

Gesundheitsberichterstattung Berlin

Statistische Kurzinformation 2007 - 3

Geburtenentwicklung, Schwangerschaftsabbrüche und Schwangerschaftskonfliktberatung - Altersstruktur, Konfliktgründe, Ländervergleich -

von

Christiane Struck
Dr. Sabine Hermann

Herausgegeben und bearbeitet von der
Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz

Referat Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gemeinsames Krebsregister,
Sozialstatistisches Berichtswesen, Gesundheits- und Sozialinformationssysteme

Berlin, März 2007
ISSN 1863-9305

Verfasserinnen: Christiane Struck
Dr. Sabine Hermann

Redaktionsschluss: März 2007

Herausgeber: Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz
Referat Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gemeinsames Krebsregister,
Sozialstatistisches Berichtswesen, Gesundheits- und Sozialinformationssysteme
Prof. Dr. Gerhard Meinlschmidt
Oranienstraße 106, 10969 Berlin
ISSN 1863-9305

Telefon: (030) 9028 2660
Telefax: (030) 9028 2067
E-Mail: Gerhard.Meinlschmidt@senguv.verwalt-berlin.de
Homepage: <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/index.html>

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe gestattet.

Vorbemerkungen

Die vergangene und prognostizierte demographische Entwicklung bringt Veränderungen mit sich, zu denen neben dem Rückgang der Einwohnerzahl vor allem der wachsende Anteil älterer Menschen gehört. Im Zusammenhang mit dem Altersaufbau der Bevölkerung ist die Anzahl der Geburten von besonderer Bedeutung. Die Geburtenentwicklung wird beeinflusst von der Bereitschaft der Frauen bzw. Paare, eine Familie zu gründen und Kinder großzuziehen. Für die in dieser Kurzinformati-on dargestellte Entwicklung von Geburten und Schwangerschaftsabbrüchen stehen folgende *Daten-grundlagen* zur Verfügung:

- Geburtenstatistik: Lebendgeborene und Totgeborene nach Familienstand der Mütter und Legitimität der Geborenen / Lebendgeborene nach Alter der Mütter. Bundesstatistik, jährliche Verfügbarkeit, zuletzt für 2005.
- Schwangerschaftsabbruchstatistik: Schwangerschaftsabbrüche nach Alter und Familienstand der Schwangeren. Bundesstatistik, vierteljährliche Verfügbarkeit, zuletzt für 2006.
- Statistik über Schwangerschaftskonfliktberatungen nach Alter, Familienstand, Staatsangehörigkeit und Konfliktgründen der Beratenen. Landesstatistik, jährliche Verfügbarkeit, zuletzt für 2005.

Um die Gesamtzahl der Schwangerschaften zu erhalten, wird hier die Summe aus Geborenen und Schwangerschaftsabbrüchen gebildet. Die dazu gehörenden Fehlgeburten können nicht berücksichtigt werden, da es keine entsprechende Datenquelle gibt. Die Betrachtung von Schwangerschaften nach Alter der Schwangeren/Mütter muss sich aufgrund der Datenlage auf Lebendgeborene und Schwangerschaftsabbrüche beschränken. Dabei können Aussagen zur Staatsangehörigkeit nicht getroffen werden, da dieses Merkmal in der Schwangerschaftsabbruchstatistik nicht enthalten ist. In allen drei Statistiken können die Daten nach dem Kriterium „Wohnort der Frau“ zusammengestellt werden. Bei der Betrachtung von Schwangerschaftsabbrüchen in Bezug auf Geburten bleibt das aktuelle Jahr 2006 unberücksichtigt, da für die Geburten noch keine entsprechenden Daten vorliegen.

Die *Geburtenentwicklung* in Deutschland, nach der Wende entscheidend vom extremen Rückgang der Geburten in den neuen Bundesländern und Berlin-Ost geprägt, zeigte auch im Zeitraum von 2000 bis 2005 noch deutliche Ost-West-Unterschiede. Die neuen Bundesländer haben ihre Ausgangswerte von 1990 zwar längst nicht erreicht, aber mit den dort wieder steigenden Geburtenzahlen und gleichzeitigem kontinuierlichen Rückgang in den alten Ländern ist ein allmählicher Abbau der Unterschiede zu beobachten.

Im Jahr 2000 kamen in Deutschland 766.999 Kinder zur Welt, d. h. von 1.000 Frauen im Alter von 15 bis 44 Jahren wurden rechnerisch 45,5 Kinder geboren. In den Bundesländern reichte die Spannweite von 33,9 Lebendgeborenen je 1.000 Frauen im gebärfähigen Alter in Brandenburg bis zum höchsten Wert von 49,8 in Niedersachsen. In der Rangfolge, beginnend mit den höchsten Fruchtbarkeitsziffern, standen die neuen Bundesländer und Berlin geschlossen am Ende der Skala. Das änderte sich in den folgenden Jahren durch die gegenläufige Entwicklung von steigenden Geburtenzahlen in den neuen und Rückgängen in den alten Ländern. Die Fruchtbarkeitsziffern des Jahres 2005, im Bundesdurchschnitt bei 41,7, hatten mit 35,4 ihren niedrigsten Wert in Brandenburg, das nach wie vor das Schlusslicht der Bundesländer bildete, und den höchsten Wert in Hessen mit 43,6. Damit hat sich 2005 die Differenz zwischen höchster und niedrigster Fruchtbarkeitsziffer gegenüber der im Jahr 2000 beobachteten Spannweite fast halbiert. Auch die Rangfolge hat sich verschoben: Thüringen, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt befanden sich mit Brandenburg zwar noch am Ende der Länderskala, Sachsen jedoch rückte vor auf Platz 10, hier wurden 2005 mehr Lebendgeborene registriert (40,2 je 1.000 15- bis 44-jährige Frauen) als in Berlin (39,3) und im Saarland (37,5) (vgl. Abbildung 1).

In Berlin wurden im Jahr 2005 28.976 Kinder geboren, 470 weniger als im Jahr zuvor. Mit geringen Schwankungen blieb seit 2000 das Niveau von jährlich durchschnittlich 29.000 Lebendgeborenen und einer Fruchtbarkeitsziffer um 39 erhalten.

Rechtliche Basis der meisten Schwangerschaftsabbrüche ist die Beratungsregelung

Nicht alle eingetretenen Schwangerschaften werden ausgetragen. Bei Schwangerschaftsabbrüchen war im Gegensatz zum wenig veränderten Niveau der Berliner Geburtenzahlen zu beobachten, dass die Zahl der Berlinerinnen, die sich gegen die Schwangerschaft entschieden und die Möglichkeit eines Abbruchs in Anspruch nahmen, im Laufe der letzten 6 Jahre zurückgegangen ist von fast 12 Tsd. im Jahr 2000 auf 10 Tsd. 2006.

Dabei wurden 98 % der in den vergangenen Jahren gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche nach der sogenannten *Beratungsregelung* und 2 % der Fälle aufgrund einer *medizinischen oder kriminologischen Indikation* vorgenommen.

Unter diesen drei Voraussetzungen können Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt werden entsprechend den Regelungen nach §§ 218 und 219 Strafgesetzbuch (StGB) und §§ 5-7 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG - Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten), die am 1. Oktober 1995 in Kraft getreten sind. Danach sind Schwangerschaftsabbrüche nur dann nicht rechtswidrig, wenn eine jeweils ärztlich festzustellende medizinische oder kriminologische Indikation vorliegt. Ohne eine solche Indikation ist die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen rechtswidrig, bleibt jedoch straffrei, wenn

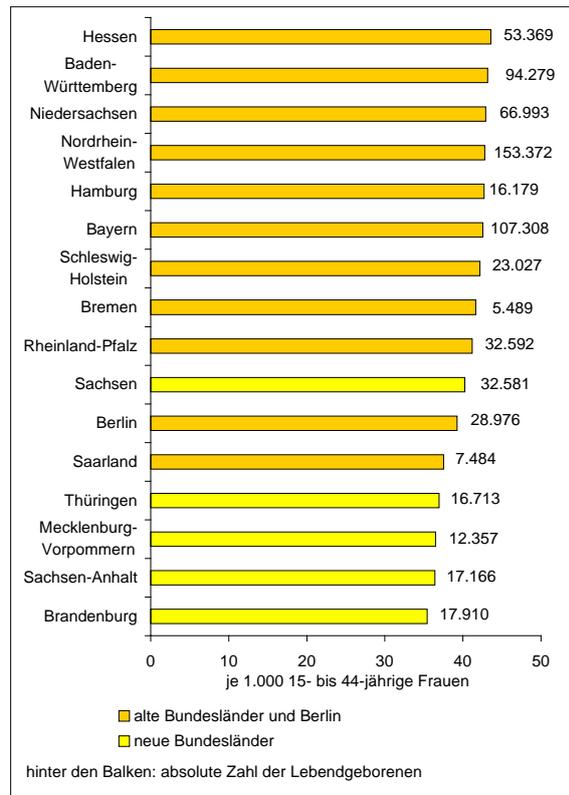
- die Schwangere den Schwangerschaftsabbruch verlangt und dem Arzt durch eine Bescheinigung nachweist, dass sie sich mindestens drei Tage vor dem Eingriff durch eine anerkannte Beratungsstelle hat beraten lassen,
- der Abbruch von einem Arzt vorgenommen wird und
- seit der Empfängnis nicht mehr als zwölf Wochen vergangen sind.

Die Dokumentation der Schwangerschaftskonfliktberatungen gibt Hinweise auf Konfliktgründe der Frauen

Eine Schwangerschaftskonfliktberatung klärt sowohl über alle Hilfen und Rechtsansprüche auf, die das Austragen der Schwangerschaft und das Leben mit dem Kind erleichtern, als auch über die Möglichkeiten eines Abbruchs.

Im Jahr 2005 wurden in Berlin 13.775 Bescheinigungen über Schwangerschaftskonfliktberatungen ausgestellt. Die aus den anonymisierten Dokumentationen gewonnenen statistischen Angaben enthalten u. a. Informationen darüber, welche Gründe häufig entscheidend zu Schwangerschaftskonflikten beitragen. Bis auf die *wirtschaftliche Situation*, die fast durchweg für jede zweite Beratene ein Problem für das Austragen der Schwangerschaft darstellte, waren je nach Familienstand, Kinderzahl, Alter und Staatsangehörigkeit deutliche Unterschiede in der Konfliktlage zu beobachten.

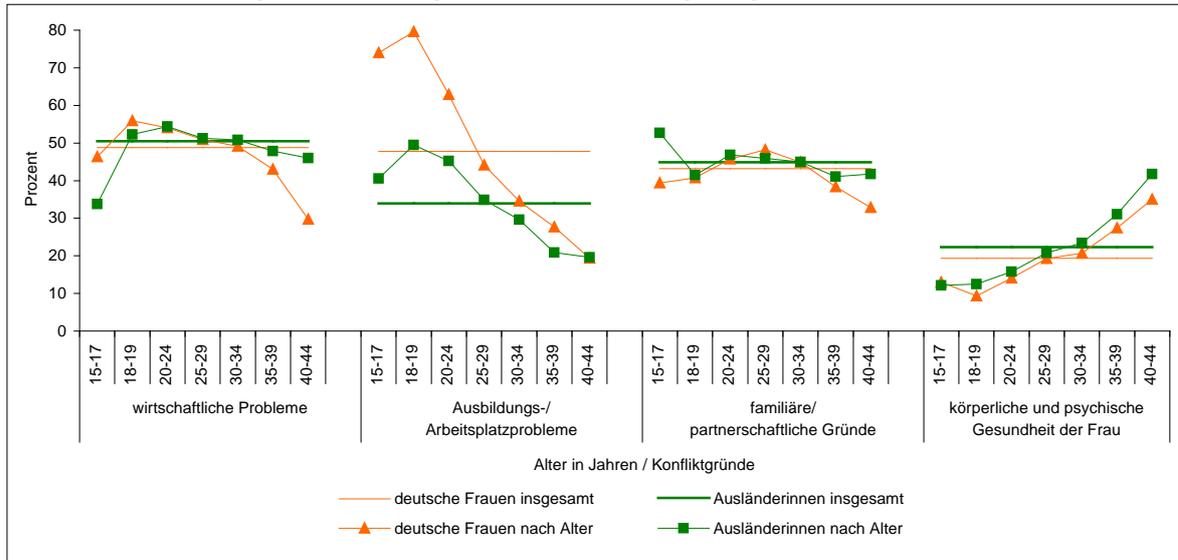
Abbildung 1:
Lebendgeborene in Deutschland 2005
nach Bundesländern



(Datenquelle: StBA / Berechnung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 2:

Beratene Frauen nach ausgewählten Konfliktgründen (Mehrfachnennungen möglich) und Alter in Berlin 2005



(Datenquelle: SenGesUmV / Berechnung: SenGesUmV - I A -)

Der Schwangerschaftskonflikt junger Frauen war entscheidend von der Frage nach *Ausbildung und Arbeitsplatz* geprägt; deutsche Frauen in noch weitaus stärkerem Maß als ausländische sahen hier für sich mit Kind keine Perspektiven. Nur bei unter 18-jährigen ausländischen Frauen führte die Auseinandersetzung in Familie und Partnerschaft noch häufiger zum Schwangerschaftskonflikt als berufliche Aspekte. Je älter die Frauen, desto weniger waren Ausbildung und Arbeitsplatz von Bedeutung. Hingegen wuchs mit zunehmendem Alter die Zahl derjenigen, die sich aufgrund ihres Gesundheitszustands nicht in der Lage sahen, die Schwangerschaft auszutragen.

Insgesamt stellte die *körperliche und psychische Gesundheit* jedoch nur für jede fünfte beratene Frau ein Problem dar, während die wirtschaftliche, berufliche und/oder familiäre Situation wesentlich häufiger zum Schwangerschaftskonflikt führte.

Deutsche und ausländische Beratene waren etwa gleichermaßen von den Problemen betroffen; deutliche Unterschiede gibt es - wie oben beschrieben - nur in der Bewertung der Ausbildungs-/Arbeitsplatzsituation, die im Durchschnitt für fast jede zweite deutsche (47,8 %), für ausländische Beratene aber nur in jedem dritten Fall (33,9 %) einen Schwangerschaftskonflikt verursachte (vgl. Abbildung 2).

Für beide - Ausländerinnen wie Deutsche - war jedoch zu beobachten, dass die durch Ausbildungs- oder Arbeitsplatzsituation entstandenen Konfliktlagen in den letzten Jahren zugenommen haben. Für ausländische Frauen haben auch *familiär/partnerschaftlich bedingte Schwangerschaftskonflikte* an Bedeutung gewonnen, während wirtschaftliche Probleme weniger häufig auftraten als noch in den 1990er Jahren. Abgesehen von diesen Veränderungen sehen Frauen sich, soweit das aus den seit 1994 gemeldeten Angaben zu Schwangerschaftskonflikten zu entnehmen ist, nach wie vor in gleichem Maß vor Probleme gestellt wie in den vergangenen Jahren.

Zahl der Schwangerschaftskonfliktberatungen deutlich höher als die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche

12.930 Berlinerinnen, die sich 2005 zum Schwangerschaftskonflikt beraten und die für einen Abbruch notwendige Bescheinigung ausstellen ließen, standen 10.637 in Berlin wohnende Frauen gegenüber, die in diesem Jahr einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen. Rein rechnerisch könnte aus der Differenz geschlossen werden, dass 18 % der beratenen Frauen sich für die Schwangerschaft entschieden haben. Ob dies jedoch der Fall ist oder andere Faktoren eine Rolle spielen, lässt sich hier nicht feststellen.

Berlinerinnen lassen häufiger Schwangerschaftsabbrüche durchführen als Frauen der anderen Bundesländer

Ein Blick auf die Gesamtzahl der 10.024 im Jahr 2006 gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche, berechnet je 1.000 Frauen im Alter von 15 bis 44 Jahren, zeigt, dass Berlin mit einem Wert von 13,6 im Vergleich der Bundesländer weiterhin das Land mit der höchsten *Abbruchquote* in Deutschland bleibt (vgl. Abbildung 3).

Gegenüber 2005 zeichnete sich insgesamt ein Rückgang der Schwangerschaftsabbruchzahlen ab. In Deutschland wurden 2006 mit 119.710 Meldungen 3,5 % (-4.313) weniger Abbrüche registriert als im Vorjahr. In Berlin wohnende Frauen ließen 2005 noch in 10.637 Fällen einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen, mit 10.024 waren es im Jahr darauf 613 bzw. 5,8 % Fälle weniger. Auch in 10 weiteren Bundesländern ging die Zahl der Abbrüche zurück, während in Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Thüringen Abbruchzahlen und Quoten gegenüber 2005 fast unverändert blieben.

Der rückläufige Trend ist in Berlin seit 2000 zu beobachten, dem Jahr mit der höchsten Schwangerschaftsabbruchquote (16,2 Abbrüche je 1.000 15- bis 44-jährige Frauen) seit 1996. Beginnend mit dem Jahr 1996 ist ein Blick auf die Entwicklung bis heute möglich, da seitdem die Bundesstatistik mit den jetzt noch gültigen Meldemodalitäten besteht.

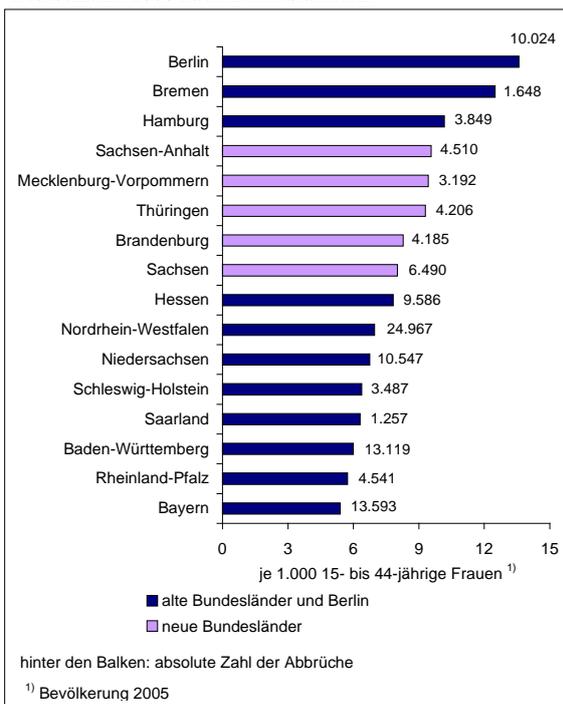
Wie bei den Abbrüchen wurden 1999 und 2000 auch die höchsten Geburtenzahlen in diesem Zeitraum verzeichnet (40,5 bzw. 40,4 Geborene je 1.000 15- bis 44-jährige Berlinerinnen), deren darauf folgender Rückgang sich jedoch 2004 und 2005 nicht fortsetzte und mit 39,4 fast das Ausgangsniveau von 1996 erreichte (39,5).

Seit 2001 entscheiden sich weniger Berlinerinnen gegen das Austragen der Schwangerschaft als in den Jahren zuvor, trotzdem wird gegenwärtig noch mehr als jede vierte Schwangerschaft abgebrochen

Die unterschiedliche Entwicklung von Geburten und Schwangerschaftsabbrüchen ist an deren Verhältnis abzulesen, das sich zugunsten der Geburten verschoben hat. Ausgehend von 28,1 % im Jahr 1996 und dem Höchststand 2001 von 28,8 % nahm seitdem der Anteil der Abbrüche an der Gesamtzahl der Schwangerschaften (Geborene + Schwangerschaftsabbrüche) kontinuierlich ab. Trotzdem waren es 2005 noch 27 von 100 schwangeren Berlinerinnen, die sich gegen das Austragen der Schwangerschaft entschieden. Auch der für Vergleiche häufig verwendete Bezug von Abbrüchen zu Lebendgeborenen spiegelt die Entwicklung rückläufiger Abbruchzahlen wider: 1996 wurden 393 Schwangerschaftsabbrüche je 1.000 Lebendgeborene (absolute Zahlen: 29.905 Lebendgeborene und 11.762 Abbrüche) registriert, der Höchstwert wurde 2001 mit 405, der niedrigste mit 367 im Jahr 2005 (absolute Zahlen: 28.976 Lebendgeborene und 10.637 Abbrüche) errechnet.

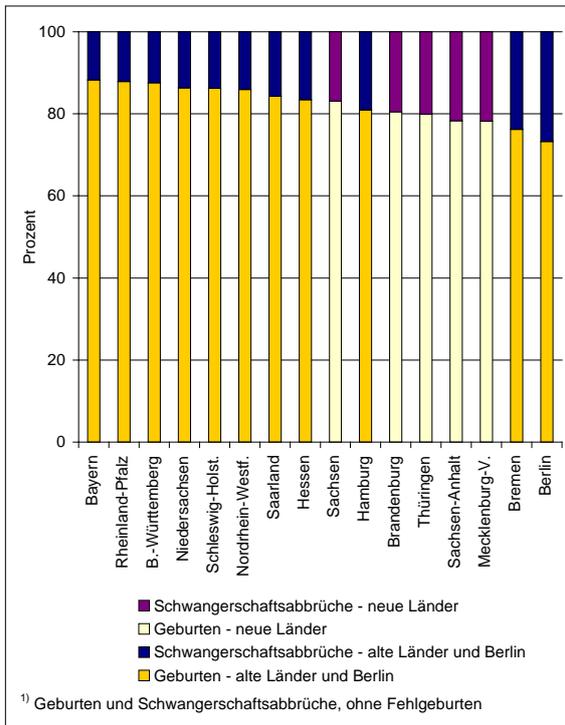
Abnehmende Schwangerschaftsabbruchzahlen in Berlin führten nicht zu einer Änderung der Rangfolge im Ländervergleich: Sowohl bei der Quote bezogen auf die Frauen im gebärfähigen Alter (vgl. Abbildung 3) als auch beim Verhält-

Abbildung 3:
Schwangerschaftsabbrüche (nach Wohnort der Frau) in Deutschland 2006 nach Bundesländern



(Datenquelle: StBA / Berechnung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 4:
Schwangerschaften¹⁾ in Deutschland 2005 nach Anteil von Geburten und Schwangerschaftsabbrüchen (nach Wohnort der Frau) und Bundesländern



(Datenquelle: StaLa Berlin / StBA / Berechnung: SenGesUmV - I A -)

nis von Abbrüchen und Geburten bleiben Berlin und Bremen die Bundesländer mit den meisten Schwangerschaftsabbrüchen (vgl. Abbildung 4).

Wie bei der Geburtenziffer bereits gesehen (vgl. Abbildung 1) zeigt der Ländervergleich - trotz einiger Ausnahmen - ein *deutliches Ost-West-Gefälle*: Die neuen Bundesländer haben nach den Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg die höchsten Abbruchquoten (vgl. Abbildung 3) und es sind - wiederum nach Berlin und Bremen - gemessen an der Zahl der registrierten Schwangerschaften die höchsten Anteile an Schwangerschaftsabbrüchen zu verzeichnen (Ausnahme: geringerer Anteil in Sachsen als in Hamburg) (vgl. Abbildung 4).

Aus den in der Bundesstatistik erhobenen Daten ist ein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Schwangerschaftsabbrüche und dem Alter der Schwangeren, dem Familienstand sowie der Zahl der vorherigen Geburten zu erkennen. Fragen in Verbindung mit der Staatsangehörigkeit der Frauen können hier nicht beantwortet werden, da die Statistik dieses Erhebungsmerkmal nicht enthält.

In der Altersgruppe der 30- bis 34-jährigen Frauen wurden die meisten Geburten und im Verhältnis dazu die wenigsten Schwangerschaftsabbrüche registriert

Die Altersverteilung der Berlinerinnen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen ließen, blieb in den letzten beiden Jahren nahezu unverändert. 2006 war fast die Hälfte der Frauen (4.742 / 47,3 %) zum Zeitpunkt des Abbruchs zwischen 20 und 29, ein Drittel (3.397 / 33,9 %) zwischen 30 und 39 Jahre alt. 666 Frauen (6,6 %) hatten ihren 40. Geburtstag hinter sich, 59 von ihnen waren bereits 45 Jahre oder älter. Von den 1.219 unter 20-jährigen Schwangeren waren 716 (7,1 %) im Alter von 18 oder 19 Jahren und 503 minderjährig. Darunter waren 40 Jugendliche, die ihren 15. Geburtstag noch nicht erreicht hatten.

2005 waren, bezogen auf 1.000 gleichaltrige Berlinerinnen, in den Altersgruppen der 18- und 19-Jährigen sowie der 20- bis 24-Jährigen mit 21,6 und 22,2 die höchsten Abbruchquoten (absolute Zahlen: 913 bzw. 5.223 Abbrüche) zu verzeichnen. Die *18- und 19-Jährigen entschieden sich fast zur Hälfte gegen das Austragen der Schwangerschaft* (46,4 % der Schwangerschaften, deren Zahl aus der Summe von Lebendgeborenen und Schwangerschaftsabbrüchen ermittelt wurde). Die Abbruchquote der 20- bis 24-Jährigen ist zwar gleich hoch, gemessen an allen in dieser Altersgruppe registrierten Schwangerschaften wurden mit einem Anteil von 32,7 % jedoch weniger Abbrüche durchgeführt als bei den jüngeren Frauen.

Die *geringste Abbruchwahrscheinlichkeit* besteht bei 25- bis 39-jährigen Frauen. Im Vergleich aller Altersgruppen waren bei den 30- bis 35-Jährigen im Jahr 2005 mit 8.145 Lebendgeborenen die meisten Geburten je 1.000 gleichaltrige Frauen (69,0) und mit 2.035 Schwangerschaftsabbrüchen gleichzeitig der niedrigste Anteil Abbrüche (20,0 % der Schwangerschaften) zu beobachten.

Frauen unter 18 Jahren werden insgesamt seltener schwanger, brechen eingetretene Schwangerschaften aber häufiger ab. 2005 wurden 338 Lebendgeborene und 502 Abbrüche in Berlin wohnender

Minderjähriger gemeldet, das entspricht einer Quote von 4,3 Schwangerschaftsabbrüchen je 1.000 10- bis 17-Jährige und einem Anteil von 59,8 % aller in dieser Altersgruppe registrierten Schwangerschaften. Die Altersgruppe der ganz jungen Frauen ist die einzige, in der mehr Schwangerschaften abgebrochen als Kinder zur Welt gebracht werden. In allen anderen Altersgruppen ist das Verhältnis umgekehrt (vgl. Abbildung 5).

Zahl schwangerer 15- bis 17-jähriger junger Frauen in Berlin seit 2002 wieder rückläufig

Nach wie vor werden Mädchen und junge Frauen vor ihrem 18. Geburtstag schwanger, trotz des seit 1980 gewachsenen Verantwortungsbewusstseins junger Menschen und ihrer ablehnenden Haltung gegenüber einer möglichen Schwangerschaft. Das dokumentiert die neueste Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur Jugendsexualität in Deutschland¹, die im November 2006 der Öffentlichkeit vorgestellt wurde:

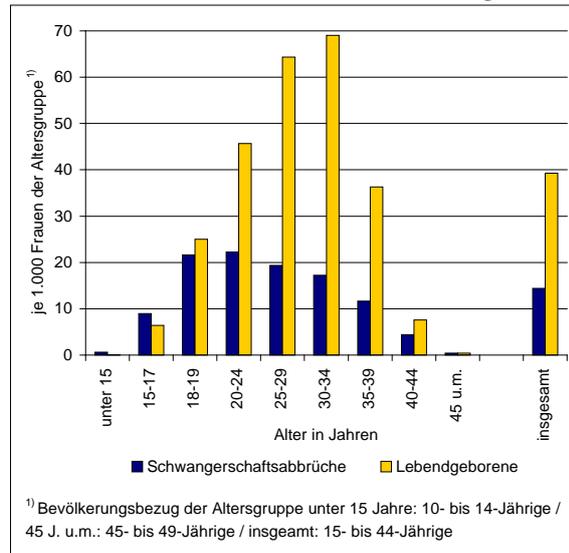
Jugendliche sind über sexuelle Themen gut informiert und zeigen ein ausgeprägtes Verantwortungsbewusstsein bei ersten Sexualkontakten und im Umgang mit Verhütung. Die Befragungen ergaben, dass die Zahl der 14- bis 17-Jährigen, die beim ersten Geschlechtsverkehr nicht verhüten, sich seit 1980 halbiert hat und jetzt bei 9 % der Mädchen und 15 % der Jungen liegt. Nach der Studie hat auch die Zahl der Minderjährigen zugenommen, die eine Schwangerschaft zum jetzigen Zeitpunkt als „eine Katastrophe“ ansehen würden und für die eine Schwangerschaft in ihrem Alter überhaupt nicht ins Lebensbild passt.

Dass die tatsächlich eingetretenen Schwangerschaften Minderjähriger in den allermeisten Fällen (etwa 92 %) ungeplant und ungewollt waren, belegt eine kürzlich von pro familia und der Universität Hamburg durchgeführte Studie² zu Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen.

Von den 840 unter 18-Jährigen, die im Jahr 2005 in Berlin in diese Situation gekommen sind (Summe aus Lebendgeborenen und Schwangerschaftsabbrüchen der Minderjährigen), waren 45 noch keine 15 Jahre alt; von diesen 45 schwangeren Jugendlichen haben 39 die Schwangerschaft abgebrochen, 6 sind Mutter geworden. Die Mehrzahl der betroffenen Minderjährigen war 15 bis 17 Jahre alt; in dieser Altersgruppe wurden 332 Lebendgeborene und 463 Schwangerschaftsabbrüche registriert, das waren rechnerisch 15,4 Schwangerschaften je 1.000 der gleichaltrigen weiblichen Bevölkerung.

Die Schwangerschaftsrate der 15- bis 17-Jährigen weist in den letzten 10 Jahren deutliche Schwankungen auf, beginnend 1996 mit 13,7 als niedrigstem Wert in diesem Zeitraum und Spitzenwerten von 17,6 und 18,0 in den Jahren 2001 und 2002. Seitdem ging die Zahl wieder zurück und erreichte 2005 das Niveau der Jahre 1997 und 2000. Zusammengefasst zu zwei 5-Jahres-Zeiträumen ist eine leicht steigende Tendenz von Schwangerschaften 15- bis 17-jähriger junger Frauen zu erkennen: Bezogen auf die gleichaltrige Bevölkerung wurden im Zeitraum von 2001 bis 2005 jährlich durchschnittlich

Abbildung 5:
Lebendgeborene und Schwangerschaftsabbrüche von Berlinerinnen 2005 nach Alter der Mutter/Schwangeren

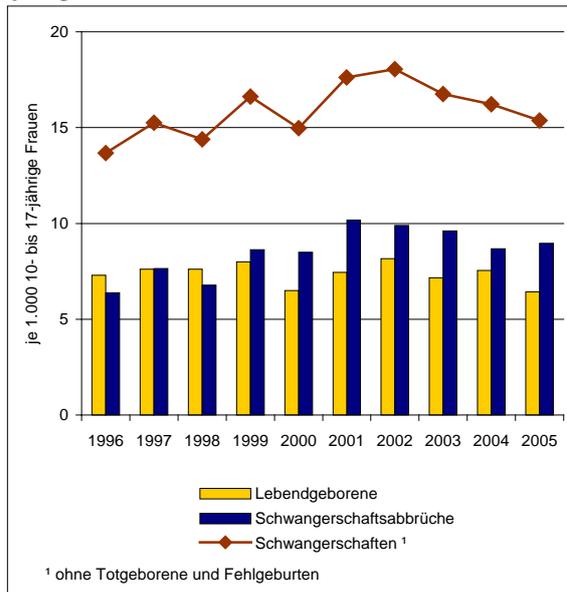


(Datenquelle: StBA / StaLa Berlin / Berechnung: SenGesUmV - I A -)

¹ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2006): Jugendsexualität. Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern. Ergebnisse der Repräsentativbefragung aus 2005. PDF-Datei unter <http://www.sexualaufklaerung.de/cgi-sub/fetch.php?id=473>

² Bundesverband pro familia (2006): Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen. Erste Ergebnisse eines pro familia-Forschungsprojekts. pro familia Magazin 02, S. 23-27.

Abbildung 6:
Lebendgeborene und Schwangerschaftsabbrüche 15- bis 17-jähriger Berlinerinnen 1996 - 2005



(Datenquelle: StaLa Berlin / Berechnung: SenGesUm V - I A -)

fast 17 Schwangerschaften (16,8 je 1.000 Frauen) registriert, in den Jahren zuvor (1996 - 2000) lag der Wert im Durchschnitt noch bei 15,0 (vgl. Abbildung 6).

Dabei verlief die Entwicklung von Geburten und Schwangerschaftsabbrüchen unterschiedlich: Während die Geburtenziffer in dieser Altersgruppe seit 1996 zwar kleine Schwankungen zeigte, jedoch im Wesentlichen unverändert blieb (durchschnittlich 7 Lebendgeborene je 1.000 15- bis 17-Jährige), war bei der Schwangerschaftsabbruchziffer ein deutlicher Anstieg zu beobachten (1996: 6,4 / 2005 und 2006: 9,0 Abbrüche je 1.000 Mädchen/Frauen der Altersgruppe) (vgl. Abbildung 6). Das bedeutet, *gemessen an der Gesamtzahl der Schwangerschaften Minderjähriger wurden in den letzten Jahren mehr Schwangerschaften abgebrochen, als dies noch Ende der 1990er Jahre der Fall war*. Wie bereits oben erwähnt, entschieden sich 2005 weit über die Hälfte der schwangeren Mädchen und jungen

Frauen unter 18 Jahren gegen das Austragen der Schwangerschaft, bei den 15- bis 17-Jährigen waren es 58,2 %; 1996 entschlossen sich dagegen noch weniger als die Hälfte der Betroffenen dieser Altersgruppe (46,6 %) zu diesem Schritt. Diese Entwicklung war bei den unter 15-jährigen Mädchen in noch viel größerem Ausmaß zu beobachten. Bei ihnen erreichte der Anteil der abgebrochenen Schwangerschaften - 1996 noch bei 44 % - im Jahr 2005 87 % und damit den höchsten Wert, der seit 1996 registriert wurde.

Der Ländervergleich zeigt, dass *15- bis 17-Jährige in den Stadtstaaten häufiger schwanger* werden als in den anderen Bundesländern; die Werte je 1.000 Gleichaltriger lagen im Durchschnitt der letzten 5 Jahre in Bremen (16,9), Berlin (16,8) und Hamburg (14,5) deutlich höher als bundesweit mit 10,0. Außer den Stadtstaaten wiesen die neuen Bundesländer und Schleswig-Holstein über dem Bundesdurchschnitt liegende Schwangerschaftsquoten 15- bis 17-Jähriger auf. In diesen Ländern entschieden sich die meisten der betroffenen Teenager zum Schwangerschaftsabbruch, Ausnahmen bildeten Sachsen-Anhalt, Thüringen und Sachsen, wo - wie in Nordrhein-Westfalen, Saarland, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz - mehr Schwangerschaften ausgetragen als abgebrochen wurden. Die Länder mit den wenigsten Schwangerschaften Minderjähriger waren Bayern und Baden-Württemberg, hier wurden seit 2001 jährlich etwa 8 bzw. 7 von 1.000 15- bis 17-Jährigen schwanger, fast die Hälfte von ihnen entschloss sich zum Austragen der Schwangerschaft.

Soziale Benachteiligung erhöht das Risiko früher Schwangerschaften

Um Erkenntnisse zu Ursachen und Hintergründen früher Schwangerschaften zu gewinnen, werden Studien durchgeführt, die sich auf Befragungen von betroffenen jungen Frauen und von Beratern/Beraterinnen stützen. Zwei solcher von der BZgA in Auftrag gegebenen bzw. finanziell geförderten Studien wurden kürzlich, z. T. mit ersten Ergebnissen, der Öffentlichkeit vorgestellt: Für die von pro familia in Kooperation mit dem Institut für Sexualforschung und forensische Psychiatrie der Universität Hamburg vorgenommene Untersuchung befragten im ersten Teil Beratende 1.801 Schwangere unter 18 Jahren, die eine von 138 beteiligten pro familia-Beratungsstellen aufsuchten, zu ihrer Situation³; im zweiten Teil der Studie wurden ausführliche Interviews mit minderjährigen Schwangeren

³ Schmidt, Gunter et al. (2006): Jugendschwangerschaften in Deutschland. Ergebnisse einer Studie mit 1801 schwangeren Frauen unter 18 Jahren. Sexualforschung 19, S. 334-358.

geführt, die sich für einen Abbruch entschieden haben⁴. Die andere Untersuchung zu Angeboten und Hilfebedarf für jugendliche Schwangere und Mütter in Berlin und Brandenburg beruht auf Interviews von 47 Expertinnen und 3 Experten in Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen⁵, die Auskunft zur Lebenssituation der Schwangeren und Mütter sowie deren Erwartungen in die Beratung gaben.

Übereinstimmend wurde ein *erheblicher Einfluss sozialer Komponenten wahrgenommen, die das Risiko von Teenagerschwangerschaften erhöhen*. Viele der betroffenen jungen Frauen, meistens auch ihre Partner und bereits ihre Eltern leben in einem sozial benachteiligten Umfeld, sie haben eine schlechte Schulbildung, sind arbeitslos, kommen aus instabilen, konflikthafter Familien, oft mit hoher Kinderzahl und Suchtproblematik. Eingeschränkte Handlungsmöglichkeiten durch niedriges Bildungsniveau ist durch Zahlen zu belegen: Das Risiko, schwanger zu werden, ist im Bundesdurchschnitt bei einer Hauptschülerin fünfmal so hoch wie bei einer Gymnasiastin⁶.

Auch bei der Entscheidung für oder gegen die Schwangerschaft, mit der die Jugendlichen die Weichen bis weit in die Zukunft hinein stellen, spielt die soziale Situation eine große Rolle: Bei jungen Frauen mit höherer Bildung und guten Ausbildungs- und Berufschancen ist bei einer Schwangerschaft die Bereitschaft zum Abbruch sehr hoch, *Jugendliche mit geringer Schulbildung und ohne Fähigkeiten, Zukunftsperspektiven zu entwickeln, neigen hingegen eher dazu, das Kind zu bekommen*. In der oben erwähnten Studie von pro familia/Universität Hamburg heißt es: „Die soziale Situation beeinflusst das reproduktive Verhalten minderjähriger Frauen in zweifacher Weise erheblich: Sozial benachteiligte Jugendliche werden besonders häufig schwanger, und wenn sie schwanger werden, werden sie besonders häufig Mütter.“⁷

Verheiratete Frauen entscheiden sich seltener gegen eine Schwangerschaft als ledige, geschiedene oder verwitwete

Im Jahr 2006 waren 57,9 % der Berlinerinnen zum Zeitpunkt des Abbruchs ledig, 4,6 % geschieden und 0,2 % verwitwet, verheiratet waren 37,3 %.

Ein deutlicher Unterschied des Familienstands ist im Vergleich der Bundesländer zu erkennen. Unter 40 % lag der Anteil verheirateter Frauen im Jahr 2006 außer in Berlin (37,3 %) auch in den neuen Bundesländern mit Werten von 39,5 % in Thüringen bis 32,5 % in Mecklenburg-Vorpommern und in Bremen, wo mit 30,9 % die wenigsten Frauen zum Zeitpunkt des Abbruchs verheiratet waren. Die höchsten Anteile Verheirateter gab es im Saarland (49,1 %) und in Nordrhein-Westfalen (47,4 %).

Der *Status der Ehe hat im Zusammenhang mit Schwangerschaften* im Laufe der vergangenen Jahre offensichtlich an Bedeutung verloren. 1997 war noch fast die Hälfte der Berlinerinnen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, verheiratet (48 %), ihr Anteil ist also bis 2005 um 10 und bis 2006 um 11 %-Punkte zurückgegangen. Eine noch größere Veränderung gab es bei den Geburten: Ehelich Geborene hatten 2005 mit 54 % einen um 12 %-Punkte niedrigeren Anteil als noch 1997.

Betrachtet man das Verhältnis von Schwangerschaftsabbrüchen zu Geborenen unter dem Aspekt von Familienstand und Legitimität, ergibt sich in Berlin 2005 folgendes Bild: je 1.000 ehelich Geborene waren 258 Abbrüche verheirateter Frauen zu verzeichnen; die Ziffer nicht verheirateter Frauen je

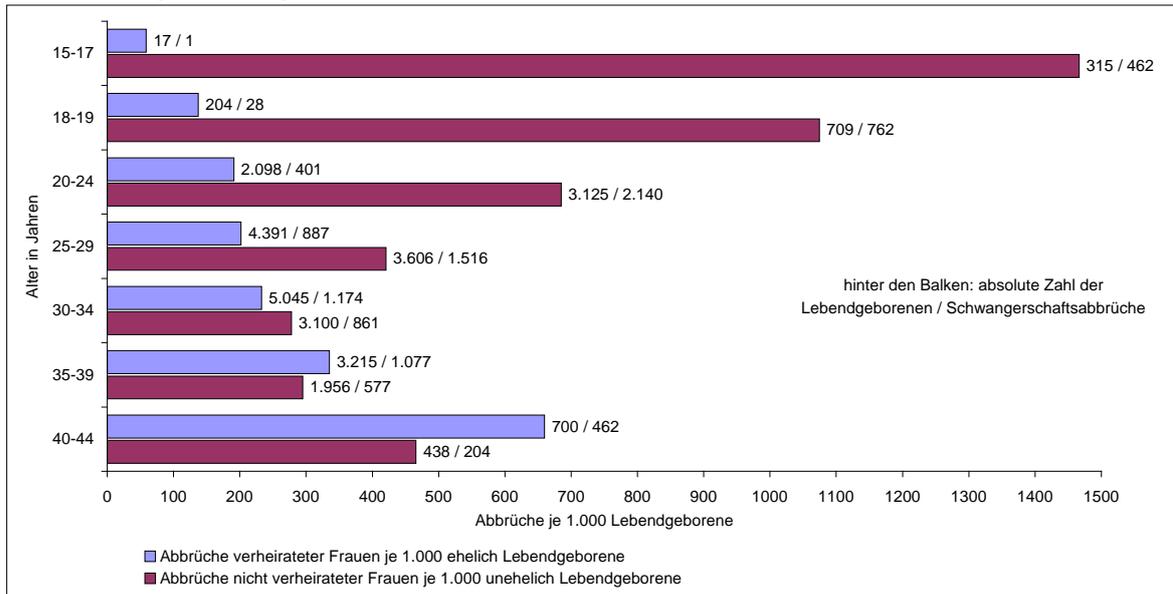
⁴ Studie noch nicht abgeschlossen.

⁵ Häußler-Szepan, Monika; Busch, Ulrike; Wienholz, Sabine: Teenagerschwangerschaft in Berlin und Brandenburg. Angebote und Hilfebedarf für jugendliche Schwangere und Mütter. Vorstellung erster Ergebnisse auf der gleichnamigen BZgA-Fachtagung am 22.01.2007 in Potsdam (Tagungsprotokoll in Vorbereitung).

⁶ Siehe Fußnote 3, Seite 342.

⁷ Siehe Fußnote 2, Seite 27.

Abbildung 7:
Lebendgeborene und Schwangerschaftsabbrüche von Berlinerinnen 2005 nach Alter und Familienstand der Mutter/Schwangeren und Legitimität der Geborenen



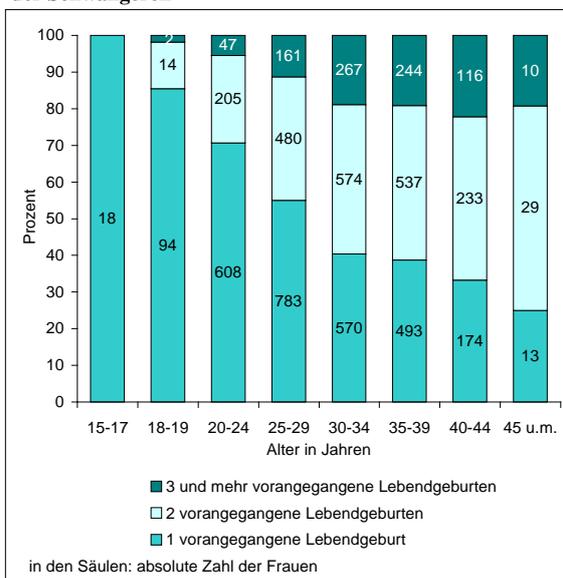
(Datenquelle: StBA / StaLa Berlin / Berechnung: SenGesUmV - I A -)

1.000 nicht ehelich Geborene lag mit 493 fast doppelt so hoch. Das bedeutet, dass *bei verheirateten Frauen die Abbruchwahrscheinlichkeit bei einer eingetretenen Schwangerschaft niedriger ist als bei nicht verheirateten*. Das trifft auf alle Altersgruppen zu mit Ausnahme der Frauen ab 35 Jahren, bei denen verheiratete Frauen häufiger eine eingetretene Schwangerschaft abbrechen als nicht verheiratete (Abbildung 7).

44 % der Frauen hatten zum Zeitpunkt des Schwangerschaftsabbruchs noch keine Kinder

Im Jahr 2006 war dem Schwangerschaftsabbruch von Berlinerinnen bei 43,4 % der Schwangeren noch keine Lebendgeburt vorgegangen. 27,5 % der Frauen hatten zum Zeitpunkt des Eingriffs bereits ein Kind, 20,7 % hatten 2 und 8,4 % der Betroffenen 3 und mehr Kinder.

Abbildung 8:
Berlinerinnen mit vorangegangenen Lebendgeburten zum Zeitpunkt des Schwangerschaftsabbruchs 2006 nach Alter der Schwangeren



(Datenquelle: StBA / StaLa Berlin / Berechnung: SenGesUmV - I A -)

Der Anteil der Frauen ohne Kinder nimmt mit steigendem Alter ab. Von den 20- bis 24-jährigen in Berlin wohnenden Frauen, die 2006 einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, hatten fast 2/3 keine Kinder, in der Altersgruppe der 30- bis 34-Jährigen war nur noch jede 4. Frau bisher ohne Kind.

Frauen, die zum Zeitpunkt des Abbruchs bereits Kinder hatten, entschieden sich im Alter bis zu 29 Jahren in den meisten Fällen mit einem Kind gegen das erneute Austragen einer Schwangerschaft. 30- bis 34-Jährige mit einem Kind ließen ebenso häufig einen Abbruch vornehmen wie diejenigen mit zwei Kindern. Bei den über 34-Jährigen fiel die Entscheidung gegen die Schwangerschaft am häufigsten nach zwei Kindern (vgl. Abbildung 8).

Die meisten Frauen suchen zum Schwangerschaftsabbruch eine gynäkologische Praxis auf

Die Eingriffe erfolgen in Berlin überwiegend ambulant, im Jahr 2006 zu 98,1 %, und zwar zu 91,1 % in gynäkologischen Praxen und 7,0 % ambulant im Krankenhaus. 187 Frauen (1,9 %) ließen den Schwangerschaftsabbruch im Krankenhaus stationär durchführen.

Jeder 10. Schwangerschaftsabbruch wurde medikamentös mit Mifegyne durchgeführt

Wie in den vergangenen Jahren wurden auch 2006 die meisten Eingriffe⁸ (80,0 %) in Berlin mit der Absaugmethode (Vakuumaspiration) durchgeführt; im Jahr 2000 wurde diese Eingriffsart noch in 87,2 % der Fälle angewandt. Im gleichen Maße, wie der Anteil der Absaugmethode zurückgegangen ist, nahm die Häufigkeit der medikamentös durch Mifegyne bewirkten Schwangerschaftsabbrüche zu. 2006 wurde das im November 1999 in Deutschland zugelassene Mittel Mifegyne bei jedem 10. in Berliner Einrichtungen vorgenommenen Schwangerschaftsabbruch (10,4 %) verwendet und ist damit die zweit häufigste Eingriffsart vor der Curettage (7,4 %) und weiteren medikamentösen Abbrüchen (2,3 %) (vgl. Abbildung 9).

Eingriffe mittels Mifegyne werden in der Bundesstatistik gesondert erfasst, da sie bei komplikationslosem Verlauf ohne operative Nachbehandlung durchgeführt werden, während andere medikamentöse Abbrüche in der Regel zusätzliche operative Maßnahmen erfordern.

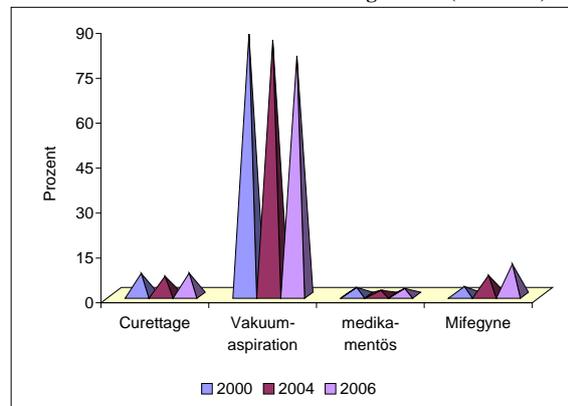
Die Anwendung von Mifegyne ist nur in der frühen Schwangerschaft bis zur 7. Schwangerschaftswoche möglich. Innerhalb dieser Frist wurde im Jahr 2006 knapp die Hälfte aller von Berliner Frauen abgebrochenen Schwangerschaften beendet. Von den 1.101 Berlinerinnen, die die Schwangerschaft innerhalb der ersten 5 Wochen beendeten, nutzte fast jede zweite (48,7 %) das Medikament Mifegyne, von den 3.761 Frauen in der 6. und 7. Woche waren es nur noch 11,6 %.

Der Einsatz medikamentöser Abbrüche mit Mifegyne liegt in Berlin ebenso wie Baden-Württemberg mit 10,4 % geringfügig über dem Bundesdurchschnitt, zwischen den Bundesländern sind jedoch sehr große Unterschiede zu beobachten. Während Mifegyne im Saarland und in Bayern (2006: 3,1 bzw. 3,9 %) kaum eine Rolle spielt, wurde es 2006 in Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern von jeder fünften Frau (20,4 bzw. 19,9 %) angewendet, in Sachsen lag der Anteil bei 17,3 %, in Schleswig-Holstein bei 15,4 % und in Brandenburg bei 11,4 %. In den übrigen Bundesländern kommt Mifegyne in weniger als 9 % der Fälle zum Einsatz.

Kostenübernahme durch den Staat für mehr als 90 % der von Berlinerinnen durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche

Damit Frauen die Entscheidung für oder gegen die Schwangerschaft unabhängig von den Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch treffen können, finanziert der Staat den Eingriff für Frauen, die aus eigenen Mitteln dazu nicht in der Lage sind, d. h. das Einkommen des Ehemannes wird nicht herangezogen. Die *Kostenübernahme bei sozialer Bedürftigkeit* betrifft nur Frauen, die die Schwangerschaft

Abbildung 9:
In Berliner Einrichtungen durchgeführte Schwangerschaftsabbrüche 2000 - 2006 nach Eingriffsart (%-Anteil)



(Datenquelle: StBA / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

⁸ Erläuterung aus der Fachserie 12, Reihe 3 „Schwangerschaftsabbrüche“ des StBA: Werden mehrere Arten des Eingriffs (Schwangerschaftsabbruchmethoden) angewendet, ist diejenige anzugeben, die den Schwangerschaftsabbruch bewirkt hat. Wird z. B. eine Curettage nach einem medikamentösen Schwangerschaftsabbruch durchgeführt, ist nur der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch anzugeben.

gemäß der Beratungsregelung abrechnen, für nach Indikationsstellung vorgenommene Eingriffe werden die Kosten von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen. Die rechtlichen Bedingungen sind im Gesetz zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen vom 25.08.1995 geregelt.

Die vom Staat zu finanzierenden Abbrüche werden in Berlin je nach Art des Eingriffs pauschal abgerechnet. Die Pauschalen sind in einer Verwaltungsvereinbarung zwischen der Senatsverwaltung für Gesundheit und den Krankenkassen festgelegt. In der zu erstattenden Summe sind neben den Sach- auch Verwaltungskosten enthalten, die den Krankenkassen durch die Prüfung der Anspruchsberechtigung entstehen. Die derzeit gültige Vereinbarung wird z. Z. auf der Grundlage des EBM2000+⁹ überarbeitet und neu verhandelt. Kosten für Schwangerschaftsabbrüche, die anspruchsberechtigte Berlinerinnen in anderen Bundesländern durchführen lassen, müssen nach den im jeweiligen Bundesland gültigen Regelungen übernommen werden.

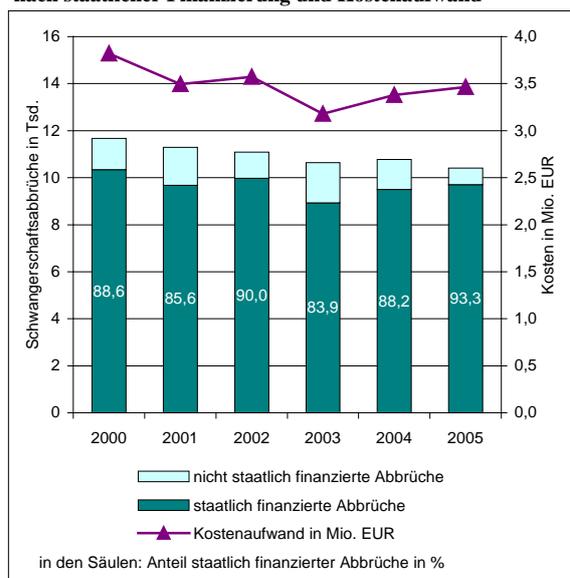
Gemessen an der Gesamtzahl der nach Beratungsregelung durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche von Berlinerinnen ist der Anteil der vom Land Berlin finanzierten Eingriffe mit ca. 90 % sehr hoch; die 9.501 im Jahr 2004 finanzierten Fälle machten 88,2 % aus, 2005 waren es mit 9.704 Fällen 93,3 %. Ein möglicher Grund könnte eine sozial schwächere Struktur Berlins im Vergleich zu anderen

Ländern sein bzw. geänderte und zeitweise unregelmäßige Abrechnungsmodalitäten.

Der *Kostenaufwand* im Jahr 2005 betrug 3,466 Mio. EUR, das waren *durchschnittlich 357 EUR je Fall*. Die meisten staatlich finanzierten Eingriffe werden ambulant in der Praxis oder im Krankenhaus unter Vollnarkose durchgeführt, was 2005 mit 366 EUR je Fall deutlich höhere Durchschnittskosten verursachte als die seltener in Anspruch genommenen Möglichkeiten der Lokal-anästhesie (106 Fälle, 216 EUR je Fall) oder der Einnahme von Mifegyne (608 Fälle, 208 EUR je Fall).

Im Zeitraum von 2000 bis 2005 verringerte sich mit der Zahl der gemäß Beratungsregelung durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche auch der Kostenaufwand. Der Rückgang verlief jedoch nicht kontinuierlich, sondern mit dem seit 2003 gestiegenen Anteil staatlich finanzierter Abbrüche hatte das Land Berlin auch wieder höhere Kosten zu tragen (vgl. Abbildung 10).

Abbildung 10:
Schwangerschaftsabbrüche von Berlinerinnen gemäß Beratungsregelung 2000 - 2005 nach staatlicher Finanzierung und Kostenaufwand



(Datenquelle: StBA / SenGesUmV / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Schlussfolgerungen

Nach wie vor gibt es ungewollte Schwangerschaften und mit ihnen die Frage nach vermeidbaren Ursachen und effizienter Prävention. Vielfältige Untersuchungen bestätigen, dass Anstrengungen zur Vermeidung ungewollter Schwangerschaften sich im wesentlichen auf zwei Ebenen bewegen müssen, das sind zum einen Aufklärung und Kenntnisstand über sexuelle Themen, zum anderen soziale Bedingungen mit Blick auf Chancengleichheit und Zukunftsperspektiven.

⁹ Einheitlicher Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen, am 1. April 2005 in Kraft getretene Gebührenordnung für die vertragsärztliche Versorgung in der GKV.

Für den ersten Aspekt wurden im Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) die rechtlichen Voraussetzungen geschaffen: In § 1 wird die BZgA beauftragt, zielgruppenspezifische Medien und Maßnahmen zu Sexualaufklärung und Familienplanung zu entwickeln und herauszugeben. Dabei gehören Kinder und Jugendliche zu den zentralen Zielgruppen dieses Auftrages. In § 2 wird für jede Frau und jeden Mann das Recht postuliert, sich „in Fragen der Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung sowie in allen eine Schwangerschaft unmittelbar oder mittelbar berührenden Fragen von einer hierfür vorgesehenen Beratungsstelle informieren und beraten zu lassen“. Um zu gewährleisten, dass jeder dieses Recht für sich in Anspruch nehmen kann, sorgen die Länder für ein flächendeckendes Netz von Beratungsstellen mit unterschiedlicher weltanschaulicher Ausrichtung (§ 3).

In Berlin gibt es derzeit 25 Beratungsstellen, 10 in staatlicher (Sozialmedizinischer Dienst für Eheberatung, Familienplanung und Schwangerschaft - SMD) und 15 in freigemeinnütziger Trägerschaft (u. a. pro familia). Für die Beratungsstellen in staatlicher Trägerschaft ist im Rahmen der Reform des öffentlichen Gesundheitsdienstes eine Umstrukturierung vorgesehen. Die Sozialmedizinischen Dienste und die Beratungsstellen für sexuell übertragbare Erkrankungen sowie Aids werden zu vier Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung zusammen geführt.

Außerdem sind ca. 190 Ärztinnen und Ärzte in der Schwangerschaftskonfliktberatung tätig. Umgerechnet auf die volle tarifliche Arbeitszeit entspricht das einer Beratungstätigkeit von etwa 80 Vollkräften. Unter Berücksichtigung weiterer Beratungskräfte in Beratungsstellen, die ausschließlich allgemeine Schwangerenberatung nach § 2 SchKG durchführen, ist damit der durch das Schwangerschaftskonfliktgesetz vorgegebene Beratungsschlüssel erfüllt.

Zu den Aufgaben gehört neben individueller Beratung auch die sexualpädagogische Gruppenarbeit, mit der Jugendliche in Schulen, Freizeit- und Behinderteneinrichtungen erreicht werden. In den vergangenen Jahren führten kommunale wie freigemeinnützige Beratungsstellen jährlich etwa 700 sexualpädagogische Veranstaltungen durch, die von mehr als 9 Tsd. Jugendlichen besucht wurden.

Altersgerechte Aufklärung und sexualpädagogische Angebote müssen sich gezielt an besonders gefährdete Jugendliche wenden

- Nach den Ergebnissen der Repräsentativbefragungen zur Jugendsexualität profitieren lediglich 10 % der Jungen und 13 % der Mädchen von den Angeboten der Beratungsstellen zur Wissensvermittlung in sexuellen Themenbereichen. Trotz unter Jugendlichen weit verbreiteter Kenntnisse über sexuelle Themen besteht bei denen mit sehr frühen sexuellen Kontakten ein erhöhtes Risiko für ungewollte Schwangerschaften. Gerade diesen Jugendlichen scheinen die von ihnen wenig in Anspruch genommenen Beratungsstellen eine Anlaufstelle zu bieten. Diese Chance sollte genutzt und der Kontakt zu den zur Risikogruppe zählenden Jugendlichen intensiviert werden.
- Bei sozial benachteiligten Jugendlichen ist im Vergleich zu den anderen ihrer Altersgruppe weitaus häufiger ein ungenügendes Wissen über sexuelle Fragen zu beobachten, was das Risiko ungewollter Schwangerschaften deutlich erhöht; auch für sie müssen Möglichkeiten umfassender Information und angemessener Vermittlung gezielter genutzt werden.
- Über ein Drittel (40 %) der von pro familia befragten schwangeren jungen Frauen hatte beim Geschlechtsverkehr, der zur Schwangerschaft führte, kein Verhütungsmittel angewandt, das ist wesentlich häufiger als unter minderjährigen Frauen üblich, die nach eigenen Angaben in über 90 % der Fälle verhüten. Soweit die Nichtanwendung von Verhütungsmitteln auf mangelndem Wissen beruht, müssen diese Informationslücken geschlossen werden. Es kommt aber auch ein Problem bei den jungen Mädchen zum Ausdruck, die schwanger geworden sind, obwohl sie Empfängnisverhütung praktiziert und sich also sicher gefühlt haben. Kenntnisse über die Anwendung von Verhütungsmitteln sind offensichtlich mangelhaft und müssen verbessert werden, das betrifft alle Jugendlichen unabhängig von ihrer Bildung.
- Im Hinblick auf frühzeitige und altersgerechte Aufklärung und sexualpädagogische Angebote benötigen Jugendliche aus niedrigen Bildungsschichten besondere Aufmerksamkeit. Gerade

diese Jugendlichen müssten präventiv von einer umfassenden Information erreicht werden, die sich nicht auf Verhütungsfragen beschränkt, sondern in einem ganzheitlichen Ansatz Fragen nach Kinderwunsch, Familien- und Lebensplanung, Wert- und Zukunftsvorstellungen thematisiert. Die Jugendlichen sollen Handlungskompetenzen erwerben, die zu einem konsequenteren und effektiveren Verhütungsverhalten führen und sie im Fall einer Schwangerschaft in die Lage versetzen, ihre Möglichkeiten auszuloten, ihre Rechte in Anspruch zu nehmen und sich selbstbewusst für einen Weg zu entscheiden.^{10, 11}

- Der Zusammenhang von geringer Bildung, mangelnden Lebensperspektiven und Armut ist unbestritten. In solcher Situation sehen junge Menschen manchmal einen Ausweg in der Gründung einer Familie in der Annahme, dass sich darüber der Wunsch nach Lebenssinn, Selbständigkeit, Achtung und Anerkennung erfüllen würde. In Anbetracht der bestehenden Ausbildungs- und Arbeitsmarktlage ist jedoch die Wahrscheinlichkeit groß, dass die Chancenlosigkeit bestehen bleibt und auf die Kinder übertragen wird. „Reproduzierte Armutskarrieren“ zu vermeiden und Jugendlichen die Chance zur Erlangung wirtschaftlicher und sozialer Selbständigkeit zu geben, muss Ziel politischer Handlungsstrategie sein¹².

Rezeptfreie Abgabe der „Pille danach“

- Die Möglichkeit der „Notfallverhütung“ bietet die „Pille danach“, die bei Einnahme innerhalb von 72 Stunden nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr eine ungewollte Schwangerschaft verhindert. In Deutschland ist die Pille danach verschreibungspflichtig, während sie in den meisten westeuropäischen Ländern rezeptfrei zugänglich ist. Aufgrund der positiven Erfahrungen in diesen Ländern und weil eine ärztliche Untersuchung vor der Einnahme nicht erforderlich ist, wird die rezeptfreie Abgabe von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlen. Auch das Bundesgesundheitsministerium hat sich 2004 dafür ausgesprochen, eine entsprechende Regelung hat sich jedoch im Bundesrat nicht durchsetzen können.
- Unter Jugendlichen, die bereits Geschlechtsverkehr haben, ist die Pille danach als Notfallmaßnahme bei 88 % der Mädchen und 69 % der Jungen bekannt, wie aus der Studie „Jugendsexualität 2006“ der BZgA¹³ hervorgeht. Von Expertenseite wird die Forderung nach rezeptfreier Abgabe unterstützt, da in dem erleichterten Zugang zur Pille danach u. a. eine Erfolg versprechende Präventionsmaßnahme auch für Jugendliche gesehen wird¹⁴.

Viele Frauen sind über die Möglichkeit des Schwangerschaftsabbruchs mit Mifegyne nicht informiert

- Der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch mit Mifegyne ist eine international anerkannte Methode, die zu einem sehr frühen Zeitpunkt der Schwangerschaft möglich ist und in der Regel ohne Betäubung und instrumentellen Eingriff auskommt. In anderen europäischen Ländern wie Schweden und Schottland wird sie bei jedem zweiten Schwangerschaftsabbruch angewendet, in den Niederlanden sogar in 70 % der Fälle.
- Der vergleichsweise seltene Einsatz in Deutschland liegt nach Einschätzung von pro familia und dem Familienplanungszentrum BALANCE e.V. im bestehenden Informationsdefizit bei Frauen begründet¹⁵. Damit Frauen selbst entscheiden können, welche Methode für sie die rich-

¹⁰ Siehe Fußnoten 1, 2, 3 und 5.

¹¹ Franz, Jutta; Busch, Ulrike (2004): Schwangerschaften Minderjähriger - Hintergründe und beraterische Anforderungen. BZgA, FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung 4, S. 10-16.

¹² Jugendliche Schwangere und Mütter (2004): BZgA, FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung 4.

¹³ Siehe Fußnote 1.

¹⁴ Siehe Fußnote 11.

¹⁵ pro familia Landesverband Berlin (2005): Pressemitteilung vom 14.11. <http://openpr.de/news/68162/pro-familia-und-das-familienplanungszentrum-berlin-e-v-balance-fordern-richtige-information-von-aerztinnen-und-aerzten-ueber-den-medikamentoesen-schwangerschaftsabbruch-in-berlin.html>, zuletzt aufgerufen am 19.03.2007.

tige ist, müssen sie über alle in Frage kommenden Möglichkeiten, einschließlich Mifegyne, informiert sein. Die Verantwortung, dies frühzeitig und umfassend zu tun, scheint in Berlin jedoch nur von wenigen Ärztinnen und Ärzten, die Abbrüche durchführen, wahrgenommen zu werden. Hier muss bei allen Beteiligten das Interesse geweckt und die Informationslage deutlich verbessert werden.

Weitere Informationen zum Thema:

Berliner Gesundheitsberichterstattung:

Basisbericht 2005:

Tabellen 2.2.10, 2.2.11, 7.2.1, 7.2.2, 7.2.9, 7.2.10

Basisbericht 2003/2004:

Schwerpunkt 7.1.1 - Schwangerschaften bei Minderjährigen

Basisbericht 2001 und vorangegangene Jahresgesundheitsberichte:

Kapitel 2 - Geburten und Schwangerschaftsabbrüche

Bericht über den Sozialmedizinischen Dienst für Eheberatung, Familienplanung und Schwangerschaft (SMD) 2005 in Berlin

Bericht über die Schwangerschaftskonfliktberatungen 2005 in Berlin

Berichterstattung des Bundes (Statistisches Bundesamt):

Fachserie 12 - Gesundheitswesen, Reihe 3 - Schwangerschaftsabbrüche (letzte Veröffentlichung vom 09.03.2006: Schwangerschaftsabbrüche 2005)

<http://www.destatis.de/>

<http://www.gbe-bund.de/>

Publikationsverzeichnis

Im Rahmen der *Gesundheitsberichterstattung* und des *Sozialstatistischen Berichtswesens* wurden vom Referat Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gemeinsames Krebsregister, Sozialstatistisches Berichtswesen, Gesundheits- und Sozialinformationssysteme der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz folgende Veröffentlichungen herausgegeben:

Gesundheitsberichterstattung (GBE)

Basisberichte

Diese Berichtsform enthält Tabellen, die sich am Indikatorensatz der Länder orientieren, Erläuterungen sowie kurze Ergebnisbeschreibungen zu verschiedenen Themenfeldern. Der Bericht erscheint jährlich:

- Jahresgesundheitsbericht 1961
- ...
- Basisbericht 2005 (2006). ISSN 1617-9242.
 - Druckfassung. Schutzgebühr 15,- Euro zzgl. Porto
 - PDF-Datei abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/index.html>

Spezialberichte - GBE

Diese Berichtsform wird zu Schwerpunktthemen erarbeitet; sie enthält Analysen, Zusammenhänge und Handlungsempfehlungen.

- Meinschmidt, Gerhard; Imme, Uwe; Kramer, Ramona (1990):
Sozialstrukturatlas Berlin (West). Eine statistisch-methodische Analyse mit Hilfe der Faktorenanalyse.
- Hermann, Sabine; Meinschmidt, Gerhard (1995):
Sozialstrukturatlas Berlin. Erste gemeinsame Berechnung für alle Bezirke.
- Hermann, Sabine; Meinschmidt, Gerhard (1997):
Sozialstrukturatlas Berlin - Fortschreibung 1997 -.
- Hermann, Sabine; Imme, Uwe; Meinschmidt, Gerhard (1997):
Sozialstrukturatlas 1997 - Eine disaggregierte statistische Sozialraumanalyse -
Schutzgebühr: 15,- Euro zzgl. Porto
- Meinschmidt, Gerhard (Herausgeber) / SenGesSoz; Brenner, M. H. (Herausgeber) / TU Berlin (1. Ausgabe 1999):
Sozialstrukturatlas Berlin 1999 - Eine soziale Diagnose für Berlin -.
Schutzgebühr: 15,- Euro zzgl. Porto
- Delekat, Dietrich; Kis, Anita (2001):
Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin - Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 1999. Spezialbericht 2001-1, ISSN 1617-9250
Schutzgebühr 10,- Euro zzgl. Porto
- Kis, Anita; Bömermann, Hartmut; Hermann, Sabine; Schieritz, Frank; Unger, Gisela (2002):
Diagnosedaten der Berliner Krankenhauspatienten 1994-1999. Spezialbericht 2002-1, ISSN 1617-9250
Schutzgebühr 10,- Euro zzgl. Porto
- Meinschmidt, Gerhard; Imme, Uwe; Seeger, Michael (2003):
Sozialhilfeempfängerprognoseverfahren in Berlin. Spezialbericht 2003-1, ISSN 1617-9250
Schutzgebühr 10,- Euro zzgl. Porto
- Delekat, Dietrich (2003):
Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin - Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 2001. Spezialbericht 2003-2, ISSN 1617-9250
Schutzgebühr 10,- Euro zzgl. Porto
- Meinschmidt, Gerhard (Herausgeber) (2004):
Sozialstrukturatlas Berlin 2003 - Ein Instrument der quantitativen, interregionalen und intertemporalen Sozialraumanalyse und -planung.
 - Langfassung. Spezialbericht 2004-1, ISSN 1617-9250. Schutzgebühr 15,- Euro zzgl. Porto
 - Kurzfassung mit CD-ROM der Langfassung des Berichts
- Bettge, Susanne; Oberwöhrmann, Sylke et al. (2006):
Zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin. Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf der Basis der Einschulungsuntersuchungen 2004. Spezialbericht 2006-1, ISSN 1617-9250.
 - Druckfassung. Schutzgebühr 10,- Euro zzgl. Porto
 - PDF-Datei abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/index.html>

Diskussionspapiere zur Gesundheits- und Sozialforschung

In dieser Reihe werden Themen von besonderer gesundheitspolitischer Bedeutung diskutiert sowie strittige oder widersprüchliche Aspekte des Themas aufgezeigt. Die Diskussionspapiere erscheinen in unregelmäßiger zeitlicher Folge.

1. Meinschmidt, Gerhard (1986):
Ärzte beurteilen Sozialstationen. Eine statistisch empirische Diagnose.
2. Imme, Uwe; Meinschmidt, Gerhard; Wanjura, Marlies (1986):
Der Krankenpflegenotfalldienst durch Sozialstationen. Eine Zwischenbilanz aus empirischer Sicht.
3. Imme, Uwe; Meinschmidt, Gerhard (1986):
Strukturanalyse arbeitsloser Sozialhilfeempfänger. Eine statistische Analyse.
4. Meinschmidt, Gerhard; Völker-Oswald, Ingrid (1988):
Zum Bedarf an Unterstützung in Hilfssituationen älterer Menschen in Berlin. Eine statistische Analyse.
5. Meinschmidt, Gerhard (1988):
Strukturanalyse pflegebedürftiger Menschen in Berlin. Eine statistische Analyse.
6. Referat Sozial- und Medizinalstatistik, EDV-gestützte Fachinformationssysteme; Mader, Sylvia (1988):
Die Jugendzahnpflege 1986. Eine Untersuchung über den Zahnstatus bei Kindern und Jugendlichen in Berlin (West).
7. Referat Sozial- und Medizinalstatistik, EDV-gestützte Fachinformationssysteme (1988):
Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1985/86 in Berlin (West) nach Kriterien des Jugendarbeitsschutzgesetzes.
8. Referat Sozial- und Medizinalstatistik, EDV-gestützte Fachinformationssysteme (1988):
Sozialhilfeempfänger in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung. Statistischer Erfahrungsbericht zum 500er Programm.
9. Meinschmidt, Gerhard (1988):
Sozialhilfeempfänger auf dem Weg zurück ins Berufsleben. Grundgedanken zum Berliner Modell der Beschäftigung von arbeitslosen Sozialhilfeempfängern. Eine empirische Einstiegsstudie, die zu diesem Problemkomplex bei den Berliner Arbeitgebern durchgeführt wurde.
10. Liedtke, Dieter (1988):
Projekt: Beratungspfleger (Teil 1).
11. Baum, Christiane; Koch-Malunat, Norbert; Seeger, Michael (1989):
Vergleichbare Strukturdaten des Sozial- und Gesundheitswesens ausgewählter Großstädte der Bundesrepublik.
12. Becker, Barbara; Kramer, Ramona; Meinschmidt, Gerhard (1989):
Zur subjektiven Morbidität der Berliner Bevölkerung.
13. Liedtke, Dieter; Wanjura, Marlies (1989):
Projekt: Beratungspfleger (Teil 2).
14. Haecker, Gero; Kirschner, Wolf; Meinschmidt, Gerhard (1990):
Zur „Lebenssituation von Sozialhilfeempfängern“ in Berlin (West).
15. Koch-Malunat, Norbert; Klausning, Michael (1990):
Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 1987 in Berlin (West).
16. Kiss, Anita (1992):
Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1988/89 in Berlin (West).
17. Kirschner, Wolf; Radoschewski, Michael (1993):
Gesundheits- und Sozialsurvey in Berlin.
18. Hermann, Sabine; Imme, Uwe; Meinschmidt, Gerhard (1993):
Zur Sozialstruktur in den östlichen und westlichen Bezirken Berlins auf der Basis des Mikrozensus 1991.- Erste methodische Berechnungen mit Hilfe der Faktorenanalyse -.
19. Thielke, Henning; Meusel, Katharina (1994):
Zur Überlebensdauer von Typ-II-Diabetikern. Ergebnisse einer 20jährigen Follow-up-Studie in Berlin-Ost.
20. Koch-Malunat, Norbert (1994):
Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 1990 in Berlin-West - eine statistische Analyse -.
21. Radoschewski, Michael; Kirschner, Wolf; Kirschner, Renate; Heydt, Kerstin (1994):
Entwicklung eines Präventionskonzeptes für das Land Berlin.
22. Kiss, Anita (1995):
Zur gesundheitlichen Lage von Jugendlichen in Berlin unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1991/1992 - eine statistische Analyse -.

23. Kiss, Anita; Hermann, Sabine; Thielke, Henning (1995):
Vermeidbare Sterbefälle in Berlin 1983-1992.
24. Rothe, Kerstin u.a. (1995):
Vergleichbare Strukturdaten des Sozial- und Gesundheitswesens ausgewählter Großstädte der Bundesrepublik Deutschland 1992.
25. Beblo, Miriam (1995):
Zur Dimension der sozialen und gesundheitlichen Lage älterer Menschen in Berlin. Eine statistisch-empirische Diagnose.
26. Hermann, Sabine; Hiestermann, Angelika (1995):
Zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Frauen in Berlin. - Eine erste geschlechtsspezifische empirische Diagnose -.
27. Dohnke-Hohmann, Sylvia; Reich, Renate (1995):
Der Mund- und Zahngesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen 1992/93 in Berlin.
28. Hiestermann, Angelika; Hillen, Thomas (1996):
Zur psychosozialen Befindlichkeit der Berliner Bevölkerung. - Eine statistische Analyse -.
29. Scholz, Rembrandt D.; Thielke, Henning (1997):
Lebenserwartung in Berlin 1986-1994. - Trends und regionale Unterschiede -.
30. Kiss, Anita (1997):
Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Jugendlichen in Berlin unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1994/95.
31. Wiesner-Balcke, Waltraud; Angerman, Regina (1997):
Allergische Erkrankungen und Beschwerden bei Berliner Einschülern im Vergleich mit dem Land Brandenburg - Analyse, Bezirksvergleiche, bezirkliches Vorsorgeprogramm -.
32. Hauschild, Beate; Baum, Christiane (1998):
Dokumentation zur Strukturentwicklung des gemeindeintegrierten psychiatrischen Versorgungssystems. Erster Basisdatenbericht (1997) zur Versorgung im ambulant/komplementären Bereich (Betreutes Wohnen und Tagesstätten).
Schutzgebühr: 7,50 Euro zzgl. Porto
33. Hauschild, Beate; Baum, Christiane (2000):
Dokumentation zur Strukturentwicklung des gemeindeintegrierten psychiatrischen Versorgungssystems. Zweiter Basisdatenbericht (1998) zur Versorgung im ambulant/komplementären Bereich (Betreutes Wohnen und Tagesstätten).
Schutzgebühr: 7,50 Euro zzgl. Porto

Gesundheitsbarometer

- Hermann, Sabine; Meinlschmidt, Gerhard (1991):
Eine repräsentative Erhebung zur Gesundheitspolitik, der Politik im allgemeinen und zur Pflegeproblematik. - Gesundheitsbarometer 1 -.
- Hermann, Sabine; Meinlschmidt, Gerhard; Thielke, Henning (1994):
Eine repräsentative Erhebung zu Fragen der Gesundheit, der Prävention und ihrer Gestaltung.- Gesundheitsbarometer 2 -.
- Hermann, Sabine; Imme, Uwe (1996):
Erhebung zu den zusätzlichen Öffnungszeiten anlässlich der „Schaustelle Berlin“ vom 29. Juni bis 25. August 1996. - Gesundheitsbarometer 3 -.

Statistische Kurzinformationen - GBE

- 2002 - 1 Neueste Lebenserwartungsberechnungen für die Berliner Bezirke - Deutliche Zusammenhänge zwischen Lebenserwartung, vermeidbaren Sterbefällen und sozialer Lage -.
- 2002 - 2 Die Diagnosedaten der Berliner Krankenhauspatienten 1994 - 1999.
- 2002 - 3 Beschäftigte im Berliner Gesundheitswesen.
- 2002 - 4 Stationäre Behandlung von Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises in den Berliner Krankenhäusern 2000.
- 2005 - 1 Pflegebedürftigkeit in Berlin unter besonderer Berücksichtigung der Lebenserwartung.
- 2006 - 1 Alters- und geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlungen in Berlin
- 2007 - 1 Zur Suizidhäufigkeit in Berlin 1991 - 2005
- 2007 - 2 Präventive und gesundheitsförderliche Leistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes für Kinder und Jugendliche in Berlin

2007 - 3 Geburtenentwicklung, Schwangerschaftsabbrüche und Schwangerschaftskonfliktberatung - Altersstruktur, Konfliktgründe, Ländervergleich -

Sozialstatistisches Berichtswesen (SBW)

Spezialberichte - SBW

Die Spezialberichte verfolgen die vertiefende Analyse von Erkenntnissen aus der Sozialstatistik nach unterschiedlichen Themenschwerpunkten. Sie erscheinen in unregelmäßiger zeitlicher Reihenfolge.

- Schmidtke, Kerstin (2005):
Konzepte und Methoden zur Abbildung von Lebenslagen - Bildung von Lebenslagen-Indices am Beispiel der Berliner Sozialhilfestatistik 2005. Spezialbericht 2005-1, ISSN 1861-9444.
- Druckfassung. Schutzgebühr 15,- Euro zzgl. Porto
- PDF-Datei abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/index.html>
- Seeger, Michael (2006):
Einflussfaktoren und Strukturmerkmale für die Sozialhilfebedürftigkeit von Familien mit Kindern in Berlin an der Schwelle zu „Hartz IV“. Spezialbericht 2006-1, ISSN 1861-9444.
- Druckfassung. Schutzgebühr 10,- Euro zzgl. Porto
- PDF-Datei abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/index.html>

Spezialberichte und Diskussionspapiere aus dem Themengebiet des Sozialstatistischen Berichtswesens vor dem Jahr 2005 finden Sie unter den Publikationen im Abschnitt Gesundheitsberichterstattung (GBE).

Quartalsberichte - SBW

Die Berichtsreihe, in der die aktuelle Entwicklung der Leistungen und Empfängerart auf den Sozialleistungsgebieten BSHG, AsylbLG und PflegeG in Tabellenform mit kurzen Interpretationen sowie Schwerpunktthemen angeboten wurde, erschien quartalsweise seit 1988, letztmalig in dieser Form im IV. Quartal 2003.

- IV. Quartal 2003 (letzte Ausgabe)
ISSN 1618-033X

Der statistische Tabellensatz des Berichtes mit unterjährigen Empfänger- und Leistungsdaten für Berlin insgesamt sowie in bezirklicher Gliederung wird weiterhin im Internet unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/sozial/quartalsberichte.html> bereitgestellt.

Statistische Kurzinformationen - SBW

2006 - 1 Transferausgaben in Berlin im ersten Jahr der neuen Sozialgesetzgebung 2005 - SGB XII, AsylbLG, LPfGG.

Bezug über die

Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz
Oranienstraße 106, 10969 Berlin

Telefon: (030) 9028 1229
Telefax: (030) 9028 1372

Internet: <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/index.html>
e-mail: Katja.Koschorreck@senias.verwalt-berlin.de

Fachliche Auskünfte:

Referat Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gemeinsames Krebsregister,
Sozialstatistisches Berichtswesen, Gesundheits- und Sozialinformationssysteme
Oranienstraße 106, 10969 Berlin

Telefon: (030) 9028 2660
Telefax: (030) 9028 2067
e-mail: Gerhard.Meinschmidt@senguv.verwalt-berlin.de