem entweder im Anschluss an die Vignettenfragen nach den Gründen für eine Änderung in der Nachvollziehbarkeit von Eva Schmidts Entscheidung gefragt wird oder indem die quantitative Umfrage um ein qualitatives Interview oder eine Fokusgruppenstudie ergänzt wird, in der es dann um Empathie geht.

Unsere Studie liefert Hinweise darauf, dass eine differenzierte Kommunikation, die individuelle Lebensumstände und Entscheidungsgründe berücksichtigt, potenziell dazu beitragen kann, eine Annäherung zwischen unterschiedlichen Positionen zu fördern. Dies könnte insbesondere dann relevant werden, wenn politische Veränderungen, wie die Liberalisierung oder Abschaffung des § 218 StGB, angestrebt werden. Ein solcher Schritt, der auf eine breite Akzeptanz abzielt, erfordert eine sachliche und faktenorientierte Debatte, die über plakative Narrative hinausgeht und die Vielschichtigkeit des Themas in den Mittelpunkt stellt. Zusätzlich unterstreicht unsere Studie, dass die oft behauptete ge-

sellschaftliche Spaltung in der Frage des Schwangerschaftsabbruchs differenziert betrachtet werden sollte. Während die Debatte in der Öffentlichkeit häufig polarisiert erscheint, zeigen unsere Ergebnisse, dass auch Menschen mit restriktiveren Grundhaltungen unter bestimmten Umständen Verständnis für individuelle Entscheidungen aufbringen können. Dies legt nahe, dass die Einstellungen weniger unversöhnlich sind als oft angenommen.

Förderung

Das vorliegende Paper stellt den quantitativen Forschungsstrang des vom Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) geförderten Projekts »Dialogwerkstatt Schwangerschaftsabbruch« (Projektlaufzeit von April 2023 bis Dezember 2024) des Praxisforschungsinstituts Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. dar. Wir danken dem Bundesministerium für die Förderung der Studie. Der Inhalt gibt nicht unbedingt die Auffassung oder die offiziellen Verlautbarungen des Bundesministeriums wieder.

Danksagung

Wir danken unserer Kollegin Hannah Schipperges für ihre unschätzbare Unterstützung bei der Überprüfung der statistischen Tests und bei der Verbesserung der Lesbarkeit des Manuskripts. Zusätzlich danken wir Julia Lux und Philip Saunders für ihre Unterstützung.

Literatur

Adewuyi, T. D. (2012). Theories of Atittudes. In C. D. Logan & M. I. Hodges (Hg.), *Psychology of Attitudes* (S. 62–78). Nova Science Publishers.

Allport, G. W. (1979). *The Nature of Prejudice*. 25th Anniversary Edition. Basic Books (Perseus Books Group).

Atzmüller, C., & Steiner, P. M. (2010). Experimental Vignette Studies in Survey Research. *Methodology, 6*(3), 128–138. https://doi.org/10.1027/1614-2241/a000014

Auspurg, K., Hinz, T., & Liebig, S. (2009). Komplexität von Vignetten, Lerneffekte und Plausibilität im Faktoriellen Survey. *Methoden, Daten, Analysen,* 3(1), 59–96. https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-126659

Banaszak, L. A. (1998). East-West differences in German abortion opinion. *Public Opinion Quarterly,* 62, 545–582. https://bpb-us-e1.wpmucdn.com/sites.psu.edu/dist/f/6382/files/2013/09/Banaszak-1998-POQ.pdf

Bortz, J., & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (7. Auflage). Springer Medizin Verlag.

Bueno, X., Asamoah, N. A., LaRoche, K. J., Dennis, B., Crawford, B. L., Turner, R. C., Lo, W.-J., & Jozkowski, K. N. (2023). People's perception of changes in their abortion attitudes over the life course. A mixed methods approach. *Advances in Life Course Research,* 57, 100558. https://doi.org/10.1016/j.alcr.2023.100558

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2024). *Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin legt Abschlussbericht vor,* letzter Zugriff 20. November 2024, https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/presse/pressemitteilungen/kommission-zur-reproduktiven-selbstbestimmung-und-fortpflanzungsmedizin-legt-abschlussbericht-vor-238414

Busch, U. (2022). Schwangerschaftsabbruch in Deutschland. Zwischen sexuellen und reproduktiven Rechten und strafrechtlicher Verankerung. *Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesellschaftswissenschaften 53. Sexualität und Reproduktion zwischen individuellen Vorstellungen und gesellschaftlichen Normen* (S. 86–111). Argument Verlag.

CDU, CSU, & SPD (2025). *Verantwortung für Deutschland. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 21. Legislaturperiode,* letzter Zugriff 03. Juni 2025. https://www.koalitionsvertrag2025.de/sites/www.koalitionsvertrag2025.de/files/koav_2025.pdf

Cheng, J., Xu, P., & Thostenson, C. (2024). Psychological traits and public attitudes towards abortion: The role of empathy, locus of control, and need for cognition. *Humanities and Social Sciences Communications,* 11(1), Article number: 23. https://doi.org/10.1057/s41599-023-02487-z

Clarke, E. V., Sibley, C. G., & Osborne, D. (2023). Examining Changes in Abortion Attitudes Following the Transition to Parenthood. *Sex Roles,* 89(9–10), 505-516. https://doi.org/10.1007/s11199-023-01408-3

Craig, S. C., Kane, J. G., & Martinez, M. D. (2002). Sometimes You Feel Like a Nut, Sometimes You Don't: Citizens' Ambivalence About Abortion. *Political Psychology,* 23(2), 285–301. https://doi.org/10.1111/0162-895X.00282

deutschlandfunk.de (2024). *Paragraf 218 – Regierung will »Spaltung der Gesellschaft« über Abtreibung vermeiden.* Die Nachrichten, letzter Zugriff 20. November 2024. https://www.deutschlandfunk.de/regierung-will-spaltung-der-gesellschaft-ueber-abtreibung-vermeiden-100.html

Ehl, D. (2024). *What next for Germany after government collapse? A timeline,* letzter Zugriff 03. März 2025. https://www.dw.com/en/what-next-for-germany-after-government-collapse-a-timeline/a-70729309

ELSA-Studie (2024) *Fact Sheet. Ausgewählte Ergebnisse aus dem ELSA-Forschungsprojekt.* 19810-fact_sheets_gesamt_april_2024.pdf

Ertan, S., & Yaman, S. (2025). Abortion Laws in Democracies: Revisiting the Political Development Aspect of Modernization. *Interdisciplinary Political Studies,* 11(1), 11–30. https://doi.org/10.1285/i20398573v11n1p11

GESIS-Leibniz-Institut Für Sozialwissenschaften (2021). *ALLBUS/GGSS 1980-2018 (Kumulierte Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften/Cumulated German General Social Survey 1980–2018) Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften ALLBUS - Kumulation 1980–2018* (1.1.0) [dataset]. GESIS Data Archive. https://doi.org/10.4232/1.13748

GESIS-Leibniz-Institut Für Sozialwissenschaften (2023). *ALLBUS/GGSS 2021 (Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften/German General Social Survey 2021) Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften ALLBUS 2021* (Version 2.0.1) [Dataset]. GESIS. https://doi.org/10.4232/1.14238

GESIS-Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (o. J.) ALLBUS, zuletzt abgerufen 22. November 2024. https://www.gesis.org/allbus

Jozkowski, K. N., Crawford, B. L., & Hunt, M. E. (2018). Complexity in Attitudes Toward Abortion Access: Results from Two Studies. *Sexuality Research and Social Policy,* 15(4), 464–482. https://doi.org/10.1007/s13178-018-0322-4

Jung, A., Korn, A., Winter, K., & Brzank, P. J. (2023). Vulnerabilitäten und Handlungsmacht von ungewollt Schwangeren mit Partnergewalterfahrungen: die Komplexität der Gleichzeitigkeit. *Psychologie & Gesellschaftskritik* 47(188), 357–382.

Kim, T., & Steinberg, J. R. (2023). Individual changes in abortion knowledge and attitudes. *Social Science & Medicine* 320, 115722. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115722

Kinkartz, S. (2025). *What lies ahead for the new German government?,* letzter Zugriff 03. Juni 2025. https://www.dw.com/en/what-lies-ahead-for-the-new-german-government/a-72464496

Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin (2024). *Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin,* letzter Zugriff 20. November 2024. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Kom-rSF/Abschluss-bericht_Kom-rSF.pdf

Kruskal, W. H., & Wallis, W. A. (1952). Use of ranks in one-criterion variance analysis. *Journal of the American Statistical Association,* 47(260), 583–621. https://doi.org/10.1080/01621459.1952.10483441

Mann, H. B., & Whitney, D. R. (1947). On a test of whether one of two random variables is stochastically larger than the other. *The Annals of Mathematical Statistics,* 18(1), 50–60. https://doi.org/10.1214/aoms/1177730491

Osborne, D., Huang, Y., Overall, N. C., Sutton, R. M., Petterson, A., Douglas, K. M., Davies, P. G., & Sibley, C. G. (2022). Abortion Attitudes: An Overview of Demographic and Ideological Differences. *Political Psychology,* 43(S1), 29–76. https://doi.org/10.1111/pops.12803

phoenix vor ort (2024). *Übergabe-Bericht zur reproduktiven Selbstbestimmung,* letzter Zugriff 20. November 2024. https://www.ardmediathek.de/video/phoenix-vor-ort/uebergabe-bericht-zur-reproduktiven-selbstbestimmung/phoenix/Y3JpZDovL3Bob2VuaXguZGUvNDQwNzE3Mg

Pullan, D., and Trail, M. (2025). Evaluating the intersection of attitudes on foster care and abortion among US American evangelicals. *Interdisciplinary Political Studies,* 11(1), 171–194. https://doi.org/10.1285/i20398573v11n1p171

Task Force FGZ-Datenzentrum (2022). *Gefährdeter Zusammenhalt? Polarisierungs- und Spaltungstendenzen in Deutschland. Ausgewählte Ergebnisse der FGZ-Pilotstude 2020.* Universität Bremen. https://doi.org/10.26092/ELIB/1739

Watson, K. (2018). Why We Should Stop Using the Term »Elective Abortion«. *AMA Journal of Ethics,* 20(12), E1175–1180. https://doi.org/10.1001/amajethics.2018.1175

Zeier, K. & Grün, G.-C. (2025). *German election results explained in graphics,* letzter Zugriff 03. März 2025. https://www.dw.com/en/german-election-results-explained-in-graphics/a-71724186

Autorinnen

Alexa Nossek, Dr. rer. medic., M.A., ist Medizinethikerin und Forscherin am Institut für Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V. (ISS). Sie hat Philosophie und Alte Geschichte studiert und in Medizinwissenschaften an der Universität Duisburg-Essen, in Kooperation mit dem Institut für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin an der Ruhr-Universität Bochum, promoviert. Ihre Forschungsschwerpunkte sind u. a. ethische Fragen am Lebensanfang, Ethik in der Psychiatrie und ethische Aspekte der Organspende.
Korrespondierende Autorin: Alexa Nossek
Kontakt: alexa.nossek@posteo.de

Alina Jung, M.A., ist Soziologin, Forscherin am Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V. (ISS) und schreibt ihre Dissertation über die Subjektwerdung ungewollt Schwangerer an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. Arbeitsschwerpunkte: qualitative Forschungsmethoden, Emotionssoziologie, reproduktive Gerechtigkeit und Gesundheit.

Evelyn Sthamer, Dr.rer.pol., ist Forscherin am Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V. (ISS). Ihre Forschungsschwerpunkte sind Einstellungsforschung, soziale Ungleichheit sowie Mixed-Methods-Forschung.

Judith Dubiski, M.A., ist Soziologin und Erziehungswissenschaftlerin. Am Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V. (ISS) leitet sie den Bereich Gesellschaftliche Teilhabe. Ihre Forschungsschwerpunkte sind: Inklusion und Teilhabe, Wohlfahrt, Jugend und Jugendhilfe sowie qualitative Forschung.

Zitierweise

Nossek, A., Jung, A., Sthamer, E., & Dubiski, J. (2025). Spaltet der Schwangerschaftsabbruch die Gesellschaft? Differenzierte Einstellungen und kontextuelle Einflussfaktoren. Eine quantitative Vignettenstudie, *FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung: Informationsdienst des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), 2,* 39–63. https://doi.org/10.17623/BIOEG_SRH:forum_2025-2_spaltung-gesellschaft

Anhang: CATI-Fragebogen

Soziopolitische Fragen

(1) Wie intensiv verfolgen Sie die familien- und gesellschaftspolitische Arbeit der aktuellen Bundesregierung? *Tun Sie das von 1 = gar nicht bis 5 = sehr intensiv?*

(2) Wie zufrieden sind sie mit der familien- und gesellschaftspolitischen Arbeit der Bundesregierung? *Sind Sie 1 = gar nicht zufrieden oder 5 = sehr zufrieden?*

Einstellungsfragen

(3) Danke für Ihre bisherigen Einschätzungen. Stellvertretend für das familien- und gesellschaftspolitische Themenfeld möchten wir uns heute mit dem Thema Schwangerschaftsabbrüche beschäftigen. Beginnen wir mit einer allgemeinen Frage: Wie intensiv verfolgen Sie die derzeitige Debatte rund um das Thema Schwangerschaftsabbruch, z. B. die Diskussion um § 218 StGB? *Tun Sie das von 1 = gar nicht bis 5 = sehr intensiv?*

(4) Der Schwangerschaftsabbruch wird derzeit im Strafgesetzbuch geregelt und ist eine Straftat. Allerdings ist der Abbruch unter bestimmten Bedingungen straffrei. Inwiefern stimmen Sie der Aussage zu, dass der Schwangerschaftsabbruch weiterhin eine Straftat bleiben soll? *Tun Sie das von 1 = gar nicht bis 5 = sehr intensiv?*

(5) Der Schwangerschaftsabbruch ist nur dann straffrei, wenn folgende Vorgaben erfüllt sind: 1. muss die schwangere Person ein verpflichtendes Beratungsgespräch wahrnehmen, 2. muss danach eine Bedenkzeit von drei Tagen eingehalten werden, 3. muss der Abbruch von einer Ärztin/einem Arzt durchgeführt werden und 4. muss der Abbruch in den ersten 12 Wochen nach der Befruchtung stattfinden. Inwiefern stimmen Sie der Aussage zu, dass Vorgaben wie diese beibehalten werden sollen? *Tun Sie das von 1 = gar nicht bis 5 = sehr intensiv?*

Vignettenfragen

Unabhängig von den vorherigen Fragen lese ich Ihnen nun ein Fallbeispiel vor. Es kommen immer mehr Details hinzu. Ich frage Sie insgesamt drei Mal, wie Sie diese persönlich einschätzen. Es geht immer um dieselbe schwangere Person namens Eva Schmidt.

Ausgangsszenario:

(6) Eva Schmidt ist schwanger und entscheidet sich für einen Schwangerschaftsabbruch. *Finden Sie diese Entscheidung 1 = voll und ganz nachvollziehbar bis 5 = überhaupt nicht nachvollziehbar?*

Vignette 1: Familienplanung und finanzielle Belastung

(7) Eva Schmidt hat bereits 3 Kinder. Die Familienplanung ist abgeschlossen, weshalb sie sich für einen Schwangerschaftsabbruch entscheidet. *Finden Sie diese Entscheidung 1 = voll und ganz nachvollziehbar bis 5 = überhaupt nicht nachvollziehbar?*

(8) Die Familie Schmidt kann sich finanziell kein weiteres Kind leisten und würde mit starken finanziellen Schwierigkeiten konfrontiert werden, was ein weiterer Grund für die Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch ist. *Finden Sie diese Entscheidung 1 = voll und ganz nachvollziehbar bis 5 = überhaupt nicht nachvollziehbar?*

Vignette 2: Beeinträchtigung des Embryos/Fötus und medizinische Indikation

(7) Durch eine vorgeburtliche Untersuchung kann Eva Schmidt davon ausgehen, dass das Kind mit einer Mehrfachbehinderung zur Welt kommt. Sie entscheidet sich daher für einen Schwangerschaftsabbruch. *Finden Sie diese Entscheidung 1 = voll und ganz nach-vollziehbar bis 5 = überhaupt nicht nachvollziehbar?*

(8) Die rechtliche Lage in Deutschland sieht vor, dass die Schwangerschaft bis zur 22. Woche abgebrochen werden kann, wenn die schwangere Person eine schwerwiegende Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes befürchtet. Eva Schmidt befürchtet eine solche Beeinträchtigung ihres seelischen Gesundheitszustands, weil sie davon ausgehen kann, dass das Kind mit einer Mehrfachbehinderung auf die Welt kommt, und entscheidet sich deshalb in der 16. Woche für einen Abbruch. *Finden Sie diese Entscheidung 1 = voll und ganz nachvollziehbar bis 5 = überhaupt nicht nachvollziehbar?*

Vignette 3: Entscheidung gegen den Partnerwillen und Partnergewalt

(7) Eva Schmidt entscheidet sich gegen den Willen ihres Partners Klaus, der auch der Erzeuger ist, für einen Schwangerschaftsabbruch. *Finden Sie diese Entscheidung 1 = voll und ganz nachvollziehbar bis 5 = überhaupt nicht nachvollziehbar?*

(8) Eva Schmidts Partner Klaus ist ihr gegenüber gewalttätig, weshalb sie die Schwangerschaft gegen seinen Willen abbrechen möchte. *Finden Sie diese Entscheidung 1 = voll und ganz nachvollziehbar bis 5 = überhaupt nicht nachvollziehbar?*

Demografische Fragen

(9) Waren Sie schon einmal an der Entscheidungsfindung, ob eine Schwangerschaft ausgetragen oder abgebrochen werden soll, beteiligt? Beispielsweise bei einer Partnerin, Freundin, Schwester oder Tochter?
Ja
Nein

(10) Welchen Familienstand haben Sie?
*Verheiratet und mit Ehepartner*in zusammenlebend*
Verheiratet, getrennt lebend
Verwitwet
Geschieden
Eingetragene Lebenspartnerschaft, zusammenlebend
Eingetragene Lebenspartnerschaft, getrennt lebend
Eingetragene Lebenspartnerschaft, verstorben
Eingetragene Lebenspartnerschaft, aufgehoben
Ledig und Single
Ledig und in Partnerschaft

(11) Welcher Religionsgemeinschaft fühlen Sie sich zugehörig?
Der evangelischen Kirche (ohne Freikirche)
Einer evangelischen Freikirche
Der römisch-katholischen Kirche
Einer anderen christlichen Religionsgemeinschaft
Der muslimischen Religionsgemeinschaft
Der jüdischen Religionsgemeinschaft
Einer anderen nicht-christlichen Religionsgemeinschaft
Keiner Religionsgemeinschaft

(12) Alles in allem: Als wie religiös auf einer Skala von *1 = gar nicht bis 5 = sehr religiös* würden Sie sich selbst bezeichnen?
Gar nicht religiös
Wenig religiös
Mittel
Ziemlich religiös
Sehr religiös
Möchte Frage nicht beantworten
Keine Angabe

Was werden kann: Lebensplanung, Berufsorientierung und ihre Bedeutung für reproduktive Entscheidungen

Jana Pokraka, Lena Hoffmann, Lisa Kuhlmeier

Mit dem Projekt »komm auf Tour – meine Stärken, meine Zukunft« schafft »Sinus – Büro für Kommunikation« Erfahrungsräume, in denen Jugendliche ihre Stärken entdecken, sich orientieren und ihre Zukunft aktiv mitdenken können. Der Beitrag zeigt, wie die pädagogisch-didaktischen Prinzipien des Projekts zur Stärkung von Selbstwirksamkeit, Reflexion und Vernetzung beitragen. Damit wird auch die Entscheidungskompetenz im Kontext von Lebensplanung, reproduktiver Gesundheit und somit die Prävention von Schwangerschaftskonflikten potenziell gefördert.

Lebensplanung zwischen Berufsorientierung und reproduktiver Selbstbestimmung

Lebensplanung ist ein vielschichtiger Prozess, der weit über die Entscheidung für einen Beruf hinausgeht. Sie umfasst biografische Suchbewegungen, in denen junge Menschen ihre Stärken, Wünsche und Selbstbilder ebenso reflektieren wie gesellschaftliche Erwartungen und strukturelle Begrenzungen. Ein Projekt zur Lebensplanung und Berufsorientierung kann dabei ein wichtiger Impuls sein – insbesondere, wenn es lebensweltlich ansetzt, subjektorientiert arbeitet und Raum für individuelle Entwicklung lässt.

»komm auf Tour – meine Stärken, meine Zukunft« ist eine Projektentwicklung des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) in Kooperation mit der Bundesagentur für Arbeit. Die Umsetzung erfolgt bundesweit im Auftrag von Ländern und Kommunen durch Sinus – Büro für Kommunikation GmbH, das die alleinigen Nutzungsrechte am Programm hält und als Projektträgerin verantwortlich zeichnet.

»komm auf Tour« greift den oben erwähnten erweiterten Bildungsanspruch auf. Das Projekt versteht Lebensplanung als umfassenden Rahmen von Berufsorientierung und basiert in seinem konzeptionellen Ursprung auf der nachgewiesenen Korrelation zwischen mangelnden beruflichen Perspektiven und Teenagerschwangerschaften (BZgA, 2004). Vor diesem Hintergrund unterstützt das Projekt Jugendliche darin, diese Perspektiven zu entwickeln, ihre Kompetenzen und Interessen zu entdecken, auszubauen und mit eigenen Zielen zu verbinden. In einem geschützten, handlungsorientierten Rahmen können

sie Selbstwirksamkeit erleben, Zukunftsbilder entwickeln und konkrete nächste Schritte erproben.

Diese Orientierung an der Lebensrealität und der breite Zugang zur Lebensplanung ist somit anschlussfähig an Fragen sexueller und reproduktiver Gesundheit. Wer sich selbstbestimmt mit Lebensentwürfen und Beziehungen auseinandersetzt, entwickelt Kompetenzen, um auch mit Intimität, Familienplanung oder einem möglichen Schwangerschaftskonflikt reflektiert umzugehen. Der Beitrag fragt daher, welche pädagogisch-didaktischen Prinzipien »komm auf Tour« prägen und wie diese zur Stärkung junger Menschen im Sinne umfassender Lebens- und Reproduktionsplanung beitragen können.

»komm auf Tour« als Bildungsangebot für Lebensplanung

Damit junge Menschen tragfähige Zukunftsaussichten entwickeln können, brauchen sie Gelegenheiten, zentrale Lebenskompetenzen zu stärken – darunter Empathie, Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit, Kommunikations- und Beziehungskompetenz. Begrenzte Bildungschancen wirken sich nachweislich auf Lebensplanung und Gesundheitsverhalten aus: Wer wenig Orientierung und Vertrauen in die eigenen Möglichkeiten erlebt, hat es schwerer, gleichberechtigte Beziehungen zu gestalten, Ausbildungswege zu finden – und ungewollte Schwangerschaften zu vermeiden. Verhütung allein genügt nicht: Prävention beginnt mit Selbstwert, Perspektive und dem Gefühl, das eigene Leben gestalten zu können. In einem eigens konzipierten Erlebnisparcours durchlaufen die Teilnehmenden bei »komm auf Tour« Stationen, an denen sie sich selbst ausprobieren, Rückmeldungen erhalten und erste Ideen für mögliche Lebenswege, -entscheidungen oder Berufsfelder entwickeln können.

Das Programm richtet sich an Schüler*innen der 7. und 8. Jahrgangsstufen – also an Jugendliche in einer Phase, in der Fragen nach Identität und Zukunft stärker in den Fokus rücken, ohne dass bereits Entscheidungen unmittelbar anstehen (müssen). »komm auf Tour« setzt hier nicht auf Wissensvermittlung, sondern auf Erfahrungsräume, die Selbstwahrnehmung, Selbstwirksamkeit und soziale Interaktion fördern. Das Projekt folgt einer subjektorientierten Pädagogik, die junge Menschen als aktiv Gestaltende ihrer Biografie ernst nimmt.

Ein zentrales Merkmal des Projekts ist die Einbindung kommunaler Netzwerke: Beratungsstellen aus dem Bereich der Lebensplanung (z. B. pro familia, Erziehungs- und Familienberatungsstellen, Sozialberatung), Lehrkräfte und Schulsozialarbeit, Erziehungsberechtigte, Betriebe und Berufsberatungen werden sichtbar und aktiv eingebunden. So entsteht ein lokales Unterstützungsgefüge, das über das Projekt hinaus Orientierung und Hilfe zugänglich macht.

Diese Verankerung im Sozialraum, die methodische Handlungsorientierung und die konsequente Ausrichtung auf Stärken und Diversität machen »komm auf Tour« zu einem Bildungsangebot, das Berufsorientierung als einen Teil ganzheitlicher Lebensplanung versteht. Im Folgenden werden zentrale pädagogisch-didaktische Dimensionen des Programms dargestellt und im Hinblick auf ihr präventives Potenzial reflektiert.

Persönliche Ressourcen fördern

Ein zentrales Merkmal der pädagogischen Arbeit von »komm auf Tour« ist die gezielte Förderung individueller Ressourcen, ein Ansatz, der sich eng an der Positiven Psychologie orientiert. Diese fragt nicht primär nach Defiziten, sondern nach Bedingungen gelingenden Lebens: Was befähigt Menschen, Herausforderungen zu bewältigen, Beziehungen zu gestalten und Zukunftsaussichten zu entwickeln? (Peterson & Seligman, 2004.)

Im Bildungskontext wurde dieser Ansatz als Positive Pädagogik weiterentwickelt. Sie zielt weniger auf Leistung als auf die Förderung von Selbstwert, positiven Emotionen und tragfähigen Selbstbildern (Burow, Fritz-Schubert & Luga, 2017). Studien zeigen, dass Interventionen, die Charakterstärken und positive Rückmeldung in den Mittelpunkt stellen, insbesondere bei Jugendlichen Resilienz und Wohlbefinden stärken können (Pilger, 2022; Mangelsdorf, 2020).

ABBILDUNG 1

IN DER STATION »STURMFREIE BUDE« WERDEN MIT DEN JUGENDLICHEN FRAGEN RUND UM LIEBE UND SEXUALITÄT THEMATISIERT.

Quelle: Projekt »komm auf Tour«

Bei »komm auf Tour« geschieht dies u. a. durch eine stärkenorientierte Feedback-Kultur. Jugendliche erleben Situationen, in denen ihre Interessen und Fähigkeiten sichtbar werden – und erhalten darauf bezogene Rückmeldungen in Form von Stärken-Stickern und Gesprächsimpulsen. Die Förderung positiver Selbstwahrnehmung erfolgt erfahrungsbasiert und begünstigt nachweislich Motivation und Selbstwirksamkeit (Eisenbart, Schelbert & Stokar-Bischofberger, 2020).

Gerade mit Blick auf sensible Lebensentscheidungen, etwa zu Sexualität oder Familienplanung, kann das Wissen um eigene Stärken und Vertrauen in die eigene Handlungsfähigkeit entscheidend sein (siehe hierzu exemplarisch Abbildung 1). Wer erlebt, dass die eigene Einschätzung zählt, ist besser vorbereitet, auch in komplexen Situationen bewusst zu handeln.

Stärkenorientierung und Selbstwirksamkeit

Stärkenorientierte Bildungsansätze machen Potenziale sichtbar und erfahrbar. Ziel ist eine Haltung, die sich auf Entwicklungsspielräume, Gestaltungsfähigkeit und Zukunftsaussichten fokussiert.

Theoretisch lässt sich dieser Ansatz mit der Selbstkonzeptforschung (Mummendey, 2006) und Banduras Konzept der Selbstwirksamkeit (1997) verknüpfen. Letzteres beschreibt die Überzeugung, durch eigenes Handeln das eigene Leben beeinflussen zu können. Studien zeigen, dass hohe Selbstwirksamkeitserwartungen mit größerem Vertrauen in eigene Entscheidungen, aktiverem Umgang mit Herausforderungen und höherer Resilienz einhergehen (Fuchs, 2005; Schwarzer & Jerusalem, 2002).

»komm auf Tour« stärkt das Selbstkonzept gezielt im Parcours: Die sogenannten Stärken-Sticker dienen nicht nur der Rückmeldung, sondern auch der sozialen Anerkennung. Wer etwa als »kommunikativ« oder »praktisch« erlebt wird, erhält konstruktives, prozessorientiertes Feedback – im Sinne einer Bestärkung, nicht Bewertung. Dieses Prinzip wird auch in der wachstumsorientierten Motivationspsychologie hervorgehoben (Dweck, 2007).

In einer internen Evaluation berichteten 60 % der Teilnehmenden, nach dem Parcours mehr über sich, ihre Stärken und mögliche Lebensentwürfe zu wissen, ein Hinweis auf die wirksame Aktivierung von Selbstreflexion und Zukunftsbildern (s. hierzu auch Eisenbart et al., 2020).

Kompetenzorientierung und Lebensplanung

Kompetenzorientierte Bildungsansätze verstehen Lernen nicht primär als Wissenserwerb, sondern als Entwicklung von Fähigkeiten, um mit komplexen, oft unvorhersehbaren Situationen im Alltag umgehen zu können. Bildung zielt hier nicht auf standardisierte Ergebnisse, sondern auf die Ermöglichung von Handlungsfähigkeit in der eigenen Lebenswelt (Klieme et al., 2003).

»komm auf Tour« greift diesen Ansatz auf, indem es Kompetenzen nicht isoliert vermittelt, sondern in lebensnahen, biografisch anschlussfähigen Situ-

ABBILDUNG 2

AUSZUG AUS DEM STÄRKEN-WEGWEISER VON »KOMM AUF TOUR«

Quelle: Projekt »komm auf Tour«

ationen aktiviert. Die Jugendlichen begegnen im Parcours Aufgaben, die unterschiedliche Persönlichkeitsdimensionen ansprechen – etwa sprachliche, soziale, praktische oder kreative. Rückmeldungen über die sogenannten Stärken-Sticker orientieren sich an einem erweiterten Kompetenzbegriff, der auch Motivation, Ausdrucksfähigkeit oder Problemlösungsverhalten umfasst.

Die Kombination aus situativer Erfahrung, individueller Rückmeldung und Dokumentation schafft einen Lernprozess, der über den Moment hinauswirkt. Instrumente wie der Stärken-Steckbrief, der Stärken-Entdecker oder der Stärken-Wegweiser (siehe Abbildung 2) verbinden die Erfahrungen mit konkreten Berufsfeldern. Diese Art der Dokumentation kann schließlich zur Entwicklung eines dynamischen Selbstbildes beitragen (Eisenbart et al., 2020; Winter, 2018).

Handlungsorientierung und Lebensweltbezug

Bildung wirkt besonders dann, wenn sie an reale Lebenszusammenhänge anknüpft und Jugendliche befähigt, Wissen und Fähigkeiten im Alltag anzuwenden. Das Konzept der Handlungsorientierung verbindet kognitive, emotionale und körperliche Erfahrungsdimensionen und schafft so motivierende, nachhaltige Lerngelegenheiten (Möller, 2007).

»komm auf Tour« nutzt dieses Potenzial, indem es keine vorgefertigten Lebensentwürfe oder abstrakten Berufsbilder vermittelt, sondern die Jugendlichen in einen Parcours einlädt, der alltagsnahe, interaktive und motorisch geprägte Situationen inszeniert. Sie übernehmen Aufgaben, die handwerkliche, kommunikative oder soziale Fähigkeiten ansprechen. Entscheidend ist, dass sie selbst bestimmen, wie aktiv sie sich einbringen – ein Moment der Selbstbestimmung, das Identitätsentwicklung und Aneignung von Lebenswelt unterstützt (Jaeggi, 2016).

Auch die produktorientierte Gestaltung trägt zum Lebensweltbezug bei: Materialien wie der Stärken-Steckbrief oder der Stärken-Wegweiser begleiten die Jugendlichen über den Parcours hinaus und werden im Unterricht weitergeführt.

Die Entscheidung für bewegungsnahe, erfahrungsbasierte Formate wird durch berufspädagogische Forschung gestützt: Handlungsorientierter Unterricht zeigt, besonders bei prozeduralem Wissen, stärkere Effekte als instruktionale Methoden (Bünning & Jenewein, 2008).

Im Kontext sexueller und reproduktiver Gesundheit wird Bildung hier konkret, anschlussfähig und erfahrungsbasiert. Wer erlebt, dass Lernen Handeln heißt, erfährt Handlungsmöglichkeiten und Reflexionsanlässe für unterschiedliche Handlungsalternativen und ihre Konsequenzen.

Netzwerke aktivieren

Ein zentraler Baustein von »komm auf Tour« ist die gezielte Einbindung von Netzwerken vor Ort, sowohl von kommunalen Kooperationen als auch von individuellen Bezugspersonen. Bildungsprozesse, gerade in Übergangsphasen wie der frühen Lebensplanung und Berufsorientierung, entfalten ihre Wirkung vor allem dann, wenn schulische, außerschulische und familiäre Akteur*innen[1] gemeinsam unterstützend wirken.

Solche multiprofessionellen Netzwerke sind nicht nur organisatorisch wertvoll, sondern auch entwicklungspsychologisch bedeutsam: Jugendliche erleben, dass sie Teil eines sozialen Gefüges mit erreichbaren Ansprechpersonen sind, und das sowohl für Bildungs- wie auch für persönliche Anliegen (Egger, 2015). Die Sichtbarmachung dieser Strukturen fördert Zugehörigkeit und wirkt sich positiv auf Gesundheitsverhalten und psychosoziale Stabilität aus (Jourdan et al., 2008).

»komm auf Tour« setzt dieses Prinzip konsequent um: Bereits im Parcours begegnen Jugendliche Fachkräften aus Beratungsstellen der Lebensplanung und Role Models in lebensnahen Situationen. Durch den Abbau von Hürden im Kontaktaufbau können Fragen niedrigschwellig gestellt und erste Kontakte unkompliziert geknüpft werden. Gleichzeitig wird auch auf Erwachsenenseite Vernetzung angeregt, z. B. zwischen Lehrkräften und regionalen Kooperationspartner*innen, und Erziehungs- und Sorgeberechtigte werden in einem Elternabend in das Projekt einbezogen.

Gerade in präventiven Gesundheitsfragen, z. B. zu Sexualität oder unerwarteten Lebensereignissen, sind solche Kommunikationsräume und ein Wissen über Hilfestrukturen zentral. Wer weiß, an wen man sich wenden kann, hat Unterstützung bei verantwortungsvollen Entscheidungen. »komm auf Tour« trägt so zur Entwicklung eines realistischen Unterstützungsbewusstseins bei: Jugendliche erfahren, dass Hilfe zugänglich ist – und dass es legitim ist, sie zu nutzen.

Klischeefreiheit und Diversität

Die Gestaltung von persönlicher Zukunft ist immer auch mit Vorstellungen von Normalität, Geschlecht, Herkunft und Zugehörigkeit verbunden. Lebensplanung, und mit ihr Berufsorientierung, ist daher nicht nur ein ökonomisches Instrument, sondern ein Raum, in dem Rollenerwartungen und soziale Platzierungen mitverhandelt werden. Ein subjektorientierter Ansatz muss sich diesen Zuschreibungen stellen und Räume eröffnen, in denen alternative Lebensentwürfe sichtbar und lebbar sind.

»komm auf Tour« verfolgt diesen Anspruch konsequent: Jugendliche begegnen vielfältigen Rollenvorbildern und erleben, dass Interessen und Stärken nicht entlang binärer oder kultureller Stereotype bewertet werden und sich Lebensplanung jenseits von (eigenen und fremden) Zuschreibungen entfalten kann. Sowohl die Gestaltung der Stationen als auch die Auswahl der Mitwirkenden zielen darauf, Diversität nicht nur zu tolerieren, sondern als Normalität erfahrbar zu machen.

Die Notwendigkeit, Diversität intersektional zu denken, ist anerkannt, wird in der Praxis jedoch nach wie vor selten eingelöst. Gerade an der Schnittstelle von geschlechtlicher Identität, sexueller Orientierung und/oder sozialer Herkunft ergeben sich spezifische Herausforderungen: Fehlen sichtbare Rollenvorbilder oder Beratungspersonen mit ähnlichen Erfahrungshintergründen, erschwert dies Identifikation und Vertrauen. Zugleich bergen Berufsorientierungs- oder

1 Auf Wunsch der Autorinnen wird der Gender-Stern verwendet.

Beratungssituationen das Risiko unfreiwilliger Offenlegung nicht-normativer Lebensweisen – etwa durch stereotype Zuschreibungen oder normierende Rückmeldungen. Für viele Jugendliche bedeutet das: Sie müssen sich entweder anpassen oder exponieren, beides behindert reflektierte Entscheidungsprozesse (vgl. Offen, 2019; Rusert, Kart & Stein, 2022). »komm auf Tour« schafft hier Räume, in denen Jugendliche eigene Vorstellungen jenseits normativer Lebensentwürfe entwickeln – und ernst genommen werden.

Gerade im Kontext von Schwangerschaftskonflikten zeigt sich: Reflektierte Entscheidungen gelingen eher, wenn junge Menschen sich sicher fühlen, ihre Bedürfnisse ausdrücken können und Optionen kennen (Neumann & Renner, 2016). Diversitätssensible Berufsorientierung kann so zum Schutzfaktor werden – nicht durch Belehrung, sondern durch Ermöglichung von Autonomie.

Bildung für Lebensplanung und reproduktive Entscheidungsfähigkeit

Eine zentrale Stärke von »komm auf Tour« liegt in der konsequenten Ausrichtung auf die Lebensrealitäten Jugendlicher. Das Programm versteht Berufsorientierung als Auseinandersetzung mit Werten, Beziehungen, Identität und Zukunft und schafft damit einen Bildungsraum, der über berufliche Fragen hinausweist. Gerade in diesem erweiterten Verständnis liegt ein präventives Potenzial, auch im Hinblick auf Schwangerschaftskonflikte. Solche Entscheidungen sind selten rein medizinisch oder rechtlich motiviert, sondern eingebettet in biografische Kontexte: Wer bin ich? Wo stehe ich? Welche Ressourcen habe ich, wer unterstützt mich?

Die in »komm auf Tour« verankerten Prinzipien, von Selbstwirksamkeit über Stärkenorientierung, Netzwerkarbeit, Diversitätssensibilität bis hin zur Handlungsorientierung, adressieren Schutzfaktoren, die in der Präventionsforschung als bedeutsam gelten. Studien zeigen, dass ein positiv ausgeprägtes Selbstkonzept die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass Jugendliche Unterstützungsangebote rund um Schwangerschaft und Geburt wahrnehmen (Neumann & Renner, 2016).

»komm auf Tour« wirkt damit nicht sexualpädagogisch im engeren Sinn, aber präventiv im weiteren: Das Projekt stärkt Urteilskraft, macht das Wahrnehmen von Hilfsangeboten zugänglich und eröffnet Reflexionsräume für Lebensgestaltung, auch zu Körper, Sexualität und Familie. Bildung im Kontext von Berufsorientierung und Lebensplanung wird so zum Querschnittsthema über Lebensbereiche hinweg, und genau hier liegt die Anschlussfähigkeit an Fragen sexueller und reproduktiver Gesundheit.

Fazit: Berufsorientierung und Lebensplanung als Beitrag zur reproduktiven Autonomie

»komm auf Tour« zeigt, wie Berufsorientierung mehr sein kann als Vorbereitung auf Erwerbsarbeit und wie Lebensplanung unterschiedliche Lebensentwürfe eröffnen kann. Die pädagogisch-didaktischen Prinzipien des Programms eröffnen Jugendlichen Erfahrungsräume, in denen sie sich als handlungsfähig, wahrgenommen und unterstützt erleben können. Diese Ressourcen wirken weit über die berufliche Sphäre hinaus: Sie fördern die Fähigkeit, Entscheidungen zu reflektieren, sich Hilfe zu holen und eigene Lebenswege selbstbestimmt zu gestalten. Damit leistet »komm auf Tour« auch einen Beitrag zur Prävention von Schwangerschaftskonflikten – über Inhalte und über Haltung.

Weitere Informationen zum Projekt und viele visuelle Eindrücke finden Sie auf der Projekthomepage: https://komm-auf-tour.de/.

Literatur

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.

Burow, O.-A., Fritz-Schubert, E., & Luga, J. (2017). *Einladung zur positiven Pädagogik* (1. Aufl.). Beltz.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2004). Jugendliche Schwangere und Mütter. *Forum Sexualaufklärung und Familienplanung*, (4). Köln.

Bünning, F., & Jenewein, K. (2008). Effekte des experimentierenden Lernens in der Bau- und Holztechnik – Ergebnisse einer Studie zur empirischen Bildungsforschung. *bwp@,* (14). https://www.bwpat.de/ausgabe14/buenning_jenewein_bwpat14.pdf

Dweck, C. (2007). *Selbstbild: Wie unser Denken Erfolge oder Niederlagen bewirkt.* Campus.

Egger, J. (2015). Selbstwirksamkeit. *Integrative Verhaltenstherapie und psychotherapeutische Medizin.* Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-06803-5_12

Eisenbart, U., Schelbert, B., & Stokar-Bischofberger, E. (2020). *Stärken entdecken – erfassen – entwickeln: Das Talentportfolio in der Schule.* Schulverlag plus.

Fuchs, C. (2005). *Selbstwirksam lernen im schulischen Kontext: Kennzeichen – Bedingungen – Umsetzungsbeispiele.* Klinkhardt.

Jaeggi, R. (2016). *Entfremdung.* Suhrkamp.

Jourdan, D., Samdal, O., Diagne, F., & Carvalho, G. S. (2008). The future of health promotion in schools goes through the strengthening of teacher training at a global level. *Promotion & Education,* 15(3), 36–38. https://doi.org/10.1177/1025382308095657

Klieme, E., Avenarius, H., Blum, W., Döbrich, P., Gruber, H., Prenzel, M., Reiss, K., Riquarts, K., Rost, J., Tenorth, H.-E., & Vollmer, H. J. (2003). *Zur Entwicklung nationaler Bildungsstandards: Eine Expertise.* Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF).

Mangelsdorf, J. (2020). *Positive Psychologie im Coaching.* Springer.

Möller, K. (2007). Handlungsorientierung im Sachunterricht. In J. Kahlert (Hrsg.), *Handbuch Didaktik des Sachunterrichts* (S. 411–416). Klinkhardt.

Mummendey, H. D. (2006). *Psychologie des Selbst: Theorien, Methoden und Ergebnisse der Selbstkonzeptforschung.* Hogrefe.

Neumann, A., & Renner, I. (2016). Barrieren für die Inanspruchnahme Früher Hilfen: Die Rolle der elterlichen Steuerungskompetenz. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz,* 59(10), 1281–1291. https://doi.org/10.1007/s00103-016-2424-6

Offen, S. (2019). *Intersektionalität als Bezugspunkt in Jugendarbeit und politischer Bildung?* Vielfalt-Mediathek. https://www.vielfalt-mediathek.de

Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). *Character Strengths and Virtues: A handbook and classification.* Oxford University Press.

Pilger, S. (2022). *Förderung von Selbstmanagementkompetenzen nach dem Ansatz der Positiven Psychologie.* Springer.

Rusert, K., Kart, M., & Stein, M. (2022). Perspektiven auf die Ausbildung durch Zugewanderte und Ausbildungsbetriebe. *bwp@,* (42). https://www.bwpat.de/ausgabe42/rusert_etal_bwpat42.pdf

Winter, F. (2018). *Lerndialog statt Noten.* Beltz.

Autorinnen

Jana Pokraka, Dr., ist Geisteswissenschaftlerin mit fachlichem Schwerpunkt in Grundschulpädagogik, Sachunterrichtsdidaktik und geografischer Kindheitsforschung. In ihrer Tätigkeit bei Sinus – Büro für Kommunikation arbeitet sie als Projektleitung mit dem Schwerpunkt Konzepte und Strategien. Kontakt: jana.pokraka@sinus-bfk.de.

Lena Hoffmann ist Betriebswirtin und ehemalige Lehrkraft an einer Hauptschule mit Fokus Berufliche Orientierung und Übergang Schule/Beruf. Seit 14 Jahren begleitet sie »komm auf Tour« in Entwicklung, Strategie und Konzeption, aktuell in der Rolle als Geschäftsführerin bei Sinus – Büro für Kommunikation.

Lisa Kuhlmeier ist Philosophin mit einem inhaltlichen Schwerpunkt auf angewandter Ethik und sozialer Praxis. Als Projektleiterin ist sie für die strategische Weiterentwicklung von »komm auf Tour« verantwortlich. Gemeinsam mit einem Kollegen leitet sie das in Köln und Berlin angesiedelte Projektteam.

Zitierweise

Pokraka, J., Hoffmann, L., & Kuhlmeier, L. (2025). Was werden kann: Lebensplanung, Berufsorientierung und ihre Bedeutung für reproduktive Entscheidungen, *FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung: Informationsdienst des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), 2,* 64–70. https://doi.org/10.17623/BIOEG_SRH:forum_2025-2_lebensplanung

Verhütungsinformationen im Internet. Ergebnisse der repräsentativen Wiederholungsbefragung zum Verhütungsverhalten 2024

Sara Scharmanski, Angelika Hessling

Die Studie »Verhütungsverhalten Jugendlicher und Erwachsener 2024« ist eine repräsentative Wiederholungsbefragung. Erstmals wurden im Jahr 2003 bundesweit Daten der sexuell aktiven Bevölkerung zur Nutzung von und Einstellung gegenüber Verhütungsmitteln erhoben. Die aktuelle Befragung startete im Sommer 2024 und ist die nunmehr sechste Welle der Studienreihe. Diese Studien wurden im Auftrag der ehemaligen Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) – seit Februar 2025 Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) – durchgeführt. Unter neuem Namen setzt das BIÖG die bewährte Arbeit der BZgA im Rahmen des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG) fort und liefert wie gewohnt verlässliche Erkenntnisse zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit in Deutschland.

Verhütung im Wandel

Wie in Deutschland verhütet wird und welche Einstellungen insbesondere zur hormonellen Verhütung bestehen, unterliegt einem tiefgreifenden Wandel. Die Nutzung der Pille nimmt seit Jahren deutlich ab. Zugleich setzen immer mehr sexuell aktive Erwachsene auf das Kondom. Bei der Wahl für ein Verhütungsmittel wächst der Anteil jener, die gesundheitliche Überlegungen in den Vordergrund stellen und Hormone explizit ablehnen (Scharmanski & Hessling, 2024). Zudem äußert ein wachsender Teil der Bevölkerung Bedenken hinsichtlich der körperlichen und psychischen Auswirkungen hormoneller Kontrazeptiva. So nimmt der Anteil der erwachsenen Bevölkerung, die die Pille als nicht geeignet für junge Mädchen ansehen, in den vergangenen Jahren stetig zu. Und auch die Aussage, dass hormonelle Verhütungsmittel unproblematisch über viele Jahre hinweg einsetzbar

seien, stößt auf breite Ablehnung. Ursprünglich vor allem unter Jüngeren verbreitet, ist die Hormonskepsis inzwischen auch bei älteren Altersgruppen sowie bei Männern deutlich erkennbar (Scharmanski & Hessling, 2024).

Vor dem Hintergrund dieses deutlichen Wandels im Verhütungsverhalten stellt sich die Frage: Wie informieren sich Menschen heute über Verhütung? Die neue Welle der repräsentativen Studie »Verhütungsverhalten Jugendlicher und Erwachsener 2024« liefert aktuelle Daten zur Nutzung und Bewertung digitaler Informationsangebote im Kontext von Verhütung. Der vorliegende Artikel legt den Fokus auf das Internet als Informationsquelle und zeigt, welche Online-Kanäle genutzt werden, wie diese eingeschätzt werden und welche Unterschiede sich zwischen Geschlechtern, Altersgruppen und Bildungsmilieus ergeben.

Informationsquellen rund um Verhütung

Der eigene Wissensstand zur jeweils genutzten Verhütungsmethode wird von den Befragten überwiegend positiv eingeschätzt: 93 % der verhütenden Frauen und Männer im Alter von 16 bis 49 Jahren geben an, hierzu »gut« oder »sehr gut« informiert zu sein.

Neben der frauenärztlichen Beratung, die insbesondere für Frauen eine zentrale Rolle spielt, gewinnt das Internet zunehmend an Bedeutung – vor allem bei jüngeren Menschen. Die bevorzugten (und zugänglichen) Informationsquellen unterscheiden sich dabei deutlich nach Geschlecht (siehe Abbildung 1).

Verhütende Frauen nennen mit Abstand am häufigsten die gynäkologische Beratung als Informationsquelle zur eigenen Verhütungsmethode; mit 73 % wird kein anderes Angebot auch nur annähernd so häufig genannt.

Ein enger Zusammenhang besteht zwischen der gewählten Verhütungsmethode und den genutzten Informationsquellen. Die hohe Bedeutung ärztlicher Beratung erklärt sich insbesondere durch die Anwendung verschreibungspflichtiger hormoneller Kontrazeptiva: Unter den Frauen, die die Pille verwenden, geben 90 % an, sich hierzu gynäkologisch beraten lassen zu haben. Zum Vergleich: Bei Frauen, die ausschließlich Kondome nutzen, sind es nur 51 %. Für Letztere spielt das Internet eine nahezu gleichwertige Rolle (46 %).

Jüngere Frauen unter 30 Jahren greifen deutlich häufiger auf hormonelle Methoden zurück als ältere – bezogen auf die Pille sogar doppelt so häufig (48 % vs. 26 %). Auffällig ist dabei: Die Relevanz gynäkologischer Beratung bleibt altersunabhängig hoch. In allen Altersgruppen geben zwischen 69 und 79 % der Frauen an, sich durch Gespräche in einer gynäkologischen Praxis informiert zu haben.

Auch Männer nutzen gynäkologische Beratung – wenn auch seltener. 35 % der verhütenden Männer geben an, auf diesem Wege Informationen zur eigenen Methode erhalten zu haben. Besonders häufig ist dies bei Männern in festen Partnerschaften der Fall (41 %); bei partnerlosen Männern sind es lediglich 11 %. (In der Studie wird gefragt, welches Verhütungsmittel die befragte Person selbst oder der Partner/die Partnerin einsetzt.)

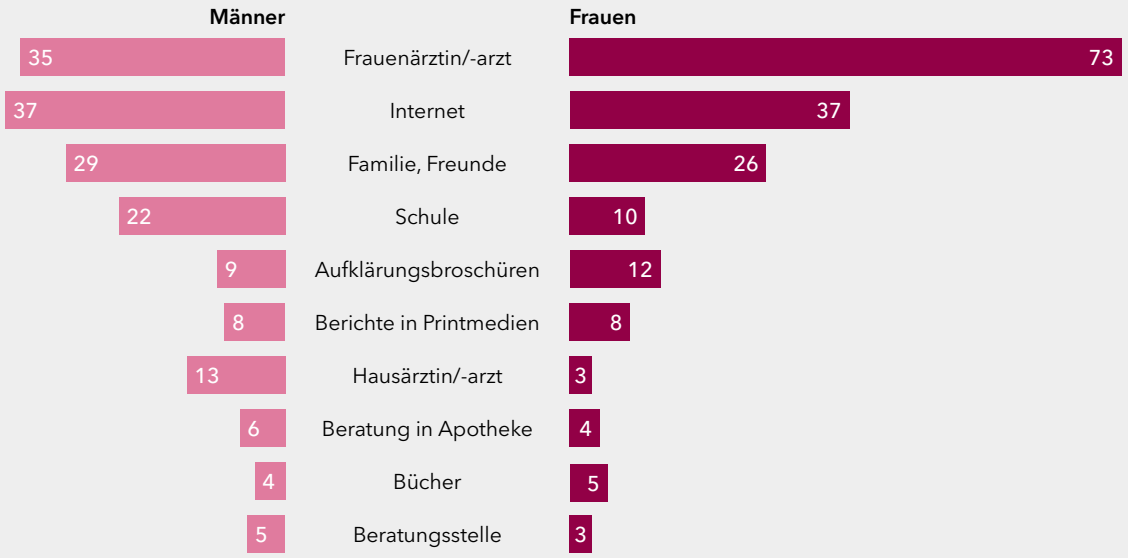
Im Unterschied zu den Frauen verteilen die Männer ihre Informationssuche gleichmäßiger auf verschiedene Quellen. Neben der ärztlichen Beratung sind Verwandte oder Freundinnen bzw. Freunde aus dem persönlichen Umfeld ebenso häufig relevante Ansprechpersonen (29 %).

Das Internet ist hingegen für Männer die meistgenannte Informationsquelle rund um Verhütung: 37 % von ihnen geben an, sich online zur eingesetzten Verhütungsmethode informiert zu haben – genauso viele wie bei den Frauen. Klassische Massenmedien wie Fernsehen oder Radio (3 %), Bücher (4 %), Beratungsstellen (4 %) oder Printmedien (8 %) spielen demgegenüber eine untergeordnete Rolle – unabhängig vom Geschlecht. Und es lassen sich noch weitere bedeutsame Unterschiede im Hinblick auf die Internetnutzung feststellen:

- Vor allem junge Verhütende unter 30 Jahren nutzen bei der Informationssuche das Internet.

ABBILDUNG 1

WICHTIGSTE INFORMATIONSQUELLEN ÜBER DIE AKTUELLE VERHÜTUNGSMETHODE
Für mehr als ein Drittel gehören Informationen aus dem Internet zu den wichtigsten Informationsquellen.



Frage: Wer oder was war für Sie die wichtigste Informationsquelle über das jetzt verwendete Verhütungsmittel bzw. die jetzt verwendete Methode? Basis: Befragte, die verhüten (16–49 Jahre) | Mehrfachangaben möglich | Darstellung: Nennungen ab 4 Prozent Gesamt-Nennhäufigkeit
Quelle: BIÖG, Datensatz »Verhütungsverhalten Erwachsener und Jugendlicher«, Befragung 2024

Unter den jungen Männern sind es 50 %, unter den gleichaltrigen Frauen 43 %. Mit zunehmendem Alter sinkt der Anteil deutlich: Bei den 40- bis 49-Jährigen liegt er nur noch bei 25 %.

- Auch das Bildungsniveau hat einen Einfluss: Personen mit (Fach-)Abitur oder Studium nutzen Online-Quellen deutlich häufiger als Befragte mit mittleren oder einfachen Abschlüssen (43 % vs. 30 %).

- Eine Partnerschaft wirkt sich ebenfalls auf das Informationsverhalten aus: Für Verhütende ohne feste Beziehung spielt das Internet eine größere Rolle als für Personen in Partnerschaften (45 % vs. 36 %). Dies korrespondiert mit unterschiedlichen Nutzungsmustern von Verhütungsmitteln: Personen ohne feste Partnerschaft verwenden deutlich häufiger Kondome als Personen in stabilen Beziehungen (81 % vs. 46 %).

- Wer Kondome verwendet – sei es ausschließlich oder in Kombination mit anderen Methoden – informiert sich deutlich häufiger online (jeweils 44 %) als Personen, die die Pille (28 %) oder andere hormonelle Methoden verwenden (30 %).

- Bei Methoden der natürlichen Familienplanung (NFP) oder zyklusorientierten Ansätzen spielt das Internet tendenziell ebenfalls eine größere Rolle. Aufgrund geringer Fallzahlen lassen sich hierzu jedoch keine belastbaren Aussagen treffen.

Digitale Informationen im Detail

Wie bereits im vorhergehenden Abschnitt deutlich wurde, zählt das Internet für viele verhütende Frauen und Männer zu den wichtigsten Informationsquellen. Ein differenzierter Blick auf die konkret genutzten Online-Angebote zeigt: Suchmaschinen

und Aufklärungsseiten nehmen dabei eine zentrale Rolle ein (siehe Abbildung 2). Für jüngere Befragte sind darüber hinaus Soziale Medien besonders relevant.

Die folgenden Analysen beziehen sich ausschließlich auf jene Befragten, die das Internet als eine wichtige Informationsquelle zur eigenen Verhütungsmethode angegeben haben. Am häufigsten werden Suchmaschinen genutzt: 70 % der Befragten zählen sie zu den wichtigsten digitalen Informationsquellen. Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang, dass gängige Suchmaschinen mittlerweile zunehmend KI-generierte Zusammenfassungen liefern, ohne dass einzelne Trefferseiten geöffnet werden müssen. Dennoch geben zugleich 79 % der Internet-Nutzenden an, sich über die Suchmaschinen hinaus auf weiteren konkreten Webseiten zu informieren.

Nach den Suchmaschinen folgen Aufklärungs- und Beratungsseiten an zweiter Stelle: Jede bzw. jeder Zweite nennt diese Angebote als relevante Quelle (50 %). Etwa ein Drittel der Befragten (32 %) verweist auf Internet-Foren mit Beteiligung von Expertinnen und Experten.

Auch Soziale Medien werden zur Informationssuche genutzt. Insgesamt geben 23 % an, sich über Plattformen wie Instagram, Facebook, YouTube oder TikTok informiert zu haben. Dabei ist diese Form der Informationsbeschaffung besonders unter den 16- bis 29-Jährigen verbreitet (37 %), während sie bei älteren Befragten deutlich seltener genannt wird (12 %). Die übrigen abgefragten Online-Angebote spielen eine untergeordnete Rolle: Wikipedia (15 %), Podcasts (11 %), Influencer (9 %) sowie informelle Chats unter Laien (7 %).

In Bezug auf das Alter, das Geschlecht und den Bildungsabschluss der Befragten lassen sich einige Unterschiede im Bereich genutzter Internet-Quellen identifizieren:

- Informationen von Influencern werden nahezu ausschließlich von jüngeren Personen genutzt: 17 % der unter 30-Jährigen greifen darauf zurück, während diese Quelle bei Älteren kaum eine Rolle spielt (2 %). Ein ähnliches Muster zeigt sich bei informellen Chats (11 % vs. 3 %).

- Im Hinblick auf Wikipedia zeigt sich hingegen ein gegenläufiger Trend: Besonders häufig nutzen Befragte ab 40 Jahren die Online-Enzyklopädie (26 %), bei den Jüngeren sind es mit 12 % lediglich etwa halb so viele.

- Suchmaschinen werden von allen Altersgruppen in vergleichbarer Häufigkeit genutzt (maximal 4 Prozentpunkte Unterschied). Gleiches gilt – mit geringfügig größeren Abweichungen – für Aufklärungs- und Beratungsseiten (maximal 5 Prozentpunkte Differenz).

- Auch geschlechtsspezifisch lassen sich Unterschiede beobachten: Während Suchmaschinen bei Frauen und Männern gleichermaßen an erster Stelle stehen (71 % vs. 67 %), nutzen Frauen deutlich häufiger Aufklärungsseiten (56 % vs. 41 %) und Foren mit Expertinnen und Experten (37 % vs. 26 %).

- Bei den seltener genutzten Quellen informieren sich Frauen etwas häufiger über Influencer (11 % vs. 6 %), Männer hingegen häufiger über Podcasts (14 % vs. 9 %).

- Personen mit höherem Bildungsabschluss ([Fach-]Abitur oder Studium) greifen insgesamt häufiger auf das Internet zurück, wenn es um Verhütungsinformationen geht (43 %), als Befragte mit mittlerem oder niedrigem Abschluss (30 %). Unterschiede zeigen sich auch bei der Art der genutzten Angebote: Während Befragte mit niedrigerem Abschluss (höchstens mittlere Reife) etwas häufiger auf allgemeine Suchmaschinen (76 % vs. 65 %) und Wikipedia (20 % vs. 13 %) zurückgreifen, nutzen Personen mit einem höheren Schulabschluss häufiger Aufklärungsseiten (58 % vs. 39 %) und Foren mit Beteiligung von Expertinnen und Experten (38 % vs. 25 %).

- Bei Sozialen Medien und Influencern fallen die Bildungsunterschiede dagegen gering aus (5 bzw. 3 Prozentpunkte).

ABBILDUNG 2

NUTZUNG EINZELNER INTERNET-QUELLEN ZUR INFORMATIONSSUCHE ÜBER DIE AKTUELLE VERHÜTUNGSMETHODE
Suchmaschinen sind die wichtigste Quelle im Internet, gefolgt von Beratungsseiten

Fragen: Wer oder was war für Sie die wichtigste Informationsquelle über das jetzt verwendete Verhütungsmittel? // Und welche Informationsquelle im Internet war dabei für Sie am wichtigsten? | Basis: Befragte, die verhüten // Befragte, für die das internet eine der wichtigsten Quellen war | Darstellung: Angaben in Prozent. Internetquellen: Mehrfachangaben möglich. Quelle: BIÖG, Datensatz »Verhütungsverhalten Erwachsener und Jugendlicher«, Befragung 2024

- Chats unter Laien werden hingegen deutlich häufiger von Befragten mit maximal mittlerem Bildungsabschluss genutzt (11 % vs. 4 %).

Glaubwürdigkeit von Internet-Quellen

Erstmals wurde im Rahmen der Wiederholungsbefragung auch die subjektive Einschätzung der Glaubwürdigkeit digitaler Informationsquellen zur Verhütung erhoben. Personen, die eine bestimmte Internet-Quelle genutzt hatten, wurden gebeten, diese auch hinsichtlich ihrer Vertrauenswürdigkeit zu bewerten. Die Ergebnisse zeigen: Hohe Reichweite bedeutet nicht automatisch hohe Glaubwürdigkeit (siehe Abbildung 3).

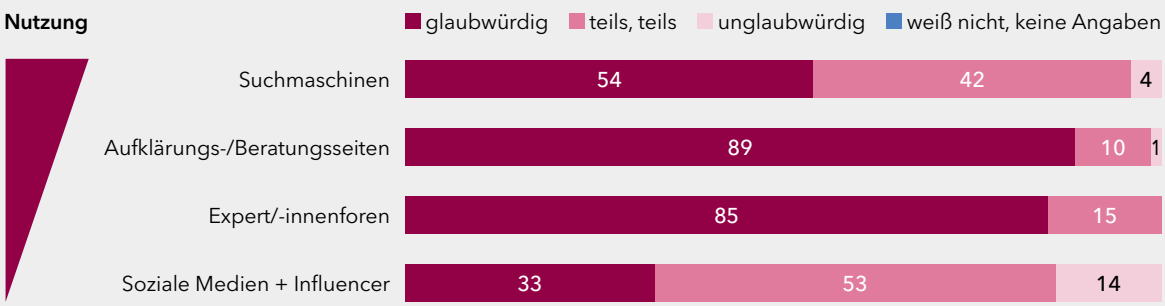
Suchmaschinen bieten einen schnellen Zugang zu Informationen und werden entsprechend häufig genutzt. Die meisten Befragten, die sich im Internet zur eigenen Verhütungsmethode informiert haben, nutzten hierfür Google oder vergleichbare Suchdienste. 54 % von ihnen vertrauen den dort gefundenen Informationen grundsätzlich – jedoch halten nur 14 % die Inhalte für »sehr glaubwürdig«. 42 % geben eine neutrale Einschätzung (»teils, teils«) ab. Dezidiert negative Bewertungen (»unglaubwürdig«) sind selten (4 %).

Deutlich höhere Vertrauenswerte erzielen Aufklärungs- und Beratungsseiten. Sie werden nicht nur häufig genutzt, sondern auch sehr positiv eingeschätzt: 89 % der Nutzenden bewerten die dort bereitgestellten Informationen als glaubwürdig, mehr als die Hälfte (52 %) sogar als »sehr glaubwürdig«. Nur 11 % äußern Zweifel an der Verlässlichkeit. Ein ähnliches Vertrauensniveau wird auch Foren mit Expertinnen und Experten zugeschrieben.

Für weitere Internet-Quellen lassen sich aufgrund geringer Fallzahlen nur eingeschränkt belastbare Aussagen treffen. Dennoch zeigen sich klare Tendenzen: Die Glaubwürdigkeit von Sozialen Medien und Influencern wird mehrheitlich ambivalent ein-

ABBILDUNG 3

GLAUBWÜRDIGKEITSEINSCHÄTZUNGEN VON INFORMATIONSQUELLEN IM INTERNET
Fast alle vertrauen Aufklärungsseiten und Expert/-innenforen, Soziale Medien treffen oft auf Vorbehalte.



Frage: Wenn Sie an die Informationsquellen im Internet denken, die im Hinblick auf Ihr verwendetes Verhütungsmittel bzw. Ihre verwendete Methode wichtig waren: Für wie glaubwürdig halten Sie diese Informationsquellen? Basis: Verhütende Befragte, die sich im Internet informiert haben | Darstellung: Quellen mit Bewertungsbasis von mind. 100 Fällen, sortiert nach absteigender Wichtigkeit, Angaben in Prozent
Quelle: BIÖG, Datensatz »Verhütungsverhalten Erwachsener und Jugendlicher«, Befragung 2024

geschätzt. 53 % der Nutzenden geben eine gemischte Bewertung ab (»teils, teils«), weitere 14 % sprechen diesen Kanälen (eher) kein Vertrauen aus. Nur ein Drittel beurteilt die Inhalte als glaubwürdig (33 %).

Andere Online-Quellen wie Wikipedia oder Podcasts werden zwar tendenziell als vertrauenswürdig wahrgenommen, schneiden jedoch im Vergleich zu Aufklärungsseiten und Foren schlechter ab. Auch informellen Chats wird insgesamt weniger Vertrauen entgegengebracht. Da diese Quellen jedoch nur von einer kleinen Teilgruppe genutzt werden, sind die Aussagen nur als Tendenz zu interpretieren.

Fazit

Die Ergebnisse der aktuellen Befragung zum Verhütungsverhalten 2024 verdeutlichen erneut einen grundlegenden Wandel im Verhütungsverhalten: Die Nutzung der Pille nimmt kontinuierlich ab, das Kondom wird von immer mehr sexuell aktiven Erwachsenen eingesetzt. Zugleich wächst die Skepsis gegenüber Hormonen, vor allem bei jungen Menschen, zunehmend aber auch bei älteren und bei Männern.

Das Internet hat sich im Kontext von Verhütungsinformationen dabei als zentrale Informationsquelle etabliert. Die aktuelle Befragungswelle zeigt dabei, dass digitale Angebote selektiv genutzt und bewertet werden: Suchmaschinen sind weit verbreitet, während Aufklärungsseiten und Foren mit Expertinnen und Experten besonders hohes Vertrauen genießen. Soziale Medien und Influencer spielen vor allem bei jungen Nutzenden eine Rolle, werden aber in Bezug auf die Glaubwürdigkeit eher ambivalent bewertet.

Darüber hinaus zeigt sich, dass die ärztliche Beratung nach wie vor die zentrale Informationsquelle ist, vor allem im Kontext verschreibungspflichtiger hormoneller Methoden. Doch gerade weil hormonelle Verhütungsmittel wie die Pille seltener verwendet werden und damit weniger Anlass für einen ärztlichen Besuch besteht, steigt die Relevanz alternativer Informationsangebote. Umso wichtiger ist es, dass hochwertige, wissenschaftlich fundierte Inhalte im Internet gut auffindbar sind und dass sie dort präsent sind, wo Menschen nach Informationen suchen. Denn faktenbasierte Informationen auf Aufklärungsseiten werden nicht nur von vielen sexuell aktiven Erwachsenen genutzt, sondern auch als besonders glaubwürdig eingeschätzt. Auf diesen

DIE REPRÄSENTATIVE WIEDERHOLUNGSBEFRAGUNG ZUM VERHÜTUNGSVERHALTEN: HINTERGRUND, FORSCHUNGSTEAM UND METHODIK

Die Daten stammen aus der sechsten Welle der repräsentativen Wiederholungsbefragung zum Verhütungsverhalten in Deutschland, die im Auftrag der damaligen Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) – jetzt das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) – durchgeführt wurde. Die Erhebung kombiniert telefonische (CATI) und online-basierte (CAWI) Interviews von 2 024 sexuell aktiven Personen zwischen 16 und 49 Jahren.

In Bezug auf die Erfassung des Geschlechts muss aufgrund der methodischen Anlage der Studie auf eine non-binäre Ausdifferenzierung des Geschlechts verzichtet werden. Dieses Vorgehen ist ausschließlich auf die methodische Notwendigkeit und nicht auf eine nicht vorhandene diversitätssensible Perspektive zurückzuführen. Es stehen lediglich 18 Interviews mit nicht-binärer Geschlechtszuordnung zur Verfügung – diese Fallzahl reicht für aussagekräftige Analysen nicht aus.

Die aktuelle Befragung wurde im Sommer 2024 durchgeführt. Gegenüber den Vorläufern stellt sie in zweierlei Hinsicht eine methodische Erweiterung dar: Zum einen wurde stärker auf die jüngere Bevölkerung fokussiert, indem auch 16- und 17-jährige Personen befragt wurden – zuvor waren ausschließlich Personen ab 18 Jahren Teil der Erhebungen. Zum anderen wurden nicht ausschließlich telefonische Interviews durchgeführt wie in den vergangenen Ausgaben. Ergänzt wurdn eine Telefonstichprobe um eine parallele Online-Befragung.

Projektsteckbrief	**Verhütungsverhalten Jugendlicher und Erwachsener 2024**
Feldinstitut	Verian
Grundgesamtheit	Jugendliche und Erwachsene im Alter zwischen 16 und 49 Jahren
Zielgruppe	Sexuell aktive Bevölkerung Im Sinne dieser Studie werden darunter Personen verstanden, die laut eigener Angabe in den vergangenen zwölf Monaten »mit jemandem intim gewesen« sind (Telefonbefragung) bzw. mindestens von »Intimpetting« berichten (Online-Befragung) – so lauten die Formulierungen aus den verwendeten Fragebogen.
Befragungsmethoden	*Telefonbefragung:* Computergestützte telefonische Interviews (CATI), kombinierte Festnetz- und Mobilfunkstichprobe *Online-Befragung*: Befragung im Online-Panel
Stichproben	n = 2 024 sexuell aktive Befragte zwischen 16 und 49 Jahren, davon n = 1 004 im Rahmen der Telefonbefragung n = 1 020 im Rahmen der Online-Befragung
Gewichtung	Alle dargestellten Daten basieren auf gewichteten Daten. Die Repräsentativgewichtung stellt sicher, dass wesentliche soziodemografische Merkmale den Verteilungen der Grundgesamtheit entsprechen, darunter die Merkmale Bundesland, Ortsgröße, Geschlecht, Alter, Berufstätigkeit, Schulbildung und Haushaltsgröße.
Erhebungszeitraum	Juli bis September 2024
Besonderheiten	Um etwaige geschlechterbezogene Hemmnisse in der Interviewsituation zu vermeiden, kamen bei der Telefonbefragung nur Interviewende zum Einsatz, die dasselbe Geschlecht aufweisen wie die jeweilige Befragungsperson (Frauen befragen Frauen, Männer befragen Männer). Die Online-Befragung basiert auf durch die Befragungspersonen selbst ausgefüllten Fragebogen ohne Beteiligung von Interviewpersonal.
Vorläuferstudien	2003, 2007, 2011, 2018, 2023
Weitere Informationen	https://www.sexualaufklaerung.de/forschungsprojekt/verhuetungsverhalten-jugendlicher-und-erwachsener-2024/

Seiten können digitale Tools und Anwendungen integriert werden, die eine selbstbestimmte Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Verhütungsmethoden ermöglichen (z. B. »Welche Verhütung passt zu mir?« unter www.familienplanung.de). Diese interaktiven Entscheidungshilfen können dabei unterstützen, persönliche Bedürfnisse und Lebensumstände mit den jeweiligen Eigenschaften und Anforderungen der Methoden abzugleichen, und so zu einer informierten und selbstbestimmten Entscheidung beitragen.

Neben der ärztlichen Beratung und digitalen Informationskanälen stellen auch Schwangerschaftsberatungsstellen ein umfassendes Informationsangebot zur Verhütung. Als unabhängige und im ganzen Bundesgebiet verfügbare Einrichtungen beraten sie methodenoffen, individuell und fachlich fundiert

über alle verfügbaren Verhütungsmethoden, deren Wirkweise sowie deren Vor- und Nachteile. Doch die vorliegende Befragung zeigt, dass dieses Angebot vergleichsweise selten zur Informationsbeschaffung genutzt wird. Angesichts der verbreiteten Hormonskepsis sollten Beratungsstellen ihr Angebot zur methodenoffenen Verhütungsberatung stärker in den Fokus rücken und gezielt darüber informieren.

Literatur

Scharmanski, S., & Hessling, A. (2024). Verhütungsverhalten Erwachsener 2023. *Forschungsbericht zur Repräsentativbefragung – Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung.* Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). https://www.sexualaufklaerung.de/publikation/st-verhuetung2023

Autorinnen

Dr. Sara Scharmanski leitet kommissarisch das Referat S3 – Aufgabenkoordinierung, Nationale und internationale Zusammenarbeit, Forschung und Fortbildung der Abteilung S – Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung im Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), ehemals Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Kontakt: sara.scharmanski@bioeg.de

Angelika Heßling leitete das Referat S3 – Aufgabenkoordinierung, Nationale und internationale Zusammenarbeit, Forschung und Fortbildung der Abteilung S – Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung im Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), ehemals Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Seit August 2025 ist sie im Ruhestand.

Zitierweise

Scharmanski, S., & Hessling, A. (2025). Verhütungsinformationen im Internet. Ergebnisse der repräsentativen Wiederholungsbefragung zum Verhütungsverhalten 2024, *FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung: Informationsdienst des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), 2,* 71–78. https://doi.org/10.17623/BIOEG_SRH:forum_2025-2_verhuetung-internet

Vergabe kostenfreier Verhütungsmittel

Kathrin Lohmann

Seit 2018 wird das Projekt »Kostenfreie Verhütungsmittel für Hamburgerinnen mit geringem Einkommen« durch zwei Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen umgesetzt. Im Fokus stehen langfristig wirkende Verhütungsmittel und die Anbindung an die Beratungsangebote der ausführenden Beratungsstellen.

Gemäß einem Beschluss der Hamburgischen Bürgerschaft war der Senat aufgefordert, ein Konzept zur Kostenübernahme von Verhütungsmitteln für Leistungsbezieher/-innen zu erarbeiten und entsprechende Haushaltsmittel zur Verfügung zu stellen. Seit Herbst 2018 können Leistungsbezieherinnen ab 20 Jahren bzw. nach Anhebung der Altersgrenze auf 22 Jahre einen Antrag auf Kostenübernahme bei den Trägern Pro Familia Hamburg e. V. (pro familia) und dem Familienplanungszentrum e.V. (FPZ) stellen.

Die Umsetzung des Projekts orientiert sich dabei an dem Modellprojekt biko-Beratung, Information und Kostenübernahme bei Verhütung.

Wer ist berechtigt?

Eine Kostenübernahme ist möglich für Hamburgerinnen, die sich in einer wirtschaftlich oder sozial belastenden Situation befinden.

Sie können einen Antrag auf Kostenübernahme für ärztlich verordnete Verhütungsmittel (keine Kondome) stellen, wenn sie mindestens 22 Jahre alt sind, ihren Wohnsitz in Hamburg haben und eine der folgenden Leistungen erhalten:

- Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld nach dem SGB II
- Grundsicherung/Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII
- Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)
- Leistungen nach dem Berufsausbildungsförderungsgesetz (BAföG)
- Berufsausbildungsbeihilfe (BAB)
- Kinderzuschlag
- Wohngeld.

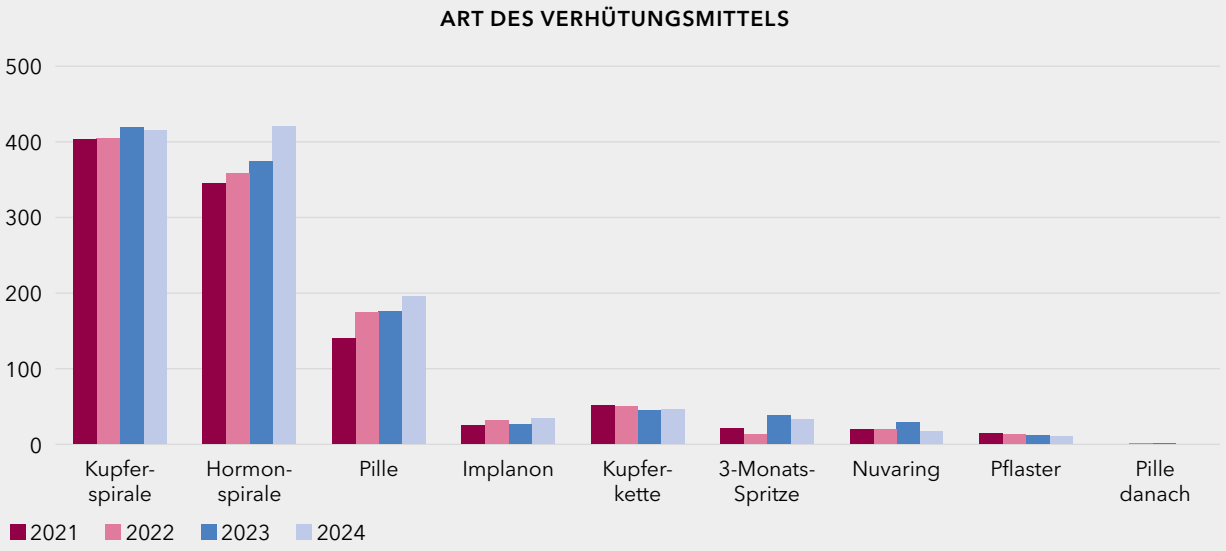
Darüber hinaus können auch Geringverdienerinnen eine Kostenübernahme beantragen, wenn ihr Einkommen unterhalb der Einkommensgrenze nach § 85 SGB XII liegt.

Welche Unterlagen werden für eine Kostenübernahme benötigt?

Ein durch die Gynäkologin/den Gynäkologen ausgestelltes Rezept bzw. ein Kostenvoranschlag für das gewählte Verhütungsmittel, der aktuelle Bescheid über die bewilligte Sozialleistung oder ein Einkommensnachweis und Mietvertrag bei Geringverdienerinnen gem. § 85 SGB XII.

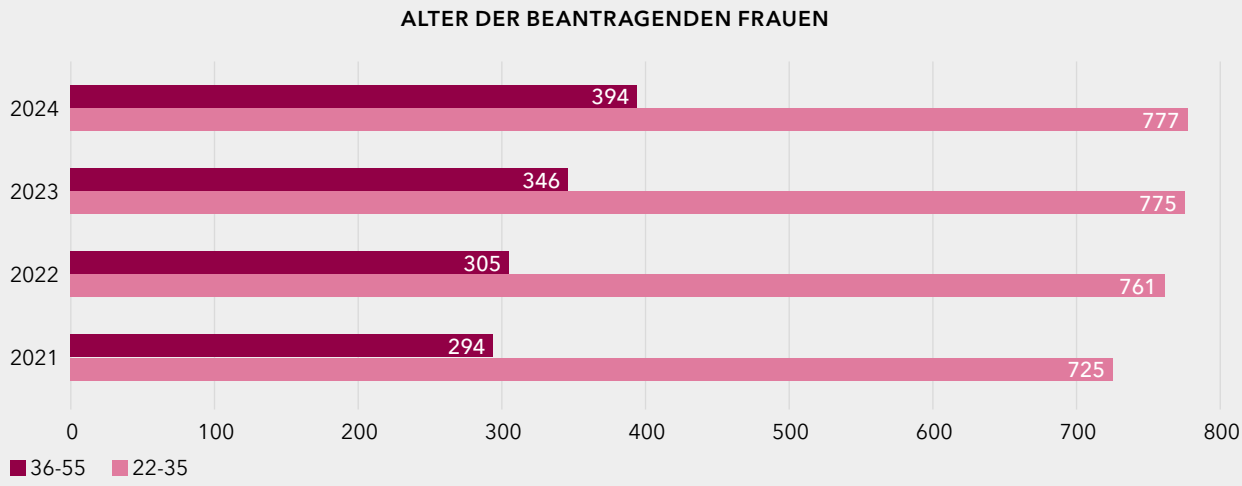
Die Beratung und Übernahme der Kosten erfolgt über das FPZ und pro familia, die für dieses Angebot mit entsprechenden Haushaltsmitteln ausgestattet werden.

ABBILDUNG 1



Quelle: Jahresstatistik des Projekts »Kostenfreie Verhütungsmittel für Hamburgerinnen mit geringem Einkommen«

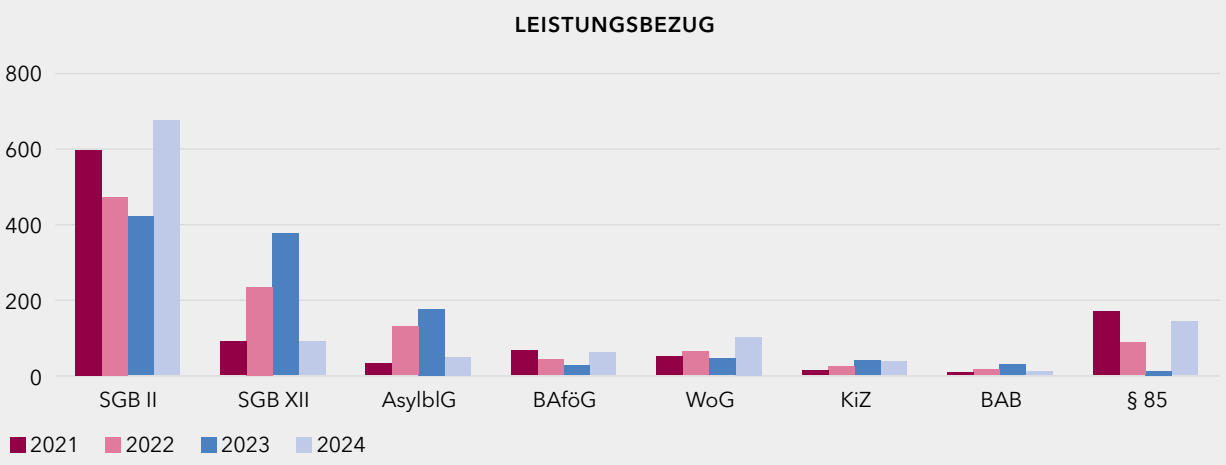
ABBILDUNG 2



Quelle: Jahresstatistik des Projekts »Kostenfreie Verhütungsmittel für Hamburgerinnen mit geringem Einkommen«

Für die Antragstellung stehen den Frauen zwei unterschiedliche Wege offen. Sie ist sowohl persönlich im Rahmen einer festen Antragssprechstunde im FPZ oder über einen digitalen Zugang bei pro familia möglich. Bewährt haben sich zudem die bereits 2019 hinterlegten Informationen in Leichter Sprache und ein durch die Sozialbehörde erstellter Flyer, welcher in mittlerweile 22 Sprachen erhältlich ist.

ABBILDUNG 3



Quelle: Jahresstatistik des Projekts »Kostenfreie Verhütungsmittel für Hamburgerinnen mit geringem Einkommen«

Das Projekt wird mit einer Jahresstatistik begleitet. Die Auswertung der vergangenen 4 Jahre zeigt eine stabile Verteilung hinsichtlich der Wahl des Verhütungsmittels und in der Altersspanne der beantragenden Frauen. Leichte Verschiebungen werden in dem jeweiligen Leistungsbezug sichtbar.

Art der Verhütungsmittel

Der überwiegende Teil der Frauen wählte Langzeitverhütungsmittel. Dabei waren Kupferspiralen und Hormonspiralen die mit Abstand am häufigsten gewünschten Verhütungsmittel. Ebenfalls häufig wurde die Hormonpille nachgefragt, alle weiteren Verhütungsmittel kamen eher selten zum Einsatz, siehe Abbildung 1. Die »Pille danach« ist zwar erstattungsfähig, wurde jedoch nicht beantragt, da die kurzfristige Einnahme durch das Bewilligungsverfahren nicht ermöglicht werden kann. Die Kosten für invasive Eingriffe, wie Sterilisation und Vasektomie, werden nicht übernommen.

Altersspanne

Die Altersspanne zeigt über die vergangenen Jahre hinweg ein stabiles Verhältnis. Ca. zwei Drittel der antragstellenden Frauen fallen in die Gruppe 22 bis 35 Jahre, ein Drittel war zwischen 36 und 55 Jahre alt, siehe Abbildung 2. Diese Verteilung blieb auch mit insgesamt steigender Inanspruchnahme gleich.

Inanspruchnahme nach Leistungsbezug

Den größten Anteil mit rund 70 % haben Antragstellende, die sich im Leistungsbezug gemäß SGB II und SGB XII befinden, siehe Abbildung 3. Die übrigen Anteile entfallen, teils in sehr geringen Zahlen, auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, BAföG/ BAB/ Wohngeld, Kinderzuschlag oder gem. § 85 SGB XII.

Weitere Kategorien, wie Anzahl der Kinder und Herkunftsländer, ergänzen die Statistik.

Herausforderungen in der Umsetzung

Herausforderungen in der Umsetzung bestehen zum einen in der stetigen Zunahme von Anträgen. Dies machte seit Beginn des Projekts regelhaft Anpassungen der benötigten Haushaltsmittel erforderlich, obwohl die Möglichkeit der Kostenübernahme nicht offensiv beworben wurde. Eine Festschreibung der maximalen Kosten pro Antrag konnte bislang nicht erreicht werden, sodass die Preisspanne der einzelnen Verhütungsmittel stark variiert, was sich insbesondere bei den Kosten für Spiralen zeigt. Dies hat erheblichen Einfluss auf die Planbarkeit der Mittel über das gesamte Zuwendungsjahr hinweg. Zum anderen ist die Antragsbearbeitung von

einem hohen Ressourcenaufwand geprägt. Während in Fällen, in denen alle Unterlagen vorliegen, von einer Bearbeitungsdauer von ca. 30 Minuten ausgegangen werden kann, ist in Fällen, bei denen Nachweise fehlen oder Klärungsbedarf mit den Praxen oder Apotheken besteht, von mindestens 50 Minuten Verwaltungsaufwand auszugehen. So führen z. B. abgelaufene Leistungsbescheide, Kostenvoranschläge mit falschen GOÄ-Ziffern oder fehlende Rezepte zu zeitintensiver Nachbearbeitung seitens der Beratungsstellen. Auch wenn die Klientin fälschlicherweise in Vorkasse gegangen ist, sich für ein anderes als das beantragte Verhütungsmittel entschieden hat oder das kürzlich eingeführte E-Rezept nicht auszulesen ist, führt dies zu weiterem Verwaltungsaufwand in dem von der Zielsetzung her schlank gehaltenen Bewilligungsprozess.

Ausblick

Nach über fünf Jahren Projektlaufzeit hat sich die Information zur Möglichkeit der Kostenübernahme von Verhütungsmitteln in vielen gynäkologischen Praxen und unter Ratsuchenden verbreitet. Die Anzahl der Nachfragen ist unverändert hoch. Viele Frauen mit Leistungsbezug oder niedrigen Einkünften nehmen das Angebot erleichtert in Anspruch und berichten, dass sie zuvor aus finanziellen Gründen auf die Nutzung von (sicheren) Verhütungsmitteln verzichtetet haben. Vor diesem Hintergrund ist perspektivisch die Aufhebung der Altersbegrenzung im Leistungskatalog der GKV anzustreben.

Autorin

Kathrin Lohmann, Soziologin, Referentin für das Schwangerschaftskonfliktgesetz und Reproduktionsmedizin in der Hamburger Sozialbehörde.
Kontakt: Freie und Hansestadt Hamburg
Sozialbehörde – Amt für Gesundheit
Postanschrift: Hamburger Straße 47, 22083 Hamburg
E-Mail: kathrin.lohmann@soziales.hamburg.de
www.hamburg.de/sozialbehoerde

Zitierweise

Lohmann, K. (2025). Vergabe kostenfreier Verhütungsmittel. *FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung: Informationsdienst des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG),* 2, 79–82. https://doi.org/10.17623/BIOEG_SRH:forum_2025-2_Vergabekostenfrei

» Projekt INVVO

» www.zanzu.de

Projekt INVVO:

Informiert verhüten in Vorarlberg – ein Pilot- und Forschungsprojekt

Christa Bauer, Sylvia Gaiswinkler, Andrea Hechenberger-Schwarz, Melanie Matt, Lea Putz-Erath

Der Zugang zu Verhütungsmitteln ist wesentlicher Bestandteil sexueller und reproduktiver Gesundheit. In Österreich ist jedoch Verhütung selbst zu bezahlen, und es gibt kein flächendeckendes Angebot der Sexuellen Bildung für Erwachsene. Das Land liegt im Jahr 2024 beim European Contraception Policy Atlas nur auf Platz 20 (European Parliamentary Forum for Sexual and Reproducitve Rights, 2024).

Seit Herbst 2024 ist das Bundesland Vorarlberg Modellregion für ein Pilotprojekt, das vom Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Konsumentenschutz und Pflege (BMASGPK) finanziert wird: Frauen und Mädchen ab 14 erhalten psychosoziale Verhütungsberatung sowie (nach Maßgabe des Budgets) kostenfreie Verhütungsmittel.

femail, eine etablierte Frauenberatungseinrichtung mit einem Schwerpunkt im Bereich der Frauengesundheit und die aks gesundheit GmbH (Anbieter für professionelle Dienstleistungen in Prävention und Rehabilitation) haben das Projekt mit einer Dauer von 2,5 Jahren (6/2024 bis 12/2026) konzipiert und setzen es um. Die Ärztekammer Vorarlberg – insbesondere die Fachgruppe für Frauenheilkunde und Geburtshilfe – die Apothekerkammer Vorarlberg sowie der Verein Amazone sind unverzichtbare Projektpartnerinnen. Die Gesundheit Österreich GmbH verantwortet die Begleitforschung.

Der Gender Datagap schließt sich

2022 publizierte die Gesundheit Österreich GmbH den aktuellen Frauengesundheitsbericht (Gaiswinkler et al., 2022). Anschließend beauftragte das BMASGPK neben einer Studie zur Menstruationsgesundheit den Verhütungsbericht, welcher 2024 veröffentlicht wurde und den Bedarf und die Versorgung von Frauen mit Verhütungsmitteln in Österreich repräsentativ erhebt (Gaiswinkler et al., 2024a).

Frauen tragen sowohl die Kosten als auch die psychischen und körperlichen Auswirkungen von Verhütung überwiegend allein (siehe Abbildung 1).

Die Wahl einer Verhütungsmethode ist beeinflusst von der aktuellen Lebenssituation und -planung, der Zufriedenheit mit einer Methode, der Verträglichkeit, der Verfügbarkeit und vor allem der Leistbarkeit. Sie ist immer eine sehr persönliche Entscheidung und in hohem Maße kontextabhängig (Gaiswinkler et al., 2024a).

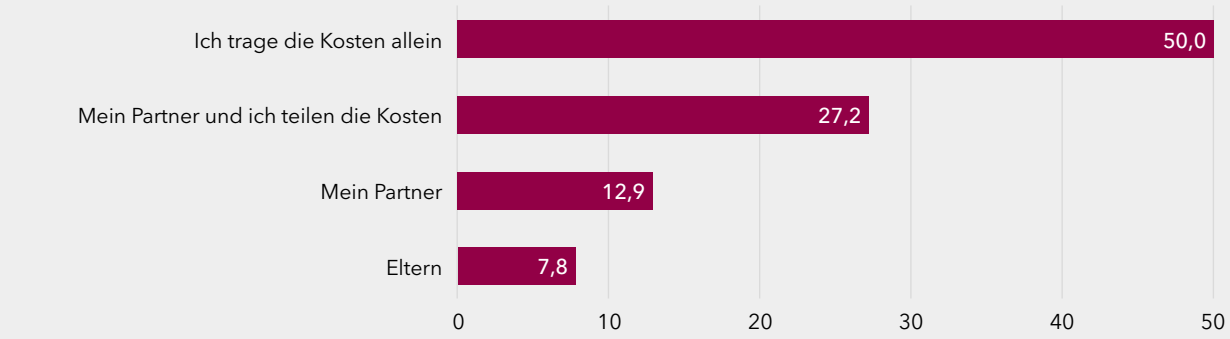
Die Preise für Verhütung sind je nach Methode sehr unterschiedlich und intransparent. Vor allem Langzeitverhütungsmittel sind teuer und kommen daher für sozioökonomisch benachteiligte Personen oft nicht in Frage.

In Österreich verhüten die meisten Frauen mit der Pille oder Minipille (42 %), dem Kondom (40 %) oder einer Spirale (17 %). 50 % der Frauen tragen die Kosten allein (Gaiswinkler et al., 2024a, S. 50).

Rund 37 % der Frauen würden im Fall einer Kostenübernahme anders verhüten oder überhaupt erst beginnen zu verhüten. 16 % der Frauen wissen nicht ausreichend über ein von ihnen präferiertes Verhütungsmittel Bescheid und würden sich gerne beraten lassen (Gaiswinkler et al., 2024a, S. 58).

ABBILDUNG 1

DATEN AUS DEM VERHÜTUNGSBERICHT (BEISPIEL IN PROZENT)
Frage: »Wer übernimmt aktuell die Kosten für Ihre derzeitige Verhütungsmethode/Ihr derzeitiges Verhütungsmittel?«



Quelle: Gaiswinkler et al. (2024a)

Von der Theorie zur Praxis

Die übergeordnete Forschungsfrage des Projekts INVVO lautet: »Wie verändert sich die Gesundheitsversorgung in Bezug auf sexuelle und reproduktive Gesundheit von Frauen/Mädchen, wenn Verhütungsberatung und Verhütungsmittel im Pilotversuch als Gesundheitsleistung durch die öffentliche Hand zur Verfügung gestellt werden?«

Die Pilotierung richtet sich auch auf Wissenserwerb zu den Strukturen: Wie kann das abgewickelt werden? Wer muss mit wem zusammenarbeiten? Wie können vulnerable Zielgruppen (jugendliche Mädchen, armutsbetroffene Frauen, Frauen mit Behinderungen, Frauen mit Sprachbarrieren) erreicht werden?

Eine Vereinbarung mit der Ärztekammer und der Apothekerkammer Vorarlberg ist Basis für die Kostenübernahme und Kooperation. Für das Projekt stehen 950 000 € zur Verfügung. Im Forschungsprojekt (mit einer eigenen Finanzierung) werden umfangreiche Daten erfasst und ausgewertet. Forschungsethik und Datenschutz nehmen einen besonderen Stellenwert ein.

Im Rahmen des Projekts können Frauen zwischen Kurz- und Langzeitverhütungsmitteln wählen. Bei den Kurzzeitverhütungsmitteln (Pille, Minipille, Kondome, 3-Monats-Spritze, Pflaster, Ring) wird ein Jahresbedarf abgedeckt. Bei den Langzeitverhütungsmitteln (Spirale, Hormonspirale, Hormonstäbchen, Kupferkette) werden die gesamten Kosten übernommen.

Psychosoziale Verhütungsberatung

Die psychosoziale Verhütungsberatung ist zentral für das Projekt. Medizinische Fachpersonen und teilnehmende Frauen lernen diese Beratung und ihren Beitrag zur reproduktiven und sexuellen Gesundheit erst kennen. Ziel ist es, ein qualitätsgeprüftes Konzept für eine österreichweite Implementierung zu entwickeln. Die häufigsten Fragen der Ratsuchenden drehen sich um folgende Themen: Orientierungshilfe zur Verhütung in aktueller Lebensphase; persönliche »Verhütungsgeschichte«; »Was gibt es außer…«; Kondomnutzung; Verhütung und Lustempfinden; Zyklusfragen und hormonfreie Verhütung. Die Beratungen dauern 50 Minuten und finden persönlich oder online via Video statt. Die Beratung per Video wird sehr gut angenommen.

Learnings und Herausforderungen

Es gibt eine enorm hohe Nachfrage zur kostenfreien Verhütung, die durch das Projekt nicht abgedeckt

werden kann. Gleichzeitig führte der hohe Bearbeitungsaufwand zu Zeitverzögerungen bei der Aufnahme der Interessentinnen mit der Folge von Drop-outs.

Viele Frauen werden durch Ärztinnen und Ärzte über das Projekt informiert. Schwieriger ist es, jene Frauen und Mädchen zu erreichen, die sich aktuell nicht dem Thema Verhütung widmen oder keine Vorsorgetermine wahrnehmen.

Teilnehmende Frauen möchten das Risiko für eine »Fehlinvestition« bei den Langzeitverhütungsmitteln reduzieren oder haben keine finanziellen Möglichkeiten dafür. Andere setzen sich für kostenfreie Verhütung ein und stellen dafür bewusst ihre Daten zur Verfügung.

Literatur

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2018). *Aktionsplan Frauengesundheit.* Wien. https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Frauen--und-Gendergesundheit.html

European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights (2024). *European Contraception Policy Atlas.* https://www.epfweb.org/node/1042

Gaiswinkler, S., Antony, D., Delcour, J., Pfabigan, J., Pichler, M., & Wahl, A. (2023). *Frauengesundheitsbericht 2022*. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). Wien. https://fgoe.org/frauengesundheitsbericht_2022

Gaiswinkler, S., Antosik, J., Pfabigan, J., & Pilwarsch, J. (2024a). *Verhütungsbericht 2024. Bedarf und Versorgung mit Verhütungsmitteln in Österreich.* Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). Wien. https://goeg.at/News_Verhuetungsbericht_2024

Gaiswinkler, S., Wahl, A., Antony, D., Ofner, T., Delcour, J., Antosik, J., Pfabigan, J., & Pilwarsch, J. (2024b). *Menstruationsgesundheitsbericht 2024.* Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien. https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=803&attachmentName=Menstruationsgesundheitsbericht_2024.pdf

Autorinnen

Lea Putz-Erath, Dr. phil., Sozialarbeiterin und Geschäftsführerin von femail. Arbeitsschwerpunkte: Geschäftsführung, Wirkungsorientierte Projektentwicklung und Umsetzung, Lobbying für die Verbesserung der Situation von Frauen in Österreich, Publikationen in regionalen Medien.
Kontakt: lea.putz-erath@femail.at
https://femail.at/invvo/

Co-Autorinnen:

Christa Bauer, Mag.a, Klinische- und Gesundheitspsychologin, femail-Fachstelle Frauengesundheit. Arbeitsschwerpunkte: Psychologische Beratung, Public Health, Gesundheitskompetenz für Bürgerinnen und Fachpersonen.

Melanie Matt, BSc, Sexualpädagogin und Hebamme in freier Praxis, Projektmitarbeiterin bei femail

Andrea Hechenberger-Schwarz MSCIPH, Hebamme und Sexualpädagogin i.A., Projektmitarbeiterin bei femail

Sylvia Gaiswinkler, Mag.a, Senior Health Expert, Gesundheit Österreich GmbH

Zitierweise

Bauer, C., Gaiswinkler, S., Hechenberger-Schwarz, A., Matt, M., & Putz-Erath, L. (2025). Informiert verhüten in Vorarlberg – ein Pilot- und Forschungsprojekt. *FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung: Informationsdienst des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG),* 2, 84–86. https://doi.org/10.17623/BIOEG_SRH:forum_2025-2_vorarlberg

www.zanzu.de:

10 Jahre Zanzu.de: Die multilinguale Website zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit in Wort und Bild

Jana Gorkow, Anastasia Doré

Einleitung

Die Website Zanzu.de wurde ab 2014 vom Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), ehemals Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), gemeinsam mit dem flämischen Expertenzentrum für sexuelle Gesundheit (Sensoa) entwickelt. Unter Einbezug eines internationalen Gremiums, bestehend aus europäischen Expertinnen und Experten aus dem Bereich sexueller und reproduktiver Gesundheit, entstand eine umfangreiche multilinguale Informationsquelle für Migrantinnen und Migranten mit noch geringen Deutschkenntnissen. Gleichzeitig ist die Website eine Arbeitshilfe für Fachkräfte aus verschiedenen Bereichen der Lebens- und Gesundheitsberatung.

Das vorrangige Ziel der Website ist die Förderung sexueller und reproduktiver Gesundheit durch die Bereitstellung von qualitätsgesicherten und fundierten Informationen. Migrantinnen und Migranten, die noch neu in Deutschland sind, sollen einen Zugang zu Inhalten über gesundheitliche Standards im Bereich reproduktiver Gesundheit in Deutschland erhalten und über ihre sexuellen Rechte aufgeklärt werden. Sprachbarrieren sollen mit Zanzu leichter überwunden und damit auch die Hemmungen reduziert werden, über diese sensiblen Themen zu sprechen.

Aktuell ist Zanzu in 14 Sprachen verfügbar.

Der Aufbau der Website gestaltet sich übersichtlich und behandelt sechs Hauptthemen:

- Körperwissen
- Familienplanung und Schwangerschaft
- Infektionen (HIV/STI)
- Sexualität
- Beziehungen und Gefühle
- Rechte und Gesetze

Unterstützt wird die Gliederung durch Icons, farbliche Absetzung der Kategorien und eine einfache Navigation. Zusätzliche Funktionen sind ein integriertes Wörterbuch, eine Vorlesefunktion, ein Splitscreen-Tool, eine Beratungsstellendatenbank und zahlreiche Bilderreihen und Piktogramme.

Zanzu wurde aber auch zur Unterstützung von Fachkräften in Beratungssituationen und Arztpraxen entwickelt, vor allem, um Sprachbarrieren im Versorgungsalltag zu reduzieren.

Darüber hinaus soll Zanzu Migrantinnen und Migranten eine diskrete und eigenständige Möglichkeit bieten, sich über sexuelle und reproduktive Gesundheit zu informieren. Die einfache mobile Nutzung bietet genau diese Option, beispielweise

über die Vorlesefunktion und die intuitive Navigation über Icons.

In den vergangenen neun Jahren seit der Online-Stellung von Zanzu entstanden viele weitere Zielgruppen und Sachlagen, die die Mehrsprachigkeit, die einfach gehaltenen Texte, die begleitende Bebilderung und die bereitgestellten Tools zusätzlich für sich nutzen konnten.

Beispielhaft sollen hier Anregungen, Anwendungsbeispiele und Feedbacks aus den vergangenen Jahren zusammengetragen und als Nutzungsszenarien für Zanzu dargestellt werden, denn das Projekt entwickelt sich mit seinen Nutzerinnen und Nutzern. Viele Zuschriften über das Mailpostfach und bei Präsenzveranstaltungen haben uns bislang erreicht, im Folgenden einige Beispiele.

Erfahrungen

Berichte aus mündlicher und schriftlicher Kommunikation zu Zanzu[1]

»Ich nutze die Seite Zanzu im Unterricht sehr gerne, da vor allem die Bebilderung hilfreich ist, um komplexe Abläufe wie beispielsweise die Nutzung eines Kondoms einfach darzustellen. Entsprechende Bilder habe ich mir auch ausgedruckt und laminiert.«

»Es wäre hilfreich, wenn die Bilder bei Zanzu noch mehr auf sexuelle Vielfalt und geschlechtliche Diversität eingehen würden. Auch in den Texten würde ich diese Diversität gerne wiederfinden.«

»Ich befinde mich in einer Notlage. Benötige Hilfe, weil ich nicht weiß, ob ich mein Kind bekommen möchte. An wen kann ich mich wenden?«

»Meine Familie und ich sind ganz neu hier in xx. Ich bekomme bald mein zweites Kind. Wo kann ich hin für die Geburt?«

»Wir würden die Piktogramme von Zanzu gerne für unsere Fortbildung im Fachbereich nutzen. Der niedrigschwellige Zugang ohne eine zu detaillierte Darstellung passt zu unseren Klientinnen.«

»Die Vorlesefunktion hilft mir in Beratungssituationen. Nicht alle meine KlientInnen können lesen. Es erleichtert die Kommunikation, vor allem, wenn sie sich das zu Hause auch noch mal anhören können.«

»Ich bin geflüchtet, wegen der Sexualität. Ich brauche Medikamente. Wie bekomme ich die?«

»Ich habe die Seite Zanzu angesehen und war sehr überrascht, so wenig Informationen über Menstruationsprodukte zu finden. Tampons sollten alle sechs Stunden gewechselt werden, da sie sonst zu einer Sepsis führen können. Dieses Risiko wird auf der Seite nicht erwähnt, und ich denke, es ist ein sehr wichtiger Punkt, den die Leute berücksichtigen sollten.«

»Kann mir immer schnell kurze Infos holen. Gibt's eine App?«

»Die Seite ist zwar nicht in Leichter Sprache geschrieben, aber die einfache Sprache und die Bilder nutze ich auch für den Unterricht an meiner Förderschule.«

Die vielfältigen Rückmeldungen zum aktuellen Gebrauch von Zanzu und zu bestehenden Bedarfen bestätigen die Nutzung dieser Website als hilfreiches Tool für:

- umfassende, leicht verständliche Infos zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit,
- visuelle Erklärungen und interaktive Features zur Überwindung von Sprachbarrieren und für leseeingeschränkte Personen,
- multilinguale Nutzung mit Wörterbuch und Vorlese-Funktion,
- praxisnahe Materialien für Beratung und Gesundheitsförderung.

1 Die Anonymität der Beiträge wird gewährleistet. Teilweise sind die Beiträge übersetzt und nicht im Original-Wortlaut.

Die Zukunft

Sexuelle Bildung ist ein Menschenrecht, das in internationalen Menschenrechtsabkommen und in der nationalen Gesetzgebung verankert ist. Es muss gewährleistet sein, dass der Zugang zu Informationen für die Gesamtgesellschaft niedrigschwellig erreichbar ist. Dadurch ist es möglich, Menschen für das (Selbst-)Verständnis der eigenen geschlechtlichen Identität und sexuellen Orientierung und für die Wahrung der sexuellen und reproduktiven Rechte zu sensibilisieren.

Das BIÖG ist durch §1 Abs. 1 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG) beauftragt, unter Beteiligung der Länder und in Zusammenarbeit mit Vertretungen der Familienberatungseinrichtungen aller Träger Konzepte zu entwickeln und bundeseinheitliche Maßnahmen zur Sexualaufklärung und Familienplanung zu erarbeiten und zu verbreiten. Mit Zanzu ist ein entsprechendes Angebot geschaffen worden, das wir weiterentwickeln werden, um zukünftig noch weitere Zielgruppen zu erreichen und Fachkräften wie Privatpersonen ein niedrigschwelliges Tool im Bereich sexueller Bildung zur Verfügung zu stellen. Für Anregungen sind wir stets offen: zanzu@bioeg.de

Autorinnen

Jana Gorkow ist Referentin im Referat S3 – Aufgabenkoordinierung, Nationale und internationale Zusammenarbeit, Forschung und Fortbildung der Abteilung S – Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung im Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), ehemals Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
Kontakt: Jana.gorkow@bioeg.de

Anastasia Doré ist Referentin im Referat S2 – Familienplanung, Verhütung der Abteilung S – Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung im Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), ehemals Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
Kontakt: Anastasia.dore@bioeg.de

www.zanzu.de

Zitierweise

Gorkow, J., & Doré, A. (2025). 10 Jahre Zanzu.de: Die multilinguale Website zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit in Wort und Bild. *FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung: Informationsdienst des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), 2,* 87–89. https://doi.org/10.17623/BIOEG_SRH:forum_2025-2_zanzu

Infothek

» Broschüren

» Dokumentationen

» Studien

» Projekte

» Institutionen

» Websites

» Leitbegriffe der Gesundheitsförderung

» Internetseiten

BROSCHÜREN

Sexualpädagogik in Deutschland 2025

Was ist Sexualpädagogik, welche Inhalte werden vermittelt, welche Standards beachtet? Wie sieht die konkrete Umsetzung aus und wo kann man deutschsprachige Lehr- und Lernmaterialien finden? Diese Fragen beantwortet eine siebenseitige Infobroschüre für Lehrkräfte, Eltern und Deutsch-Lernende, die vom Goethe-Institut herausgegeben wurde.

Online verfügbar:
https://www.goethe.de/resources/files/pdf343/sexualpaedagogik-in-deutschland-fragen-und-antworten-zum-thema-2025.pdf

Bildungsmedien zur Sexuellen Bildung für junge Menschen mit Behinderung

Eine digitale Broschüre, herausgegeben von der Ludwig-Maximilians-Universität München, gibt pädagogischen Fachkräften und Lehrkräften einen strukturierten Überblick über Medien zur Sexuellen Bildung und zur Prävention sexualisierter Gewalt für junge Menschen mit Behinderung. Sie unterstützt dabei, geeignete Materialien auszuwählen und im Unterricht gezielt einzusetzen. Neben einer systematischen Kategorisierung enthält die Broschüre Informationen zur inhaltlichen Qualität und praktischen Anwendbarkeit der Materialien. Ziel ist es, die Vermittlung von Wissen zu Liebe, Sexualität und Schutz vor sexualisierter Gewalt nachhaltig zu stärken und im schulischen wie außerschulischen Kontext zu verankern. Entstanden ist die Broschüre im Rahmen eines Forschungsprojekts, das vom Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), ehemals Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), gefördert wurde.

Online verfügbar:
https://www.sexualaufklaerung.de/publikation/st-bildungsmedien-praevention-sexu-gewalt

Placing a child for adoption. Legal information and guidance

Was sind die Folgen einer Adoption und wer bietet Hilfe und Beratung an?

Wie sind die Prozesse, wenn ich mein Kind zur Adoption freigeben will? Habe ich ein Mitspracherecht bei der Wahl der Adoptiveltern? Kann ich mit dem Kind in Kontakt bleiben? Wie verläuft eine Adoption durch Stiefmütter und -väter?

Fragen rund um die Adoption beantwortet eine 28-seitige Broschüre des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), die nun in englischer Sprache vorliegt.

Online verfügbar:
https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/meta/en/publications-en/placing-a-child-for-adoption-256234

Bestellung:
Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock
Telefon 030 182722721
Fax 030 18102722721
gebaerdentelefon@sip.bundesregierung.de
publikationen@bundesregierung.de
www.bmfsfj.de

DOKUMENTATIONEN

Fachgespräch Kinderschutz 2024

Die Personalsituation im Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD) ist vielerorts von hoher Belastung und Personalfluktuation geprägt. Wie kann dieser Herausforderung begegnet werden? Um diese Frage ging es beim 7. Fachgespräch zum Kinderschutz des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH). Die Dokumentation der Online-Veranstaltung vom 11. Oktober 2024 mit 60 Teilnehmenden aus Forschung, Politik und Praxis ist nun online verfügbar. In Impulsvorträgen stellten Expertinnen und Experten

empirische Erkenntnisse zur Personalsituation im ASD sowie Strategien zur Gewinnung, Entlastung und Stärkung von Fachkräften vor. In Break-out-Sessions und im Plenum diskutierten und erarbeiteten die Teilnehmenden anschließend Handlungsansätze, um die Personalsituation im ASD zu verbessern und somit zur Qualitätsentwicklung im Kinderschutz beitragen zu können.

Die Dokumentation der Veranstaltung sowie die Impulsreferate wurden durch eine Liste mit Praxismaterialien und Literatur zur Personalsituation im ASD ergänzt.

Online verfügbar:
https://www.fruehehilfen.de/kurznachricht-14-2025/

STUDIEN

Sexualisierte Gewalt gegen Kinder und Jugendliche

Eine bundesweite repräsentative Studie untersucht die Häufigkeit sexualisierter Gewalt gegen Kinder und Jugendliche und beleuchtet auch die Kontexte der Taten sowie deren Folgen. Sie zeigt, dass das Ausmaß von Missbrauch in Deutschland erheblich ist. 12,7 % der Befragten gaben an, mindestens einmal im Leben von sexualisierter Gewalt betroffen gewesen zu sein. Bezogen auf die Grundgesamtheit der 18- bis 59-Jährigen in Deutschland entspricht das 5,7 Millionen Menschen, die in ihrem Leben sexualisierte Gewalt erlebt haben. Betroffen sind vor allem Frauen, Täter hingegen mehrheitlich Männer. Das sind die zentralen Ergebnisse der Studie, die vom Zentralinstitut für Seelische Gesundheit initiiert und im Rahmen des Deutschen Zentrums für Psychische Gesundheit zusammen mit der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik in Ulm und dem Kriminologischen Institut in Heidelberg in Kooperation mit dem Umfrageinstitut infratest dimap durchgeführt wurde. Die Studie wurde mit Eigenmitteln der wissenschaftlichen Institute sowie mit finanzieller Unterstützung der Stiftung Weißer Ring, des Vereins Eckiger Tisch sowie des Kinderschutzbunds finanziert. Die Ergebnisse wurden im *Deutschen Ärzteblatt* publiziert.

Online verfügbar:
https://www.aerzteblatt.de/10.3238/arztebl.m2025.0076

Vernetzungsforum für Sexuelle Bildung

Für Menschen, die im Bereich der Sexuellen Bildung tätig oder ausgebildet sind, bietet das Institut für Sexualpädagogik (isp) ein Vernetzungsforum. Die Treffen bieten die Chance, sich fachlich auszutauschen, sich zu vernetzen und Kooperationen zu bilden. Das isp gibt einen fachlichen Input und die Möglichkeit, dass sich die Teilnehmenden mit Themen, Projekten oder Vorträgen einbringen. Hürden und Probleme, Erfahrungen und Überraschungen oder Highlights in der sexualpädagogischen Praxis stehen im Zentrum des Austauschs.

Erste Termine finden am 13. Oktober 2025 in Hamburg und am 20. März 2026 in Erfurt statt, jeweils von 10 bis 16 Uhr. Die Kosten betragen 110 €.
Infos und Anmeldung:
https://www.isp-sexualpaedagogik.org/angebote-sexualpaedagogik/seminare/isp--friends-129.html

PROJEKTE

Liebesleben – das Mitmach-Projekt

»Liebesleben – das Mitmach-Projekt« ist ein interaktives, kostenfreies Angebot des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit zur HIV- und STI-Prävention sowie zur Förderung der sexuellen Gesundheit für weiterführende Schulen. Im Mittelpunkt stehen sechs Themenmodule mit attraktiven Methoden und Materialien. Sie vermitteln Schülerinnen und Schülern Informationen und Handlungskompetenzen für den persönlichen Umgang mit den Themen HIV und andere STI, Schutz und Safer Sex, Körper und Gefühle, Sexualität und Medien, Vielfalt und Re-

spekt sowie Freundschaft und Beziehung. Ein Team des Bundesinstituts moderiert die Module vor Ort. Durch die Verbindung zu den Rahmenlehrplänen unterstützt und entlastet es die Schulen.

Kontakt:
Liebesleben – Hotline für Lehr- und Fachkräfte
Telefon 0221 8992700
Montag bis Freitag 9 bis 15 Uhr
liebesleben@sinus-bfk.de
https://www.liebesleben.de/foerderung-sexueller-gesundheit-infomationen-fuer-fachkraefte/das-liebesleben-mitmachprojekt/

Neuer WhatsApp-Kanal des BIÖG

Der WhatsApp Channel »SEX 'N' FACTS – faktenbasiert und wissenschaftlich fundiert« richtet sich an Fachkräfte aus der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, Erwachsene und interessierte Personen. Auf dem Kanal werden regelmäßig hilfreiche und spannende Informationen rund um die Themen Sexualität, Verhütung und Familienplanung gepostet. Faktenbasiert und wissenschaftlich fundiert.

INSTITUTIONEN

LAGM*A NRW mit neuen Kontaktdaten

Die landesweite Fachstelle für intersektionale Mädchen*arbeit und machtkritische Mädchen*politik in NRW LAGM*A hat seit Juni 2025 eine neue Website und eine geänderte Mail-Adresse. Ab sofort nutzt die Fachstelle ausschließlich Adressen mit der Endung: @lagma-nrw.de. Die bisherige zentrale Mail-Adresse lag@maedchenarbeit-nrw.de wird durch info@lagma-nrw.de ersetzt. Die personalisierten Mail-Adressen wurden ebenfalls angepasst. Die neuen Kürzel orientieren sich an einem überarbeiteten Schutzkonzept. Diese Umstellung ist Teil eines digitalen Veränderungsprozesses, der sich aus einem Organisationsentwicklungsprozess der letzten Jahre ergibt.

Kontakt:
www.lagma-nrw.de
info@lagma-nrw.de

WEBSITES

Elternsein.info

Ein frisches Design und mehr Komfort bei der Nutzung bietet die Website elternsein.info des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH). Auf einen Blick sind jetzt alle wichtigen Informationen auf der Startseite zu finden. Das Schwerpunktthema Frühe Hilfen ist nun prominenter platziert und Videos sowie Beiträge rund ums Elternsein sind besser gebündelt. Dies bietet insbesondere bei der Mobilansicht einen größeren Bedienkomfort. Bereits auf der Startseite können Familien jetzt die bundesweiten Suchen nach Anlaufstellen Frühe Hilfen und Schreiambulanzen nutzen. Sie gelangen dadurch schneller zu den Suchergebnissen. Kommunen, freie Träger und Fachkräfte in den Frühen Hilfen können bei Schwangeren, werdenden Vätern und Familien mit Kindern bis drei Jahre auf die Website des NZFH hinweisen. Sie bietet viele weiterführende Informationen zu Frühen Hilfen, praktische Tipps rund ums Elternsein und informiert in mehreren Sprachen über frühkindliches Schreien.

Kontakt:
www.elternsein.info

Beratungsstellen-Datenbank auf familienplanung.de

Schwangerschaftsberatungsstellen beraten zu allen Fragen rund um Schwangerschaft und Familienplanung, kostenfrei und auf Wunsch anonym. Auf diese Beratungsleistungen haben Frauen wie Männer einen gesetzlichen Anspruch. Bei schwierigen Themen kann im Rahmen der Beratung außerdem der Rat externer Fachleute eingeholt werden, etwa bei rechtlichen oder medizinischen Problemen oder bei Erziehungsfragen. Eine persönliche Beratung kann

allein, als Paar oder begleitet von einer vertrauten Person in Anspruch genommen werden. Weitere Möglichkeiten sind die telefonische Beratung und die Online-Beratung per Kontaktformular, Einzel- oder Gruppenchat.

Ratsuchende können zwischen verschiedenen Anbietern jenen wählen, bei dem sie sich am besten aufgehoben fühlen. Neben Beratungsangeboten öffentlicher Träger, beispielsweise der kommunalen Gesundheits- oder Jugendämter, stehen ihnen auch Angebote freier Träger zur Verfügung, zu denen die Wohlfahrtsverbände sowie religiös ausgerichtete oder autonome Vereine zählen. Schwangerschaftskonfliktberatung wird darüber hinaus auch von einigen Ärztinnen und Ärzten angeboten.

Die Beratungsstellen-Datenbank des BIÖG umfasst mit mehr als 1 500 Einträgen fast alle deutschen Schwangerschaftsberatungsstellen. So können Interessierte gezielt nach Angeboten in ihrer Nähe suchen. Voraussetzung für die Aufnahme in die Datenbank ist die staatliche Anerkennung der Beratungsstelle für die Schwangerschaftskonfliktberatung nach §§ 5 und 6 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG) oder die staatliche Förderung nach § 2 SchKG.

Kontakt:
https://www.familienplanung.de/beratung/beratungsstelle-finden/

Verhütungs-Tool auf familienplanung.de

Zu der Frage »Welche Verhütung passt zu mir?« hat das BIÖG auf familienplanung.de ein Tool entwickelt. In einem kurzen Test wird etwa geklärt, ob hormonell oder ohne Hormone verhütet werden soll, ob eine Methode zur einmaligen oder dauerhaften Verhütung gewünscht ist und ob auch ein Schutz vor STI gewährleistet sein soll. Im Ergebnis wird eine geeignete Methode vorgeschlagen und erläutert. Auf derselben Seite werden 16 Verhütungsmittel und -methoden eingehend beschrieben mit Wirkungsweise, Sicherheit, Nebenwirkungen, Kosten und vielem mehr.

Kontakt:
https://www.familienplanung.de/verhuetung/verhuetungsmethoden/

LEITBEGRIFFE DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Sexuelle Gesundheit

Sexuelle Gesundheit ist ein zentraler Aspekt von Gesundheitsförderung und Prävention. Obwohl sexuelle Gesundheit sich aus den Menschenrechten ableitet und spätestens mit der 2002 durch die WHO vorgelegten Definition ein Fundament für viele Maßnahmen bildet, ist sie zunehmend ideologisch motivierten Angriffen ausgesetzt. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, sexuelle und auch reproduktive Gesundheit im Sinne der WHO in ihrer Bedeutung und Entstehung zu betrachten und ihre Konsequenzen für die Praxis herauszuarbeiten.

Breuer, J., Piesch, R., Sonnefeld, C. Scharmanski, S. (2025). Sexuelle Gesundheit. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.

INTERNETSEITEN

Internetseiten des BIÖG im Themenfeld Sexualaufklärung, Verhütung, Familienplanung:

www.sexualaufklaerung.de
www.familienplanung.de
www.loveline.de
www.bildung.loveline.de
herzfroh.loveline.de
www.zanzu.de
www.fruehehilfen.de
www.liebesleben.de

Impressum

FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung
Eine Schriftenreihe des Bundesinstituts
für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)

Leitung:
Kommissarische Leitung
Dr. Johannes Nießen
Abteilung S – Sexualaufklärung,
Verhütung und Familienplanung
Maarweg 149–161
50825 Köln

www.sexualaufklaerung.de/forschung/publikationsreihe-forum

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme
Forum Sexualaufklärung: Informationsdienst
des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)

Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit,
Abteilung S – Sexualaufklärung,
Verhütung und Familienplanung – Köln: BIÖG
Aufnahme nach 1996,I
ISSN 2192-2152

Konzeption:
Abteilung S – Sexualaufklärung, Verhütung
und Familienplanung

Verantwortlich:
Jana Gorkow, Anastasia Doré
Text und Redaktion:
Heike Lauer, Frankfurt

Redaktion
FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung
Heike Lauer
Anton-Burger-Weg 95
60599 Frankfurt
Telefon 069 682036
heike-lauer@t-online.de

Gestaltungskonzept:
Kühn Medienkonzept & Design GmbH,
Ruppichteroth, Köln

Satz und Gestaltung:
Uwe Otte, Brühl

Version:
PDF-Version 1.0
Erstveröffentlichung online November 2025

FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung
2/2025 ist kostenlos erhältlich unter der Bestelladresse
BIÖG, 50819 Köln
Artikelnummer 13329285
https://shop.bioeg.de

Alle Rechte vorbehalten.

Namentlich gekennzeichnete oder mit einem Kürzel versehene Artikel geben nicht in jedem Fall die Meinung des Herausgebers wieder. Diese Zeitschrift wird vom BIÖG kostenlos abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/den Empfänger oder Dritte bestimmt.

Zitierweise:
Prävention Schwangerschaftskonflikt – Evidenz und Praxis (2025). *FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung: Informationsdienst des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), 2.*
https://doi.org/10.17623/BIOEG_SRH:forum_2025-2_praevschwangerkonflikt

NEWSLETTER SEXUALAUFKLÄRUNG, VERHÜTUNG UND FAMILIENPLANUNG

Informiert bleiben – Newsletter bestellen!
Der Newsletter informiert über Forschungsprojekte und -ergebnisse sowie neue Publikationen im Themenfeld.

https://www.sexualaufklaerung.de/ueber-das-portal/service-und-kontakt/newsletter-bestellen

WWW.SEXUALAUFKLAERUNG.DE/ FORSCHUNG/PUBLIKATIONSREIHE-FORUM

Mit mehr als 50 Ausgaben, über 1 500 Artikeln und mit etwa 500 Schlagwörtern ist FORUM Sexualaufklärung Online eines der größten Volltextangebote im Themenbereich Sexualaufklärung und Familienplanung.

Bundesinstitut für
Öffentliche Gesundheit

ISSN 2192-2152