



Die Qual der Wahl –  
Lust und Frust der täglichen  
Verhütung  
*Dorothea Schuster*



Verhütung heute  
Neue Fakten und Trends  
*Helga Seyler*



Verhütungsberatung durch  
Arzt oder Ärztin –  
ein Unterschied?  
*Sibil Tschudin*



Wissen und Verhalten  
türkischer Migrantinnen  
in Bezug auf Sexualität  
und Verhütung  
*Emine Yüksel*



Verhütung – Perspektiven von  
Frauen und Männern  
*Cornelia Helfferich,  
Heike Klindworth, Jan Kruse*



Fallstricke und Fortschritte in  
der sexualpädagogischen Arbeit  
zum Thema Kondom  
*Martin Gnielka*



Verhütung für den Mann –  
ein Arbeitsschwerpunkt der  
Weltgesundheitsorganisation  
WHO  
*Kirsten M. Vogelsong*



Das Recht auf Verhütung:  
Erfolge und Rückschläge  
*Elke Thoß*

# Verhütung

Das Thema Verhütung hat viele Facetten: Neu entwickelte Mittel und Methoden und das aktuelle Verhütungsverhalten der verschiedenen Zielgruppen, vor allem der Jugendlichen, stehen sicher im Zentrum des Interesses von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Diesem Aspekt widmet sich Helga Seyler in ihrem Beitrag.

Einführend analysiert Dorothea Schuster Erfahrungen aus ihrer gynäkologisch-psychosomatischen Sprechstunde. Sie fragt nach Kriterien für eine erfolgreiche Verhütungsberatung, die zum einen eine große Achtsamkeit für das Individuum verlangt, zum anderen eine kritische Bezugnahme auf gesellschaftliche Normen erfordern kann.

Sibil Tschudin und Gabriele Merki aus Basel haben untersucht, welche Unterschiede in der Verhütungsberatung durch Gynäkologe und Gynäkologin bestehen – mit interessanten Ergebnissen.

Bislang kaum erforscht ist das Verhütungsverhalten türkischer Migrantinnen. Emine Yüksel hat 200 Frauen ihrer gynäkologischen Praxis in Berlin befragt und berichtet von, zumindest aus westeuropäischer Sicht, alarmierenden Tendenzen beim Verhütungsverhalten, die unter anderem die Frage nach der Erreichbarkeit türkischer Frauen und Paare durch Beratungsangebote und bestehende Informationsmedien aufwirft.

Cornelia Helfferich, Heike Klindworth und Jan Kruse stellen unterschiedliche Sichtweisen von Frauen und Männern beim Thema Verhütung vor und sie zeigen, wie etwa unterschiedliche Beziehungsphasen die Wahl der Verhütungsmethode beeinflussen.

Welche Hürden es bei Kondomkauf und -anwendung geben kann und was es bei der immens wichtigen sexualpädagogischen Arbeit zum Kondom zu beachten gilt, skizziert Martin Gnielka ab Seite 24.

Wir haben bei Kerstin Vogelsong von der WHO nachgefragt, wie es um die langwierige Entwicklung von Kontrazeptiva bei Männern bestellt ist und weshalb die WHO sich in diesem Bereich stark engagiert. Der globale Aspekt, der in den WHO-Projekten maßgeblich ist, ist ein Schwerpunkt dieses FORUM: Elke Thoß berichtet, wie es um das „Recht auf Verhütung“ steht und wie problematisch sich der Zugang zu Verhütungsmitteln weltweit tatsächlich gestaltet – mit fatalen Folgen, insbesondere im Kontext einer effektiven Bekämpfung von Armut, etwa im südlichen Afrika. In vielen Entwicklungsländern weisen Erhebungen aber auch eine deutlich verbesserte Verhütungspraxis nach, Fortschritte, die sich dem Engagement der international tätigen Familienplanungsinstitutionen verdanken.

*Ihre Redaktion*

---

# Die Qual der Wahl – Lust und Frust der täglichen Verhütung Ein Beitrag zu Anspruch und Wirklichkeit in der Verhütungsberatung

Dass Verhütungsberatung sehr viel mehr sein kann als Aufklärung über geeignete Verhütungsmittel und -methoden, zeigt dieser Beitrag. Zum einen gilt es, die Patientin achtsam wahrzunehmen und individuell zu beraten, zum anderen kann es hilfreich sein, gesellschaftliche Normen und Tendenzen zur Sprache zu bringen, so dass neue Perspektiven zur Problemlösung eröffnet werden.

Lohnt es sich heute noch, über Verhütung ausführlich nachzudenken? Gibt es etwas nennenswert Neues zu diesem Thema zu sagen – abgesehen von technisch und pharmakologisch optimierten Neuentwicklungen, die die Auswahl an verfügbaren Kontrazeptiva ständig vergrößern und die eigene Entscheidung mitunter auch erschweren? Beschränkt sich Verhütungsberatung in der Sprechstunde deshalb häufig auf die Beachtung und Benennung medizinischer Indikationen und Kontraindikationen und wird eher anstrengend als befriedigend erlebt? Wie passt das jedoch zur Verhütung als Ausdruck selbstbestimmter Fruchtbarkeit und Sexualität, die eigentlich lustvoll sein könnte und sollte?

Anliegen dieses Beitrages soll es sein, aus den Erfahrungen einer gynäkologisch-psychosomatischen Sprechstunde diesen Fragen und Ambivalenzen nachzugehen, die beim Thema „Verhütung“ nicht nur die Patientin, sondern oft auch die beratende Ärztin oder den beratenden Arzt bewegen.

Das Konzept von der Ambivalenz des Kinderwunsches bildet die Grundlage für die psychosomatische Betrachtungsweise von Verhütung und ist heute noch gültig.

Diese Ambivalenz gilt als ausreichende Erklärung dafür, dass, allen verfügbaren Verhütungsmitteln zum Trotz, nach wie vor nicht ausschließlich geplante Wunsch Kinder geboren werden, dass Nebenwirkungen auch unter den pharmakologisch und technisch nahezu perfekten Verhütungsmitteln auftreten und dass die Pille zu häufig vergessen wird, als dass hier von Zufall auszugehen wäre: Nach einer Internet-Umfrage geschieht dies bei zwei Dritteln aller Pillen-Anwenderinnen mehr oder weniger regelmäßig.

## Verhütung – das „Alltagsgeschäft“ in der Sprechstunde?

In der gynäkologischen Sprechstunde ist Verhütung das „Alltagsgeschäft“: Für einen großen Teil unserer Patientinnen ist der Wunsch nach Verordnung eines Verhütungsmittels oder die Beratung dazu der erste und später oft der einzige Anlass für den regelmäßigen Besuch der gynäkologischen Praxis.

Wir erhalten in den Verhütungsberatungen Einblick in die jeweiligen Lebens- und Partnerschaftssituationen, wir lernen die unterschiedlichsten Frauen und ebenso unterschiedliche Vorstellungen von Verhütung, von Sexualität und vom Leben überhaupt kennen. Lässt man sich auf diese verschiedenen Wertvorstellungen ein, so ist Verhütungsberatung auch nach vielen Jahren Praxistätigkeit noch eine „lustvolle“ Chance für eigene Entwicklung und ein persönlicher Gewinn.

Dass wir unsere Patientinnen bei ihren Überlegungen zur Verhütung begleiten, dass wir sie wertfrei und akzeptierend wahrnehmen und beraten und ihre Entscheidungen respektieren, erwarten sie mit Recht von uns. Dazu gehört auch, dass wir sie gerade in den widersprüchlichen Zeiten verstehen, mit ihnen Ambivalenzkonflikte aushalten und sie ihnen in angemessener Weise bewusst und verständlich machen – vorausgesetzt, wir erkennen sie selbst und sind darüber hinaus in der Lage, auch eigene Ambivalenzen zu diesem Thema zu reflektieren.

Gelingt dies, ist die Verhütungsberatung für uns nicht selten der Einstieg in eine langjährige Patientinnenbindung, aus der sich viele andere Aspekte ergeben können: glückliche, aber auch leidvolle Schwangerschaften, Lebens- und Partnerschaftskonflikte, Klimakterium und andere Lebensübergänge, aber auch schwere Erkrankungen und deren Begleitung. Für psychosomatisch arbeitende Frauenärztinnen/-ärzte ist das ein weites Feld mit vielen befriedigenden Betätigungs- und Bestätigungsmöglichkeiten.

## Verhütung für junge Mädchen – so früh wie möglich?

Von Seiten der Patientin wird Lust bei der Verhütungsberatung selten direkt thematisiert, wahrnehmbar ist sie bei sensibler Aufmerksamkeit aber durchaus. Zuerst fielen mir die jungen Mädchen ein, die vor dem ersten Verkehr in die Sprechstunde kommen, mitunter mit einer Freundin oder auch gelegentlich mit dem Freund. Wenn Vertrauen entsteht, ist bei diesen Gesprächen von der Lust und Neugier etwas zu spüren: Sexualität zu entdecken, sich auf neuem

Terrain auszuprobieren ohne Angst vor einer möglichen Schwangerschaft, aber trotzdem nicht angstfrei gegenüber dem Neuen und Unbekannten. In dem neu zu erkundenden Raum der Sexualität geht es für das adoleszente Mädchen immer auch um Befürchtungen und Ängste, Unsicherheit und Verwirrung, Erfahrungen und Befürchtungen – begleitet von starken Schwankungen des Selbstwertgefühls und hochgradigen Ambivalenzen.

Auch auf Seiten der Ärztin/des Arztes tauchen gerade bei der Verhütungsberatung von Adoleszenten nicht selten Gefühle von Unbehagen und Unsicherheit auf, die nicht allein mit fehlenden Kenntnissen zur Rechtslage in dieser Situation oder überholten Moralvorstellungen erklärt werden können. So beeindruckt mich immer wieder das scheinbare Selbstverständnis und Selbstbewusstsein, mit dem junge Mädchen und Frauen heute zur Kontrazeptionsberatung kommen und offenbar genau wissen, was sie möchten: nämlich die Pille und mitunter eine ganz bestimmte, die die Freundin auch nimmt.

Die jungen Frauen gehören zur Töchter- und inzwischen Enkelinnengeneration der ersten „Pillen-Frauen“. Für sie ist der freie Zugang zu Verhütungsmitteln eine Selbstverständlichkeit. Daraus resultiert auch eine Anspruchshaltung auf alle verfügbaren Informationen, auf optimale Methoden ohne Einschränkungen irgendwelcher Art, ebenso auf die Pille als „Lifestyle-Medikament“. Die Wahlmöglichkeit unter einer Vielzahl von Verhütungsmitteln scheint ebenso selbstverständlich wie die von unterschiedlichen Lebensentwürfen. Dieses vordergründig vermittelte Bild, das zudem von der Werbung mit entsprechenden Marketingstrategien kräftig bedient wird, schließt allerdings Ambivalenzen nicht aus.

In der Adoleszenz, der „zweiten Chance“ für die seelische Entwicklung, hat das Mädchen die Herausbildung einer eigenen sexuellen Identität als wichtigste Aufgabe zu lösen. Dazu ist ein Schutzraum erforderlich, in dem sich das junge Mädchen mit den Veränderungen der Pubertät und besonders mit den dadurch ausgelösten Empfindungen selbst auseinander setzen kann, in dem sexuelles Begehren entstehen kann und Ausdrucksformen dafür ausprobiert werden können (Mädchenfreundschaften, Schwärmereien, Formen homoerotischer Beziehungen), bevor heterosexuelle Kontakte stattfinden. Das sehr frühe Einlassen auf genitale Sexualität überspringt möglicherweise diesen Abschnitt und entspricht eher einer Anpassung an fremde, von außen induzierte Bedürfnisse als eigenen Wünschen. Dann ist die frühe Pillenverordnung eine fremdbestimmte Entscheidung, ein erzwungener Entwicklungsschritt, der innerlich noch nicht vollzogen wurde.

Den Kehrseiten der sexuellen Liberalisierung, dem Verlust Halt gebender Grenzen, dem Normendruck (durch die Gruppe, die Medien) ist das einzelne Mädchen selten gewachsen, und oft zeigen sich auch die Eltern damit überfordert. Andererseits haben sich für junge Mädchen durch die Pille die Spielräume für sexuelle Erfahrungen erweitert: Tabus, Verbote und Ängste sind weggefallen, Beziehungen können aktiv gestaltet werden. Und auch sehr junge Frauen reifen mit der Erfahrung und Verantwortungsübernahme der bewussten Kontrazeption.

### Beispiele aus der Praxis

Dass es in der Sprechstunde nicht selten schwierig ist, den psychosexuellen Entwicklungsstand der jungen Patientin auszuloten, zeigen die folgenden drei Beispiele:

1.

Ein 14-jähriges Mädchen, mir bis dahin unbekannt, kommt in die Sprechstunde mit dem Wunsch nach der Pille danach: letzte Nacht sei beim Verkehr das Kondom gerissen. Die Eltern sind im Urlaub, außerdem habe es Angst, ihnen zu erzählen, wie intim die Beziehung zu seinem Freund bereits sei, da sie davon nichts wissen.

Ihr Freund, 17 Jahre, hat es in die Praxis begleitet und zeigt sich ebenfalls spürbar besorgt wegen einer möglichen Schwangerschaft.

2.

Die Mutter, eine langjährige Patientin von mir, kommt mit ihrer 14-jährigen Tochter in die Sprechstunde. Die Mutter berichtet, dass die Tochter seit kurzem einen Freund habe und es deshalb besser sei, dass sie die Pille nehme, damit nichts passiert. Ihre Tochter lasse aber überhaupt nicht vernünftig mit sich reden und lasse auch keinen an sich heran.

Das junge Mädchen, von mir angesprochen, zuckt die Schultern und zeigt Gleichgültigkeit. Als ich ihm sage, dass ich zwar den Wunsch seiner Mutter gehört habe, aber nicht wüsste, ob das denn auch sein eigener Wunsch sei, der mir wichtig wäre, wirft es seiner Mutter einen spürbar feindseligen Blick zu. Die Stimmung zwischen beiden ist ausgesprochen gespannt.

3.

Eine 15-jährige junge Frau kommt zur Untersuchung mit der Frage, ob „alles in Ordnung“ sei; es ist erkennbar, dass sie bereits Verkehr hatte. Auf die Verhütung angesprochen erklärt sie diese für überflüssig, da ihr Freund, 34 Jahre alt, nach einem Chemieunfall unfruchtbar sei. Auch meine geäußerten Bedenken, dass ich es, noch dazu bei einer so ungleichen Beziehung, schwierig finde, sich auf solche unsicheren Angaben zu verlassen und sie doch selbst für Verhütung sorgen solle, überzeugen sie nicht. Ein Vierteljahr später kommt sie schwanger wieder und geht zum Abbruch.

Die Unsicherheit, die aus solchen Situationen auch bei den Ärztinnen und Ärzten entsteht, gilt es auszuhalten. Unvoreingenommene respektvolle Neugier und achtsame Offenheit sind gute Voraussetzungen dafür, eine gemeinsame Lösung zu finden, die dem individuellen Mädchen in der konkreten Situation möglichst gerecht wird. Das kann in einem Fall heißen, der 13-Jährigen auch ohne vorliegende Zustimmung der Eltern die Pille zu verschreiben, in einer anderen Situation, die 14-Jährige gegen die verständlichen Befürchtungen, aber grenzüberschreitenden Handlungen der Mutter zu schützen und zu bestärken. Und in vielen Fällen wird sich unsere Begleitung darauf beschränken, für Fragen und Angebote offen zu sein, eine vertrauensvolle Beziehung aufrecht zu erhalten, gerade auch dann, wenn Entwicklungen anders als von uns gewünscht und erwartet verlaufen.

Dazu gehört auch die Reflexion der Grenzen eigener Möglichkeiten: Die wenigsten individuellen Schwierigkeiten und erst recht keine gesellschaftlichen Widersprüche, die sich mitunter in solchen und ähnlichen Situationen manifestieren, lassen sich durch eine Verhütungsberatung lösen.

## Individuelle Verhütung spiegelt konkrete Lebensbedingungen und gesellschaftliche Normen wider

Verhütung ist aber nicht nur Ausdruck der persönlichen Überzeugung, der individuellen inneren Wirklichkeit, der partnerschaftlichen und lebensgeschichtlichen Erfahrung und Wertevorstellung der Frau. Gesellschaftliche Normierungen prägen ganz wesentlich den Umgang mit Körperlichkeit und Sexualität und damit auch die Verhütung. Die eigenen Vorstellungen werden durch kulturelle Vorbilder beeinflusst, ebenso wie durch die verfügbare Sprache für Sexualität oder auch die Sprachlosigkeit. Und natürlich ist das Verhütungsverhalten abhängig von den konkreten Lebensbedingungen.

Lasse ich die etwa 20 Jahre Verhütungsberatung, auf die ich zurückschaue, Revue passieren, bin ich verblüfft über das Tempo, mit dem sich Veränderungen unserer Lebensbedingungen auch im Verhütungsverhalten niedergeschlagen haben. Bedingt durch eigene biografische Veränderungen aufgrund der „Wende“ ist mein Blick dafür sicher sensibilisiert, vielleicht auch die persönliche Befürchtung verständlich: Wird diese Entwicklung im gleichen Tempo weitergehen? Und wohin geht sie überhaupt?

Beim letzten Kongress der DGGG zum Thema „Fortschritt ermöglichen – Grenzen erkennen“ äußerte sich CARL DJERASSI, der „Vater“ der Pille, auf die Frage nach der Zukunft der Kontrazeption so: Er sehe eine überalterte Wohlstandsgesellschaft, für die Verhütung in absehbarer Zukunft zum Problem einer Randgruppe von unter 40-Jährigen verkommen wird. Junge Frauen würden mit 20 Jahren ihre Eizellen einfrieren, sich selbst sterilisieren lassen und die Familienplanung aus der Tiefkühltruhe erledigen. Echte Innovationen erwarte er nicht.

Natürlich ist dieses Bild überzogen, aber hat DJERASSI völlig Unrecht? Zweckmäßigkeit und Rationalität, scheinbar unbegrenzte technische Möglichkeiten und Machbarkeit, eigenverantwortliche Selbstverwirklichung und Authentizität sind hohe Ideale in unserer Gesellschaft. Zu ihrer Erfüllung scheint die ausschließlich rationale selbstbestimmte Lebensplanung immer mehr unumstößliche Bedingung zu werden. Führt diese Selbstbestimmung auch hier zur Selbsterschöpfung, wie sie der Soziologe EHRENBURG als typisch für die moderne Gesellschaft beschreibt? Ist die Vorstellung der „Dauerverhütungsgesellschaft“ als anscheinend logische und vernünftige Lösung da wirklich so abwegig?

### Zunehmende Sicherheit – wachsende Verunsicherung

Besonders angesichts einer gegenwärtig intensiven Werbung für Langzeitkontrazeptiva mit Ausschaltung des Zyklus verspüre ich deutliches Unbehagen und Skepsis. Mir scheint, dass mit diesem Konzept, das als Marketingstrategie gerade bei jungen Mädchen auf Unabhängigkeit, Freiheit und Lebensqualität zielt, ein bedauerlicher Verlust an Unbefangenheit verbunden ist, nicht nur gegenüber der Verhütung und dem Kinderwunsch, sondern auch im Körpererleben und im weiblichen Selbstvertrauen und Selbstverständnis. Vielleicht auch an Spontaneität und grundlegendem Lebensvertrauen überhaupt? Kann und darf Kinderwunsch und Verhütung noch ambivalent erlebt und gefühlt werden? Und wie reagieren Frauen auf einen solchen möglichen Ambivalenzverlust?

Von den vielen unterschiedlichen Reaktionen fällt mir

besonders die neue Unsicherheit im Umgang mit dem Zyklus auf; sie setzt sich fort als Verlust von Selbstvertrauen bei der Planung des Kinderwunsches. Die große Angst, trotz zuverlässigem Gebrauch sicherer Verhütungsmittel und oft trotz regulär stattgehabter Blutung schwanger zu sein, ist vielen Gynäkologinnen und Gynäkologen aus der Praxis bekannt; mein Eindruck ist, dass mit zunehmender Sicherheit und vereinfachter Handhabung der Kontrazeptiva diese Angst eher zugenommen hat. Auch steigt die Tendenz von Müttern, ihre Töchter quasi mit der Menarche der Frauenärztin/dem Frauenarzt zu übergeben, nicht zuletzt damit die Fruchtbarkeit von Beginn an gut unter Kontrolle ist. Nicht selten gibt es damit kaum eine längere Zeit von Spontanzyklen vor dem Pillenbeginn.

Erstaunt beobachte ich in den letzten Jahren, dass bei der Erhebung der gynäkologischen Anamnese der Zeitpunkt und auch das Erleben der Menarche vielen Patientinnen nicht mehr bewusst ist. Viele reagieren ausgesprochen irritiert auf diese Frage und weisen fast entrüstet das Ansinnen einer Erinnerung daran von sich. Im psychodynamischen Verständnis ist die Menarche ein wichtiger Zeitpunkt in der psychosexuellen Entwicklung und mit ihrem Erleben eine verstärkte Phantasie um die beginnende eigene Fruchtbarkeit und Sexualität verbunden. Was bedeutet es für die Identität, wenn dieses Erleben und alle Anklänge an mögliche Fruchtbarkeit überhaupt ausgeblendet werden? Hat Fruchtbarkeit als ein spezifisch weibliches und sehr kraftvolles Potenzial noch einen Wert an sich?

Die Unsicherheit verstärkt sich, wenn dann wirklich die Pille abgesetzt werden soll und führt zu häufigen Konsultationen in dieser Zeit. Lange Planungen vor dem Absetzen und genaue Rückversicherungen – übrigens nicht nur bei Kinderwunsch – gehören mittlerweile dazu.

Ebenso häufig erlebe ich die Überraschung, die mitunter zunächst eher Irritation als Freude auslöst, wenn nach dem Absetzen der Pille tatsächlich schnell und ohne Behandlung eine Schwangerschaft eintritt oder auch der Übergang in einen normalen Spontanzyklus oder in die Wechseljahre entgegen den Befürchtungen problemlos verläuft.

Nicht verwunderlich ist es für mich, dass nicht wenige Patientinnen bei den Vorsorgeuntersuchungen thematisieren, dass sie durchaus erleichtert wären, wenn eine Schwangerschaft „einfach mal so“ unter der Pille eintreten würde. „Dann wäre es eben so und dann wäre es auch gut.“ Der Wunsch, sich dem Anspruch an Verantwortung und Eindeutigkeit des Kinderwunsches zu entziehen, ist mir gut verständlich.

Die Verschiebung der ersten Schwangerschaft ins immer höhere Lebensalter, die nicht selten in eine dauernde Kinderlosigkeit mündet, ist inzwischen ein politisches und gesellschaftliches Thema und Inhalt mancher Schlagzeile.

Den Verlust vieler Halt gebender Strukturen zu verkraften – für nicht wenige unserer Patientinnen sind es existenzielle – und die Notwendigkeit, grundlegende Lebensbedingungen zu sichern, lässt wenig Raum für Ambivalenz, für Entscheidungsfreiheit und differenzierte Reflexionen zur Verhütung, oft stellt sie die Selbstbestimmung überhaupt in Frage.

Ich erlebe nicht wenige junge Frauen, die klar die Ambivalenz ihres Kinderwunsches äußern und trotzdem sehr diszipliniert weiter verhüten – erstaunlicherweise ohne wesentliche Nebenwirkungen oder Unzufriedenheit. Eher selten dagegen wird in der Kontrazeptionsberatung von jungen Frauen thematisiert, dass sie sich unter der Pille, obwohl sie

diese nebenwirkungsfrei vertragen, anders fühlen, anders erleben als vorher. Auffällig dafür ist die Häufung der zyklischen Symptome, besonders der prämenstruellen Mastodynie (Brustschmerzen, Anm. d. Red.), die als Anlass zu Krankheitsbefürchtungen einen nicht geringen Anteil unseres Praxisalltags ausmachen. Dieses Spektrum kenne ich aus früheren Zeiten ebenso wenig wie die Pilleneinnahme über lange Zeit ohne Verhütungsnotwendigkeit.

### Spiel ohne Grenzen?

In dem Buch „Frau ohne Kind“, einer sehr lesenswerten Publikation zu diesem Thema, lässt die Journalistin VIOLA ROGGENKAMP in einer Tafelrunde von 13 Frauen jede die Geschichte ihrer frei gewählten oder auch unfreiwilligen Kinderlosigkeit erzählen.

Die 31-jährige Drehbuchautorin Dorothea sagt dort: „Ich habe das Gefühl, mir ist alles aus der Hand genommen. Alles ist möglich, aber es scheint keine Begrenzungen mehr zu geben, und ohne Begrenzungen gibt es keine Zukunft und ohne Zukunft gibt es keine Vergangenheit. Ich stehe auf der Stelle. Ich bin alles und allein, Mutter und Kind.“

Dieses Gefühl des Unbestimmten, der Suche ohne klares Ziel, begegnet mir in der Verhütungsberatung gar nicht so selten. Verständlich wird damit durchaus der Wunsch nach immer mehr äußeren Sicherheiten, wie wir sie in den vielfältigen Forderungen an Politik und Gesellschaft gegenwärtig finden. So berechtigt sie sind, stellen sie nicht die Notwendigkeit einer eigenen Auseinandersetzung mit inneren Ansprüchen, Möglichkeiten und Grenzen außer Frage, ebenso wenig die Übernahme der Verantwortung dafür.

Fehlende Kinderfreundlichkeit heißt deshalb nicht nur das Fehlen von politischen Konzepten, zum Beispiel für familienfreundliche Vereinbarkeit von Beruf und Kindern für Mann und Frau, sondern auch, Kinder in der eigenen Lebensplanung ausschließlich als Kostenfaktoren zu sehen – nicht nur materiell, sondern auch ideell. Kinder nur als Verlust von Freiheit und Sicherheit, als persönliches Opfer und Einschränkung zu empfinden, wie dies in der Verhütungsberatung mitunter geäußert wird, löst bei mir Bedauern aus, auch Ratlosigkeit gegenüber dieser Haltung, die die Normen, die sie beklagt, durch Anpassung gleichzeitig verfestigt.

Was haben diese Überlegungen mit der Praxis und unserer Aufgabe bei der Verhütungsberatung zu tun? Vor uns sitzt schließlich die einzelne Frau mit ihrer individuellen Geschichte und ihrem einzigartigen Lebenshintergrund. Wir können weder mit ihr noch durch sie die Gesellschaft verändern. Aber das kritische Benennen und Hinterfragen gängiger „Trends“ wird nach meiner Erfahrung seitens der Patientinnen positiv angenommen und sogar erwartet, wenn damit eine wertschätzende partnerschaftlich orientierte Haltung verbunden ist, die die Patientin in ihrer konkreten Situation wahrnimmt und akzeptiert.

Auch die Wahrnehmung und Benennung der nicht nur individuell, sondern auch gesellschaftlich „sprachlosen“ Seiten ist nach meinem Verständnis zutiefst psychosomatische Arbeit, ihre Wahrnehmung ist für das Verständnis mancher Patientin, deren Verhütungsverhalten individuell schwierig erscheinen mag, hilfreich. Für die Frau eröffnen wir die Chance, durch unser Fragen einen Prozess in Gang zu setzen, der zu den bisher ausgeblendetem Anteilen führen kann; bei den eigenen Konfliktlösungen können wir sie wiederum bestärken.

\* Literatur: auf Anfrage bei der Redaktion

## Die Rolle der Partner bei der Verhütung

Natürlich ergibt sich nicht erst hier die Frage nach den Partnern, nach ihrer Rolle und Verantwortung bei der Verhütung. Es ist auffällig, dass die Männer in der Sprechstunde zu diesem Thema tatsächlich selten in Erscheinung treten, während in der Mutterschaftsvorsorge die Frauen inzwischen selbstverständlich von ihren Partnern begleitet werden. Werden die Männer bei der Verhütung wieder einmal außen vor gelassen? Oder verweigern sie sich selbst?

Schon mit dem Begriff „Empfängnisverhütung“ sind Verantwortung und Kompetenz der Frau zugeschoben. Und auch real sind die vielfältigen Verhütungsmittel fast ausschließlich für Frauen gedacht und entwickelt, für Männer sind die praktischen Möglichkeiten gering.

So ist es nicht verwunderlich, dass in einer Repräsentativbefragung der BZgA von 20- bis 44-Jährigen zur Verhütung nur 17% der Männer im Gegensatz zu 61% der Frauenangaben, hauptsächlich für die Verhütung zuständig zu sein.

Interessanter finde ich allerdings, dass in der erwähnten Umfrage 36% der Männer im Gegensatz zu nur 9% der Frauen der Meinung sind, dass die Verantwortung für den Empfängnischutz von beiden Partnern gemeinsam getragen wird. Unterschiedliche Wahrnehmungen – nicht nur von Verhütung und Verantwortung – sind normal, nicht nur zwischen Männern und Frauen. Es wäre interessant und wichtig zu hören, wie sich Männer selbst in diesem Spannungsfeld sehen, aber auch, wo und wie sie von uns, den Frauenärztinnen und Frauenärzten, wahrgenommen werden.

*Dorothea Schuster\**



*Dr. med. Dorothea Schuster ist Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und Psychotherapeutin. Sie ist als niedergelassene Ärztin in Dresden tätig und unter anderem Mitglied im Berufsverband der Frauenärzte e.V. und Vorstandsmitglied der DGPF (Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe e.V.)*

### **Kontakt:**

*Dr. med. Dorothea Schuster  
FÄ für Frauenheilkunde und  
Geburtshilfe/Psychotherapie  
Frauenärztliche Gemeinschaftspraxis  
Rudolf-Renner-Straße 37  
01159 Dresden*

# Verhütung heute

## Neue Fakten und Trends

Welche Verhütungsmittel aktuell zur Verfügung stehen, wie sie wirken, wie sicher sie sind und für welche Zielgruppen der Sexualaufklärung und Familienplanung sie jeweils relevant sind, erläutert dieser Beitrag.

Deutschland gehört mit einigen anderen westeuropäischen Ländern zu den Ländern, in denen sehr konsequent und effektiv verhütet wird. Die Rate der Schwangerschaftsabbrüche ist im internationalen Vergleich mit 77 pro 10 000<sup>1</sup> Frauen sehr niedrig. 80% der Frauen zwischen 15 und 45 Jahren benutzen Verhütungsmittel, von den übrigen wollen die meisten gerade schwanger werden oder haben keinen Partner beziehungsweise keinen oder seltenen Geschlechtsverkehr<sup>2</sup>.

Gründe für das auch bei Jugendlichen sehr gute Verhütungsverhalten sind die vergleichsweise gute Zugänglichkeit von Verhütungsmitteln und der hohe Informationsstand darüber, aber auch die akzeptierende Haltung gegenüber Sexualität, die den Umgang mit Verhütung erleichtert.

Allerdings gibt es Problemgruppen, die Schwierigkeiten mit der Benutzung von Verhütungsmitteln haben. Sozial benachteiligte Jugendliche schaffen es oft nicht, die Hürden zu überwinden, sich ein Pillenrezept zu besorgen, oder haben eine Lebensrealität, in der die regelmäßige Einnahme kaum möglich ist. Migrantinnen haben zum Teil kulturell bedingte Ängste vor negativen Folgen der Verhütung, zum Beispiel, dass die Pille dauerhaft unfruchtbar macht, oder zu wenig Wissen über Körpervorgänge, um die Anwendungsweise richtig zu verstehen.

Der Zugang zu Verhütungsmitteln wird erschwert durch die im internationalen Vergleich relativ hohen Kosten, die in den letzten Jahren weiter gestiegen sind. Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz wurden viele Präparate der Pille deutlich teurer (eine Dreimonatspackung der günstigsten Präparate kostet jetzt 20 Euro). Außerdem entfiel damit und durch die Zusammenlegung von Sozialhilfe und Arbeitslosenhilfe für frühere Sozialhilfeempfängerinnen der Anspruch auf Erstattung der Kosten für Verhütungsmittel. Nur noch Frauen unter 20 Jahren haben jetzt kostenlosen Zu-

gang zu (ärztlich verordneten) Verhütungsmitteln. Deshalb wird Verhütung für einige Frauen inzwischen zum unbezahlbaren Luxus.

In den letzten Jahren wurden einige neue Verhütungsmittel auf den Markt gebracht, die zum Teil einige Vorteile gegenüber herkömmlichen Methoden haben, auf jeden Fall aber die Wahlmöglichkeiten für Frauen erweitern (für Männer wird es noch einige Jahre bei Kondom und Sterilisation bleiben, bis vielleicht hormonelle Verhütungsmöglichkeiten auf den Markt kommen). Die neuen Methoden sind aber meist deutlich teurer, so dass die möglichen Vorteile gegenüber den Kosten abgewogen werden müssen.

### **Kosten für verschiedene Verhütungsmittel**

#### **Verhütungsmittel**

Pillen	20 bis 37 Euro für 3 Monate
Vaginalring/ Verhütungspflaster	ca. 40 Euro für 3 Monate
Kupferspirale	ca. 130 bis 150 Euro inklusive Einlage (3–5 Jahre)
Hormonspirale	ca. 230 bis 300 Euro inklusive Einlage (5 Jahre)
Hormonstäbchen	ca. 230 bis 300 Euro inklusive Einlage (3 Jahre)
Dreimonatsspritze	ca. 30 Euro für 3 Monate
Pille danach	ca. 17 Euro

#### **Technische Hilfsmittel zur Eisprungberechnung**

Temperaturcomputer	150 bis 500 Euro je nach Modell
Hormoncomputer	100 Euro plus 15 Euro pro Monat für Teststäbchen

<sup>1</sup> Im Jahr 2004 hatten nach Meldungen beim Statistischen Bundesamt 77 von 10 000 Frauen im Alter von 15 bis unter 45 Jahren einen Schwangerschaftsabbruch

<sup>2</sup> HELFFERICH 2002

## Hormonelle Verhütung

Die Pille ist nach wie vor das am häufigsten benutzte Verhütungsmittel in Deutschland. Etwa 75% der jüngeren und etwa 40% aller Frauen im fruchtbaren Alter verhüten damit. Erfahrung mit der Pille haben mehr als 80% der Frauen und über 90% der heterosexuell aktiven Frauen<sup>3</sup>.

Als die Pille auf den Markt kam, beeindruckte die Möglichkeit der einfachen und extrem zuverlässigen Verhütung, und sie hatte großen Einfluss auf den Umgang der Frauen mit Sexualität. Inzwischen haben sich die Ansprüche verändert und der Blick richtet sich mehr auf die Schwierigkeiten der regelmäßigen Einnahme und rechtzeitigen Besorgung des neuen Rezepts. Regelmäßig jeden Tag, möglichst zur gleichen Zeit, eine Tablette zu schlucken, gelingt nur wenigen Menschen, wie Studien zeigen<sup>4</sup>. Viele Jugendliche finden die Pillenanwendung inzwischen „nervig“ und zu kompliziert – trotz technischer Erinnerungen über Handy oder andere Geräte.

Besonders schwierig ist die Pilleneinnahme für Frauen mit geringer Bildung und viele Frauen aus anderen Kulturkreisen. Insgesamt liegt deshalb die Versagerate der Pille im Alltag bei bis zu 8%<sup>5</sup>, während sie in den zahlreichen klinischen Studien deutlich unter 1% liegt. Wegen dieser Schwierigkeiten wurden neue Anwendungsformen auf den Markt gebracht. Zwei Mittel, die in der Dosierung und Zusammensetzung herkömmlichen Pillenpräparaten entsprechen, aber nicht täglich angewendet werden müssen, sind der Vaginalring und das Verhütungspflaster.

Der Vaginalring ist ein flexibler Kunststoffring mit 54 mm Durchmesser. Er wird für drei Wochen von der Frau selbst in die Vagina eingeführt, und setzt dort kontinuierlich Hormone frei. Nach drei Wochen wird er entfernt, sieben Tage später wird ein neuer Ring eingeführt. Die meisten Frauen finden das Einführen und Entfernen des Rings sehr einfach und spüren ihn während der Anwendung nicht. Auch beim Sex stört er nur wenige, er kann aber ohne Beeinträchtigung der Verhütungswirkung bis zu drei Stunden aus der Vagina genommen werden. Selten verursacht der Ring Ausfluss oder eine Scheidenreizung.

Das Verhütungspflaster, bei dem Hormone durch die Haut aufgenommen werden, ist 4,5 x 4,5 cm groß. Es wird jeweils für sieben Tage aufgeklebt und dann gewechselt. Es soll auf trockener, unbehaarter Haut am Gesäß, Bauch, Außenseite des Oberarms oder Oberkörper angebracht werden. Die Klebestelle muss jedes Mal gewechselt werden. Es löst sich nur sehr selten und hält auch beim Duschen, Schwimmen, Sport und Saunabesuch. Die Haut darf aber vor dem Aufkleben nicht eingefettet werden. Nach drei Wochen wird, wie bei der Pilleneinnahme auch, eine siebentägige Pause gemacht.

Die Nebenwirkungen und die Verhütungssicherheit von Ring und Pflaster entsprechen bei korrekter Anwendung im Wesentlichen denen der Pille. Ob die regelmäßige Anwendung einmal pro Woche oder einmal im Monat störungsfreier funktioniert als die tägliche Pilleneinnahme, muss sich erst noch in der breiten Anwendung im Alltag zeigen.

Viele junge Frauen empfinden den Vaginalring als bequeme und attraktive Alternative zur Pille. Einen deutlichen Vorteil bietet die Hormonaufnahme über die Haut oder die Vagina für Frauen, bei denen die Aufnahme über Magen und Darm wegen Essstörungen, zum Beispiel bei Bulimie, oder wegen chronischer Darmentzündungen nicht gewährleistet ist.

## Verhütung mit Gestagenen

Eine weitere bequeme Verhütungsmethode ist das Hormonstäbchen Implanon<sup>®</sup>, das für drei Jahre unter die Haut des Oberarms eingesetzt wird und dort ein Hormon freisetzt. Die Anwendung ist so bequem wie die der Spirale. Das Stäbchen enthält nur eines der beiden in Kombinationspillen enthaltenen Hormone, ein Gestagen. Deswegen können auch Frauen, die wegen gesundheitlicher Risiken die Pille nicht nehmen dürfen, damit verhüten.

Ein großer Nachteil des Stäbchens ist aber, dass die Blutung völlig unregelmäßig wird. Von häufigen und verlängerten Blutungen bis zum völligen Ausbleiben der Menstruation ist alles möglich. Da die Veränderungen des Zyklus von Frau zu Frau sehr unterschiedlich sind und sich auch im Laufe der Zeit verändern können, ist kaum vorherzusagen, welches Blutungsmuster auftreten wird. Andere hormonbedingte Nebenwirkungen wie Kopfschmerzen, Akne, Stimmungsveränderungen oder Gewichtszunahme treten etwas seltener auf als mit der Pille.

Das Hormon des Stäbchens kann auch in Form einer Minipille (Cerazette<sup>®</sup>) eingenommen werden. Als Minipille werden Pillen bezeichnet, die nur eines der beiden Pillenhormone – ein Gestagen – enthalten. Sie werden ohne Pause jeden Tag eingenommen; maximal drei Stunden Verspätung sind bei den älteren Präparaten ohne Beeinträchtigung der Verhütungswirkung möglich. Wegen der geringen Dosierung haben sie weniger Nebenwirkungen und gesundheitliche Risiken als Kombinationspräparate, die ein Östrogen und ein Gestagen enthalten. Sie können auch von stillenden Frauen benutzt werden.

Die neue Minipille Cerazette<sup>®</sup> ist etwas höher dosiert als die bisherigen Minipillen und hemmt im Gegensatz zu diesen auch den Eisprung. Damit ist die Verhütungssicherheit genauso hoch wie die der Kombinationspillen. Cerazette<sup>®</sup> kann auch mit bis zu 12 Stunden Verspätung eingenommen werden, ohne dass die Sicherheit beeinträchtigt ist. Die Blutung wird wie mit dem Verhütungsstäbchen unregelmäßig. Die Minipille kann aber leichter wieder abgesetzt werden, wenn die Blutungsunregelmäßigkeit lästig wird.

## Pille im Langzyklus

Schon immer haben Frauen die Möglichkeit genutzt, mit der Pilleneinnahme den Zeitpunkt der Menstruation zu steuern, indem sie die Einnahmepause verschoben haben. Nun wird diese Möglichkeit als neue Form der Einnahme im „Langzyklus“ beworben. Dabei sollen die Frauen nur noch nach jeweils drei, vier oder sechs Packungen eine Pause von sieben Tagen machen. In den USA wurde eine Pille speziell für diese Anwendung auf den Markt gebracht<sup>6</sup>. Es können jedoch alle niedrig dosierten monophasischen Kombinationspillen<sup>7</sup> im Langzyklus genommen werden.

Während der Zeit der kontinuierlichen Pilleneinnahme tritt bei den meisten Frauen gelegentlich eine Zwischen-

3 THOROGOOD/VILLARD-MACKINTOSH 1993, HELFFERICH 2002

4 OAKLEY 1994

5 HAISHAN/DARROCH 1999, WHO Task Force on Oral Contraceptives 1982

6 Eine Packung von Seasonale<sup>®</sup> enthält 84 Tabletten mit einer Östrogen-Gestagen-Kombination und sieben wirkstofffreie Tabletten

7 Präparate, die in allen Pillen ein Östrogen und ein Gestagen in der gleichen Dosierung enthalten



blutung auf. In der Einnahmepause hat ein Teil der Frauen eine regelähnliche Blutung, bei einigen Frauen bleibt die Blutung aber auch aus. Als Vorteil wird angegeben, dass Regelschmerzen oder prämenstruelle Beschwerden, die auch bei zyklischer Pilleneinnahme meist schon deutlich reduziert sind, dann noch seltener oder gar nicht mehr auftreten.

Nach neueren Umfragen finden viele Frauen es gut, nicht jeden Monat die Regelblutung zu haben; ein Teil würde gern ganz auf die Regel verzichten. Voraussetzung für diese Frauen ist, dass sie sicher sein können, nicht schwanger zu sein, das Ausbleiben der Regel die spätere Fruchtbarkeit nicht beeinträchtigt und auch sonst keine gesundheitlichen Nachteile entstehen. Bei der Pilleneinnahme im Langzyklus müssen sie dafür aber häufiger Zwischenblutungen in Kauf nehmen.

Für Frauen, die immer in der Einnahmepause der Pille Kopfschmerzen bekommen, kann die Einnahme ohne Pause von Vorteil sein. Als weiterer Vorteil wird die höhere Verhütungssicherheit angegeben. Studien zeigen, dass die siebentägige Einnahmepause das wesentliche Risiko für die Verhütungssicherheit ist. Das Vergessen von einer oder sogar mehreren Pillen führt hauptsächlich kurz nach der Einnahmepause zu einem Eisprung, während Einnahmefehler in der Mitte des Zyklus kaum Folgen haben. Wenn die Pille ohne Einnahmepause genommen wird, sind Einnahmefehler daher meist ungefährlich.

## Spirale

Deutlich weniger Frauen geben der Spirale den Vorzug vor der Pille: Etwa 10% der Frauen im fruchtbaren Alter verhüten damit, die Häufigkeit nimmt mit dem Alter zu<sup>8</sup>. Das Interesse an der Spirale ist in den letzten Jahren deutlich angestiegen, insbesondere auch bei jüngeren Frauen. Viele Frauen sehen sie im Vergleich zur hormonellen Verhütung als den geringeren und begrenzteren Eingriff in den Körper an. Außerdem ist die Anwendung sehr bequem und bei einer Liegedauer der meisten Spiralen von fünf Jahren auch kostengünstig.

Viele Jahre galt, dass Kupferspiralen erst nach der Geburt von Kindern angewendet werden dürfen. In den letzten Jahren hat sich allerdings die Einschätzung der Risiken der Kupferspirale verändert.

Das Risiko einer Infektion der Eileiter mit nachfolgender Unfruchtbarkeit wurde deutlich überschätzt. Neuere Daten zeigen, dass durch die Verhütung mit einer Kupferspirale das Risiko nur gering erhöht ist, hauptsächlich in den ersten Wochen nach der Einlage. Eine Voruntersuchung auf Infektionen in der Vagina oder am Gebärmutterhals (insbesondere auf eine Chlamydieninfektion) und eine entsprechende Behandlung kann dieses Risiko verringern. Das Infektionsrisiko ist außerdem abhängig von der Zahl der Sexualpartner. Bei wechselnden Partnern sollten deshalb zusätzlich Kondome zum Schutz vor Infektionen benutzt werden.

Dass die Regelblutung durch die Kupferspirale oft länger und stärker wird und auch Regelschmerzen zunehmen oder neu auftreten können, ist ein häufiges Problem. Deshalb ist

diese Verhütung nur für Frauen geeignet, die keine Probleme mit der Menstruation haben.

Da jüngere Frauen häufiger Eileiterinfektionen bekommen und mehr Menstruationsschmerzen haben, ist die Kupferspirale nach wie vor nicht die ideale Verhütungsmethode für junge Frauen. Bei Einhaltung der oben beschriebenen Schutzmaßnahmen in Bezug auf Infektionen und wenn die Frauen keine Regelprobleme haben, kommt sie aber durchaus in Frage; viele junge Frauen sind sehr zufrieden damit.

## Hormonspirale

Die Hormonspirale (Mirena®) wird als die grundsätzlich bessere Alternative zur Kupferspirale beworben und wurde in der Zeit der Markteinführung auch als besonders geeignet für junge Frauen dargestellt. Sie hat eindeutige Vorteile, aber auch Nachteile, über die die Frauen informiert werden sollten. Als ein Vorteil wird die etwas geringere Versagerrate von etwa 0,2% gegenüber etwa 1% bei den Kupferspiralen angesehen. Der wesentliche Vorteil ist, dass die Regelblutung deutlich schwächer wird. Deshalb ist die Hormonspirale sehr geeignet für Frauen mit starken Blutungen. Allerdings kommt die Regel meist nicht mehr regelmäßig. In den ersten Monaten nach der Einlage haben viele Frauen häufige leichte Blutungen, später kommt die Blutung immer seltener und bleibt bei einem Teil der Frauen ganz aus. Die Blutungsstärke verändert sich, weil durch die Wirkung der in der Gebärmutter freigesetzten Hormone die Gebärmutter-schleimhaut nur noch wenig oder gar nicht aufgebaut wird. Ein Teil der Hormone wird auch ins Blut aufgenommen und beeinflusst – von Frau zu Frau unterschiedlich – die Funktion der Eierstöcke. Manche Frauen haben gelegentlich oder regelmäßig einen Eisprung, andere nicht. Dadurch verändert sich der Rhythmus der Blutungen.

Wegen der geringen Hormonmengen, die in den Körper aufgenommen werden, sind Nebenwirkungen sehr viel seltener als bei der Pilleneinnahme. Auch bei gesundheitlichen Risiken, bei denen die Pilleneinnahme nicht möglich ist, kann mit der Hormonspirale verhütet werden. Bei manchen Frauen können aber Kopfschmerzen, Akne, Stimmungsveränderungen, Brustspannen oder Gewichtszunahme auftreten.

Widersprüchliche Daten gibt es zum Risiko von Eileiterinfektionen mit der Hormonspirale. In einer Studie traten mit der Hormonspirale seltener Infektionen auf als mit der Kupferspirale<sup>9</sup>. Mit diesen Ergebnissen wurde die Hormonspirale als besonders geeignet für junge Frauen beworben. In anderen Studien wurde jedoch kein Unterschied des Infektionsrisikos gefunden<sup>10</sup>.

Ein Problem bei der Anwendung durch junge Frauen ist, dass es die Hormonspirale nicht, wie die Kupferspirale, in kleinen Größen gibt und das Standardmodell oft für die Gebärmutterhöhle von jungen Frauen zu groß ist. Dadurch können nach der Einlage Schmerzen auftreten und die Spirale kann verrutschen.

## Natürliche Familienplanung

Natürliche Verhütungsmethoden werden nur von wenigen Frauen angewendet. Viele Frauen verstehen darunter das Abschätzen oder Berechnen der fruchtbaren Tage, eine sehr

8 ODDENS 1999

9 ANDERSSON/ODLIND/RYBO 1994

10 UNDP/UNFPA/World Bank Special Programme and Research 2002/2003

unsichere Methode. Es gibt aber eine kleine Gruppe von Frauen aller Altersgruppen, die die Bestimmung der fruchtbaren Tage durch Messen der Aufwachtemperatur und Beobachtung des Muttermundschleims, die so genannte symptomthermale Methode, spannend finden und diese Verhütungsmethode sehr schätzen. Wenn Frauen die genauen Regeln der Beobachtung und Auswertung dieser Körperzeichen richtig gelernt haben, können sie damit fast so sicher verhüten wie mit regelmäßiger Pilleneinnahme. Nach dem anfänglichen Aufwand einer Lernphase von drei Monaten, in der sich die Frauen intensiv mit der Methode beschäftigen müssen, lässt sich die Beobachtung bei den meisten Frauen leicht in den Alltag integrieren. Auch eine unregelmäßige Lebensweise ist meist kein Hindernis, nach neueren Erkenntnissen reicht eine Stunde Schlaf vor dem Messen aus.

Die fruchtbaren Tage lassen sich mit der symptomthermalen Methode auf etwa 10 bis 14 Tage im Zyklus eingrenzen. An diesen Tagen können beim Geschlechtsverkehr Barrieremethoden wie das Kondom oder Diaphragma benutzt werden, andere Paare beschränken sich an diesen Tagen auf Sex ohne den „eigentlichen Geschlechtsverkehr“. Das Wissen über die Beobachtung der Körpervorgänge während des Zyklus lässt sich auch gut nutzen, wenn eine Frau schwanger werden möchte.

Die Arbeitsgruppe NFP der Malteser<sup>11</sup> hat Informations- und Lehrmaterial erarbeitet und NFP-Beraterinnen ausgebildet, die in verschiedenen Regionen Kurse anbieten.

## Verhütungscomputer

Es gibt unterschiedliche technische Geräte für die natürliche Verhütung, die besonders bei jungen Frauen großes Interesse finden. Viele junge Frauen vertrauen Computern mehr als der eigenen Körperbeobachtung.

Temperaturcomputer sind mit Minirechnern verbundene elektronische Thermometer, die die Aufwachtemperatur speichern und nach den Regeln der symptomthermalen Methode auswerten. Da sie alltägliche Störfaktoren nicht in die Auswertung einbeziehen, können sie die fruchtbaren Tage nicht so genau eingrenzen wie in der symptomthermalen Methode geübte Frauen. Sie geben aber eher zu lange fruchtbare Perioden an und sind damit wahrscheinlich relativ sicher, wenn die Frauen sich an die Angaben der Hersteller halten<sup>12</sup>. Die langen als fruchtbar angegebenen Perioden können aber zu einer Missachtung der Angaben und ungeschütztem Geschlechtsverkehr an eigentlich fruchtbaren Tagen verführen.

Der Hormoncomputer (Persona<sup>®</sup>) bestimmt die fruchtbaren Tage durch Hormontests mit Hilfe von Urinestreifen. Er fordert an bestimmten Tagen einen Hormontest an und wertet die Teststreifen aus. Der Hormoncomputer gibt kürzere fruchtbare Perioden an als die Temperaturcomputer, allerdings häufig auf Kosten der Sicherheit. Deshalb ist die Versagerrate bei korrekter Anwendung mit 6%<sup>13</sup> relativ hoch.

Die Verhütungscomputer sollen die Anwendung der natürlichen Familienplanung auch ohne Erlernen der Methode ermöglichen. In der Praxis kommt es aber zu vielen Anwendungsfehlern, wenn Frauen mit den Körpervorgängen und Körperzeichen nicht vertraut sind. Für Frauen, die die Methode gelernt haben, sind die Geräte kaum eine Erleichterung.

Eine weitere Gruppe von Geräten (PG 53, PC 2000, Maybe Baby) sind kleine Mikroskope, mit denen Veränderungen des Kristallisationsmusters im Speichel oder Vaginalschleim beobachtet werden.

Mit diesen Geräten können die fruchtbaren Tage so gut wie nicht bestimmt werden und aus diesem Grund sind sie zur Verhütung völlig ungeeignet.

## Kondom

Durch die Kampagnen zur AIDS-Prävention hat sich die Akzeptanz von Kondomen sehr verbessert und die meisten Jugendlichen und jungen Erwachsenen haben Erfahrung mit der Anwendung.

Kondome werden dadurch eher mit dem Schutz vor Infektionen in Verbindung gebracht als mit der Empfängnisverhütung. Zur Verhütung von Schwangerschaften werden sie eher zu Beginn einer neuen Partnerschaft und von Frauen und Männern mit wechselnden Partnerschaften benutzt. Besteht die Partnerschaft länger, wird dann meist zur Pille gewechselt. In der Studie „frauen leben“<sup>14</sup> benutzten etwa 15% der Frauen Kondome zusätzlich zu anderen Verhütungsmitteln als Schutz vor Infektionen, etwa 13% als alleiniges Verhütungsmittel. Von den Männern einer anderen Befragung benutzten 29% (westliches Gebiet) beziehungsweise 15% (östliches Gebiet) Kondome zur alleinigen Verhütung, 11% jeweils als zusätzlichen Schutz vor Infektionen<sup>15</sup>.

Der Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten ist über die Prävention von HIV-Infektionen hinaus ein wichtiges Thema. Zurzeit bekommen andere Infektionen, die bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen häufig sind, wie zum Beispiel Chlamydieninfektionen, mehr Aufmerksamkeit. Kondome werden nur selten regelmäßig benutzt. Es ist notwendig, das Bewusstsein für den Schutz vor Infektionen zu verbessern und dieses Thema in der Beratung und Aufklärung öfter anzusprechen.

## Pille danach

Derzeit gibt es eine internationale Kampagne zur Verbesserung der Information und Nutzung der Pille danach. Sie wird nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr eher selten angewendet. Oft wissen die Frauen zwar von der Möglichkeit der Nachverhütung, hoffen oder glauben aber, dass die Verhütungspanne nicht zu einer Schwangerschaft führen wird.

Um den Zugang und damit die Anwendung zu erleichtern, wurde in vielen europäischen Ländern die Rezeptpflicht für die Pille danach aufgehoben, so dass sie frei in Apotheken erhältlich ist. Die Apothekerinnen und Apotheker wurden für die Beratung in diesen Fällen geschult. In Deutschland wurde die Rezeptpflicht bisher aufgrund von Bedenken der Gynäkologinnen und Gynäkologen nicht aufgehoben<sup>16</sup>.

11 [www.natuerliche-familienplanung.de](http://www.natuerliche-familienplanung.de)

12 Direkte Untersuchungen der Verhütungssicherheit der Temperaturcomputer gibt es nicht

13 FREUNDL/BONNAR 1998

14 HELFFERICH 2002

15 FICHTNER 1996

16 Vgl. Kongress-Dokumentation zur Pille danach in FORUM 1/2-2004 (Anm. d. Red.)

In den letzten Jahrzehnten ist die Hormondosis der Methode deutlich reduziert worden, damit haben sich auch die Nebenwirkungen verringert. Zuletzt hat vor einigen Jahren ein Präparat, das nur ein Gestagen enthält, das ältere Kombinationspräparat abgelöst. Es ist genauso wirksam und hat kaum noch Nebenwirkungen: Es kann leichte Übelkeit verursachen, ernsthafte gesundheitliche Risiken sind mit der Einnahme nicht verbunden.

Die beiden Tabletten können gleichzeitig genommen werden, bis zu 72 Stunden nach dem ungeschützten Geschlechtsverkehr. Allerdings ist die Wirkung besser, je früher die Pille danach eingenommen wird. Eine gynäkologische Untersuchung vor der Einnahme ist nicht erforderlich. Zum Ausschluss einer bestehenden Schwangerschaft reicht es, wenn die letzte Regel normal aufgetreten ist. Auch eine Nachuntersuchung ist nicht nötig. Sinnvoll ist aber ein Schwangerschaftstest drei Wochen nach der Einnahme, um ein Versagen der Methode auszuschließen.

Durch die Einnahme der Pille danach können etwa 95% der durch ungeschützten Geschlechtsverkehr entstehenden Schwangerschaften verhindert werden. Neuere Studien zeigen, dass die Pille danach eine Schwangerschaft meist durch eine Verzögerung des Eisprungs verhindert. Ob sie auch die Einnistung eines schon befruchteten Eis in die Gebärmutter verhindern kann, was lange als wesentliche Wirkungsweise angesehen wurde, ist nach diesen Studien ungeklärt (IPPF 2002). Wenn das Ei sich schon in die Gebärmutter eingenistet hat, wirkt die Pille danach nicht mehr. Sie unterscheidet sich damit deutlich von der so genannten „Abtreibungspille“.

Eine weitere, wenig bekannte Möglichkeit der Notfallverhütung ist die Einlage einer Kupferspirale nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr. Die Spirale kann bis zu fünf Tage nach der Verhütungspanne eingelegt werden und verhindert eine Schwangerschaft in nahezu 100% der Fälle. Allerdings ist der Eingriff in den Körper deutlich größer als bei der Einnahme der Pille danach. Deshalb bietet sich diese Methode eher an, wenn die Frau auch danach mit der Spirale weiter verhüten will und die Methode für sie geeignet ist. Die Einlage ist auch außerhalb der Regel meist ohne Probleme möglich. Die Hormonspirale ist zur Nachverhütung nicht geeignet.

*Helga Seyler*

#### Literatur

ANDERSSON, K./ODLIND, V./RYBO, G. (1994): Levonorgestrel-releasing and copper-releasing (Nova T) IUDs during five years of use: a randomized comparative trial. *Contraception* 1994; 49, S. 56–72

FICHTNER, J. (1996): Wie Man(n) verhütet, so liebt Man(n)? In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Kontrazeption, Konzeption, Kinder oder keine*. Köln, S. 79–98

FREUNDL, G./BONNAR, J. et al. (1998): Effektivität eines neuen Verhütungscomputers „Persona“. Bericht über Testergebnisse in Deutschland. In: *Fort-schritte Medizin. Originalien* 1/1998, S. 25–30

HAISHAN F./DARROCH, J.E. et al. (1999): Contraceptive failure rates: new estimates from the 1995 National Survey of Family Growth. *Family Planning Perspectives* 1999; 31, S. 56–63

HELFFERICH, C. (2002): *frauen leben. Eine Studie zu Lebensläufen und Familienplanung*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Köln

IPPF Medical Bulletin 2002, 36

OAKLEY, D. (1994): Rethinking patient counseling techniques for changing contraceptive use behaviour. In: *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1994; 170, S. 1585–90

ODDENS, B.J. (1999): Womens satisfaction with birth control: a population survey of physical and psychological effects of oral contraceptives, intrauterine devices, condoms, natural family planning, and sterilization among 1466 women. *Contraception* 1999; 59, S. 277–86

THOROGOOD M./VILLARD-MACKINTOSH L. (1993): Combined oral contraceptives: risks and benefits. In: *British Medical Bulletin* 1993; 49, S. 124–39

UNDP/UNFPA/World Bank Special Programme and Research, Development and Research Training in Human Reproduction. *Research on reproductive health at WHO – pushing the frontiers of knowledge. Biennial report 2002/2003*

WHO Task Force on Oral Contraceptives. A randomized double-blind Study of six combined oral contraceptives. *Contraception* 1982; 25, S. 231–41



*Helga Seyler ist Frauenärztin im Familienplanungszentrum Hamburg und Redakteurin des Rundbriefs zur Familienplanung vom pro familia Bundesverband. Ihr Themenschwerpunkt, zu dem es zahlreiche Vorträge und Veröffentlichungen gibt, ist Frauen- und Lesbengesundheit*

**Kontakt:**

Familienplanungszentrum  
Bei der Johanniskirche 20  
22767 Hamburg  
seyler@familienplanungszentrum.de

# Verhütungsberatung durch Arzt oder Ärztin – ein Unterschied?

## Zum Stellenwert der ärztlichen Verhütungsberatung und der Bedeutung des Geschlechts der Beratenden

Auf Grundlage einer Befragung von je 24 niedergelassenen Schweizer Gynäkologinnen und Gynäkologen zeigt die Autorin viele Übereinstimmungen und auch einige interessante Unterschiede in der Beratungspraxis von Ärztinnen und Ärzten auf. Sie formuliert Empfehlungen für eine optimierte Beratungsstrategie, die zu einer konsequenteren Verhütungspraxis beitragen könnte.

### Verhütung – Möglichkeiten und Grenzen

Zu Beginn der Neunzehnhundertsechzigerjahre, als die Pille in Europa auf den Markt kam, schlug sich dies in einem Rückgang der Schwangerschaftsabbrüche nieder. Nach einer Reduktion um etwa 25% pendelte sich in der Schweiz die Zahl der Abbrüche im Verlauf der folgenden Jahrzehnte dann allerdings auf einem tieferen Niveau ein (Abb. 1). Dies, obwohl mit den Weiterentwicklungen auf dem Gebiet der hormonellen Kontrazeptiva, aber auch der Spiralen, heute eine reiche Palette an effizienten Verhütungsmitteln zur Verfügung steht. Lange nicht alle Frauen und Paare, die nicht schwanger werden möchten, verhüten konsequent. Mangelhafte Kenntnisse und Uninformiertheit über Verhütung, die damit verbundenen Kosten, Schwierigkeiten bei der Anwendung des Verhütungsmittels, Unsicherheit, was das verwendete Kontrazeptivum für gesundheitliche Auswirkungen haben könnte, aber auch eine tiefer liegende, in der Regel unbewusste Ambivalenz hinsichtlich einer (weiteren) Schwangerschaft können die Gründe sein.

In den meisten europäischen Ländern besteht nicht das Problem, dass Verhütungsmittel nicht erhältlich wären, sondern dass eine einmal gewählte Verhütungsmethode wieder aufgegeben oder fehlerhaft angewendet wird. Es bestehen also – um es mit den im Allgemeinen dafür verwendeten englischen Begriffen auszudrücken – „Adherence“<sup>1</sup> – beziehungsweise „Compliance“<sup>2</sup> – Probleme. Strategien, um diesen Problemen zu begegnen, sind auf der sozial- und gesundheitspolitischen Ebene die Förderung zielgruppenorientierter Aufklärungs-, Informations- und Beratungsangebote, auf der medizinischen Ebene die Entwicklung von nebenwirkungsarmen und einfach anwendbaren Verhütungsmitteln und auf der interaktionellen Ebene zwischen Arzt/Ärztin und Patientin die Optimierung der Kommunikation. Auf letztgenanntem Aspekt fokussiert die hier vorgestellte Studie.

### Die Kontrazeption als wichtige Determinante der reproduktiven Gesundheit der Frau

Die Kontrazeption schützt die Frau vor einer unerwünschten Schwangerschaft und deren Konsequenzen und hat allenfalls bei diversen Beschwerden im Zusammenhang mit dem Zyklus einen therapeutischen Nutzen, kann aber auch Nebenwirkungen mit sich bringen und in seltenen Fällen gesundheitliche Folgen nach sich ziehen. Diese Aspekte sollten in der Verhütungsberatung thematisiert werden.

Darüber hinaus sollte sie aber auch genutzt werden, um weitere wichtige Themen im Zusammenhang mit der sexuellen Gesundheit anzusprechen. Einerseits gilt es, auf die Möglichkeit der Notfall-Kontrazeption („Pille danach“) für den Fall hinzuweisen, dass nicht oder mangelhaft verhütet wurde, andererseits sollten Informationen und Empfehlungen betreffend den Schutz vor sexuell übertragbaren Infektionskrankheiten (STI), insbesondere HIV, vermittelt werden. Zudem bietet es sich im Kontext der Verhütungsberatung an, die Frau auf ihre sexuelle Zufriedenheit und Probleme im Zusammenhang mit der Sexualität – bis hin zu Gewalterfahrungen – anzusprechen.

### Die ärztliche Verhütungsberatung

Zur Sicherung und Verbesserung der Akzeptanz und Compliance im Zusammenhang mit der Verhütung ist – neben den bereits weiter oben genannten gesundheitspolitischen Maßnahmen – eine hoch qualifizierte und individuell angepasste Verhütungsberatung von entscheidender Bedeutung. Die Beratung ist einerseits abhängig von den Fachkenntnissen und der Erfahrung der Beraterinnen und Berater, andererseits aber auch von deren kommunikativen Fertigkeiten, dem soziokulturellen Hintergrund, der persönlichen Ein-

1 „Adherence“ bedeutet Festhalten an einer vereinbarten Behandlungsmaßnahme

2 „Compliance“ bedeutet korrektes Einhalten (und Umsetzen) der Behandlungsrichtlinien durch die Patientin.

stellung und möglicherweise auch dem Geschlecht der beratenden Person. Studien zur Arzt/Ärztin-Patientinnen-Kommunikation und zur Patientinnenzufriedenheit haben gezeigt, dass Ärztinnen in der Regel mehr patientinnen-zentriert kommunizieren und Ärzte eher sachbezogen sind. Im Allgemeinen sind Patientinnen – möglicherweise auf Grund der genannten Kommunikationsstile – zufriedener mit der Beratung durch eine Ärztin (ROTHER/HALL 2004; BERTAKIS/FRANK/AZARI 2003).

### Verhütungsberatung durch Ärztin oder Arzt – eine orientierende Studie

#### Fragestellung

In der im Folgenden vorgestellten Studie ging es GABRIELE MERKI, einer an der Universitätsfrauenklinik Zürich tätigen Kollegin, und mir darum, an einem ausgewählten Kollektiv von Gynäkologinnen und Gynäkologen zu untersuchen, was Themen und Inhalte ihrer Verhütungsberatung sind, und ob eventuell Gender-Unterschiede im vermittelten Inhalt und im Beratungsstil auszumachen sind.

#### Material und Methode

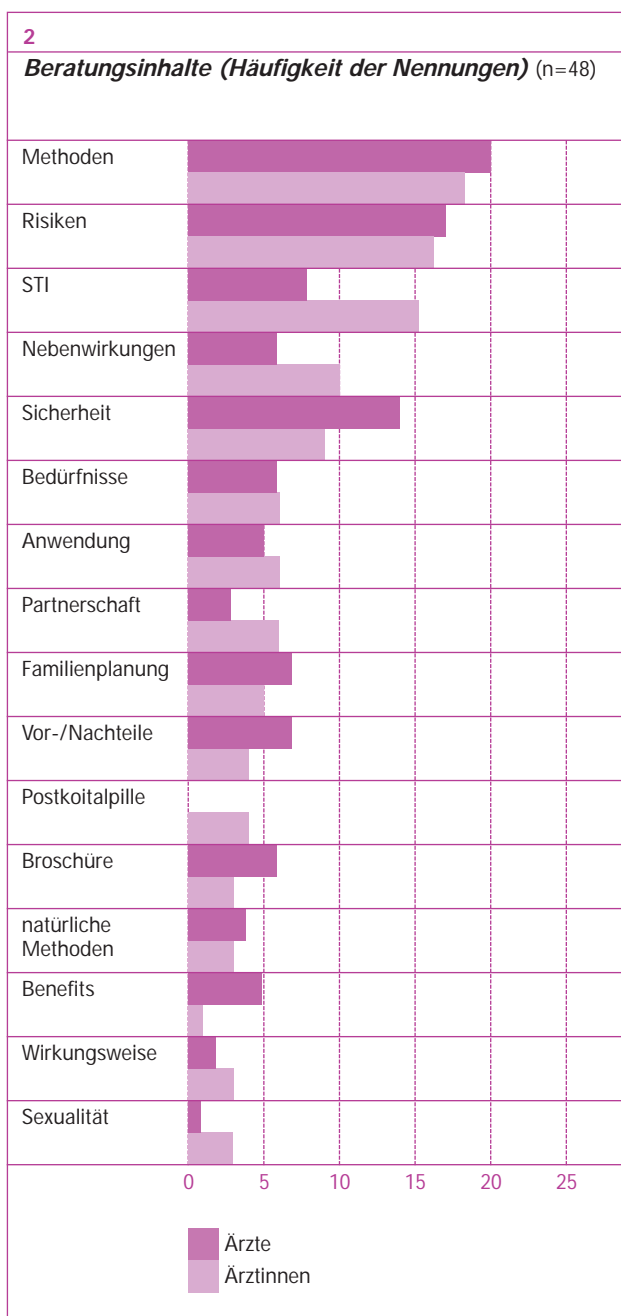
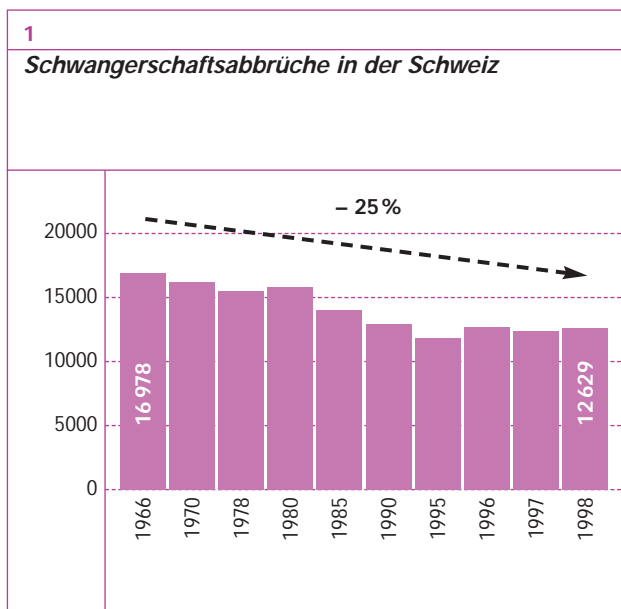
Zwischen September und Oktober 2002 führten wir mit je 24 niedergelassenen Schweizer Gynäkologinnen und Gynäkologen ein semi-strukturiertes Telefon-Interview durch. Wir befragten die Kolleginnen und Kollegen zum Inhalt ihrer Kontrazeptionsberatung und zu ihren Beratungsstrategien. Bewusst verzichteten wir dabei auf die Vorgabe von Items, welche möglicherweise zur Zustimmung animiert hätten, sondern ließen die Kolleginnen und Kollegen sich frei äußern. Zudem baten wir um ein Rating von sieben vorgegebenen Kriterien betreffend deren Bedeutung bei der Wahl eines Kontrazeptivums, und zwar einerseits aus eigener Perspektive, andererseits aus jener der Patientin. Abschließend fragten wir danach, welche Faktoren nach Meinung der Ärztinnen und Ärzte für die Compliance der Anwenderinnen entscheidend sind. Die Auswertung der Daten erfolgte mittels deskriptiver Statistik.

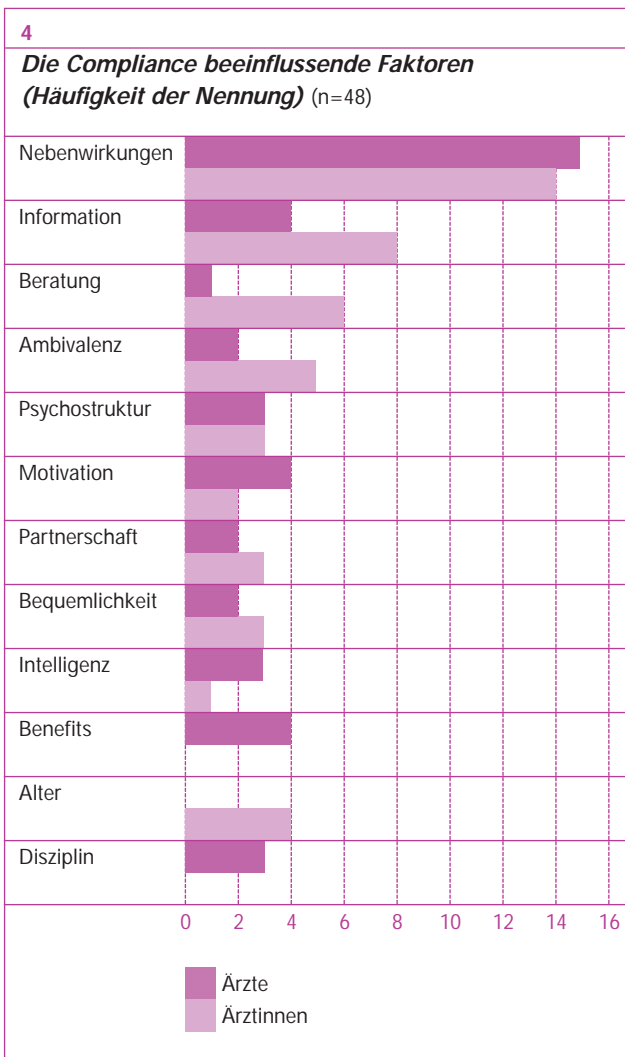
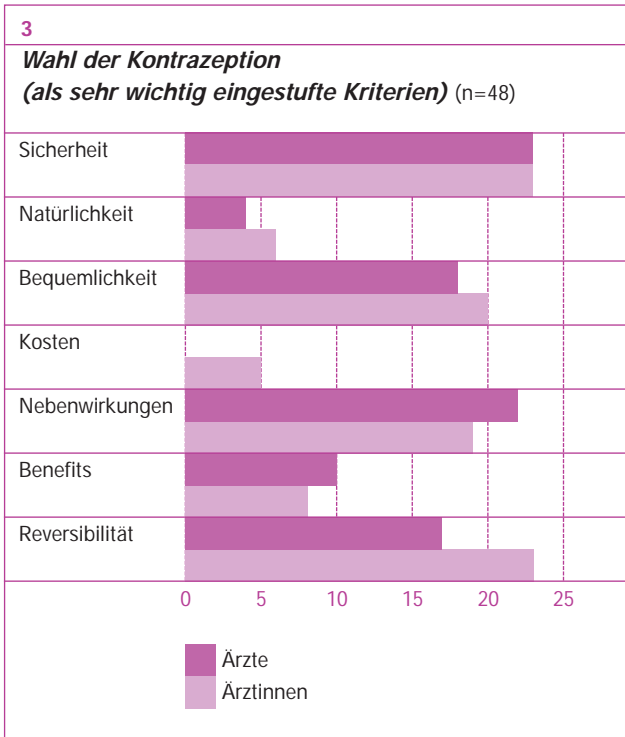
#### Resultate

Die Hälfte der Gynäkologinnen und Gynäkologen war 41 bis 50 Jahre alt, zwölf waren zwischen 30 und 40 Jahren und elf über 50 Jahre. 36 von ihnen praktizierten in einer städtischen, zwölf in einer ländlichen Gegend. Die Beratung beinhaltete medizinische Aspekte wie die Information über die diversen Methoden (80%), gesundheitliche Risiken (75%), Nebenwirkungen (50%), kontrazeptive Sicherheit (häufiger von Ärzten als von Ärztinnen genannt, 58 vs. 38%), STI<sup>3</sup> (Ärzte 33% vs. 6%), Notfall-Kontrazeption (0 vs. 17%) und persönliche Aspekte wie individuelle Bedürfnisse, Familienplanung (je 25%), Partnerschaft (12 vs. 25%) und Sexualität (5 vs. 12%) (Abb. 2). Von den sieben Kriterien, die auf ihre Wichtigkeit in Bezug auf die Wahl der Kontrazeptionsmethode hin beurteilt werden mussten, wurde Sicherheit von allen als sehr wichtig eingestuft, Reversibilität<sup>4</sup> von 83%, Nebenwirkungen von 85% und Einfachheit der Anwendung von 79%. Natürlichkeit und Kosten wurden

3 Sexually transmitted infections

4 Reversibilität bedeutet, dass die Verhütung nur für die Dauer der Anwendung der Methode oder noch kurze Zeit danach gegeben ist (Anm. d. Red.)





**5**  
**Inhalte der Kontrazeptionsberatung**

Verhütung ungewollter Schwangerschaften inkl. Notfallkontrazeption
Schutz vor STD/HIV
Eigenverantwortung stärken
Selbstbestimmung unterstützen
Hilfsangebote bei sexuellen Problemen

**6**  
**Ziele und Bedürfnisse der Patientinnen/Paare**

<b>Ziele</b>
Sichere Empfängnisverhütung
Schutz vor sexuell übertragbaren Erkrankungen
Keine gesundheitlichen Schäden
<b>Methode</b>
→ einfach
→ kostengünstig
→ den eigenen Vorstellungen entsprechend
<b>Bedürfnisse</b>
Respekt und Verständnis
→ Ängste
→ Unsicherheit
→ Körperliche Symptome
→ Seelische Symptome
<b>Antwort auf Fragen</b>
→ Wissen
→ Kontrolle

häufiger von Ärztinnen für wichtig gehalten, und „Benefits“<sup>5</sup> von Ärzten (Abb. 3). Nebenwirkungen wurden von beiden Geschlechtern als der wichtigste Faktor für die Compliance angesehen (je 60%). Während überdies Informationsvermittlung und die Qualität der Beratung vor allem von Ärztinnen genannt wurden, stuften Ärzte Charakterzüge und Persönlichkeit der Frau als weitere wichtige Faktoren ein (Abb. 4).

**Diskussion**

Das erste Ziel der Studie war die Erfassung des Inhalts der Kontrazeptionsberatung beim befragten Kollektiv von 48 niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen. Es zeigte sich, dass sozusagen alle befragten Kolleginnen und Kollegen über die diversen Verhütungsmöglichkeiten informieren und verschiedene Aspekte der reproduktiven Gesundheit wie Kontraindikationen und Sicherheit der Methoden thematisieren. Nur etwa die Hälfte der Ärztinnen

<sup>5</sup> Verhütungsmittel werden heute von der Pharmaindustrie häufig wegen ihrer positiven Begleiterscheinungen (schwächere Periode, regelmäßiger Zyklus, Wirkung gegen Akne), den so genannten „Benefits“, angepriesen.

und Ärzte erwähnte überdies STI als weiteren Aspekt, den sie anzusprechen pflegen. Dass mit der Frau die Möglichkeit, die Pille danach zu verwenden besprochen wird, wurde – in Übereinstimmung mit den Resultaten anderer Studien (ISAACS/CREININ 2003) – nur vereinzelt, und wenn, dann von Ärztinnen genannt.

Für die Wahl eines Kontrazeptivums stuften Ärztinnen und Ärzte die gleichen Kriterien als besonders wichtig ein, nämlich Sicherheit, Reversibilität, Nebenwirkungen und Bequemlichkeit in der Anwendung. Bei den als weniger wichtig eingestuften Aspekten zeigte sich hingegen bei den Männern eher ein Trend hin zum theoretisch Abwägenden (Benefits), bei den Frauen mehr zum Praktischen (Kosten, Reversibilität).

Was die für die Compliance entscheidenden Faktoren anbelangt, waren sich Gynäkologen und Gynäkologinnen einig betreffend der herausragenden Bedeutung der Nebenwirkungen. Abgesehen davon erachteten die Kolleginnen mit den Faktoren „Information“ und „Beratung“ eher interaktionale Aspekte sowie ihren eigenen Beitrag zur Qualität der Beratung als wichtig, während Kollegen eher Persönlichkeitsmerkmale der Patientin wie „Intelligenz“ und „Disziplin“ für entscheidend erachteten. Gemäß einer amerikanischen Studie von 1998 scheint die Compliance überdies auch von der Zufriedenheit mit der Beziehung zwischen Patientin und Beraterin bzw. Berater abhängig zu sein (ROSENBERG/WAUGH/BURNHILL 1998).

## Die Quintessenz – Empfehlungen für die Verhütungsberatung

Unsere orientierende, in keiner Hinsicht repräsentative Studie hat gezeigt, dass gewisse Aspekte der reproduktiven Gesundheit durchaus eine zentrale Bedeutung in der Beratung haben, andere ebenfalls wichtige Themen, wie der Schutz vor sexuell übertragbaren Infektionen und die Notfallkontrazeption, aber noch zu selten thematisiert werden. Zudem wird kaum über Fragen der Sexualität und sexuellen Gesundheit gesprochen (Abb. 5). Gemäß unseren Resultaten schlagen sich Gender-Unterschiede zum Teil in der Themenwahl, aber auch in der Haltung gegenüber der Patientin nieder. Wollen wir aus diesen Erkenntnissen eine Beratungsstrategie ableiten, die möglicherweise zu der erhofften Verbesserung von Akzeptanz und Compliance der Verhütung führt, könnte dies ein eher „weiblicher“, patientinnenzentrierter Interaktionsstil sein, kombiniert mit der ebenso wichtigen eher „männlichen“ Haltung, dass die Möglichkeiten und Fähigkeiten der Frau/des Paares eine zentrale Bedeutung haben und beachtet werden müssen. Diese Strategie und die Berücksichtigung der in Abb. 6 aufgelisteten Ziele und Bedürfnisse der Patientinnen und Paare sind gute Voraussetzungen für eine individuell angepasste, hoch qualifizierte Beratung.

*Sibil Tschudin*

*in Zusammenarbeit mit Dr. med. Gabriele Merki*

## Literatur

- ROTER, D. L./HALL, J. A. (2004): Physicians gender and patient-centered communication: a critical review of empirical research. *Annu Rev Public Health* 2004; 25, S. 497–519
- BERTAKIS, K. D./FRANK, P./AZARI, R. (2003): Effects of physician gender on patient satisfaction. *J Am Med Womens Assoc* 2003 Spring; 58(2), S. 69–75
- ISAACS, J. N./CREININ, M. D. (2003): Miscommunication between healthcare providers and patients may result in unplanned pregnancies. *Contraception* 68 2003, S. 373–376
- ROSENBERG, M. J./WAUGH, M. S./BURNHILL, M. S. (1998): Compliance, counselling and satisfaction with oral contraceptives: a prospective evaluation. *Fam Plann Perspect* 1998; 30(2), S. 89–92, 104



*Dr. med. Sibil Tschudin ist Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe mit Fähigkeitsausweis Psychosomatik. Sie ist seit 1999 Oberärztin an der Abteilung für gynäkologische Sozialmedizin und Psychosomatik der Frauenklinik des Universitätsspitals Basel. Ihre Tätigkeitsfelder und Forschungsgebiete sind die Beratung in den Bereichen Kontrazeption, Sexualität, Schwangerschaftskonflikt, unerfüllter Kinderwunsch, Pränataldiagnostik und belastete Schwangerschaft.*

### **Kontakt:**

*Frauenklinik Universitätsspital Basel  
Abteilung für gynäkologische Sozialmedizin/ Psychosomatik  
Spitalstraße 21  
CH-4031 Basel  
Telefon (0041) 61 265 90 67  
stschudin@uhbs.ch*

# Wissen und Verhalten türkischer Migrantinnen in Bezug auf Sexualität und Verhütung

Frauen aus der Türkei verhüten anders: Im Vergleich zu deutschen Frauen ist bei ihnen der Coitus interruptus weit verbreitet. Auch werden sie durch Printmedien wie Zeitschriften, Broschüren und Bücher zum Thema Verhütung kaum erreicht; der Arzt oder die Ärztin ist ihr wichtigster Ansprechpartner bzw. ihre wichtigste Ansprechpartnerin. Die Gynäkologin Emine Yüksel hat 200 ihrer türkischen Patientinnen befragt und stellt im Folgenden ihre Ergebnisse vor.

Bei der täglichen Arbeit in einer von türkischen Patientinnen stark frequentierten gynäkologischen Praxis fällt auf, dass im Kontrazeptionsverhalten zwischen türkischen und deutschen Frauen deutliche Unterschiede bestehen. Auffallend viele der türkischen Patientinnen<sup>1</sup> gaben in Gesprächen an, gar nicht zu verhüten, oder sie praktizierten äußerst unsichere Methoden wie den Coitus interruptus. Die Frauen berichteten auf Nachfrage entsprechend häufig von ungewollt eingetretenen Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen.

Anlass dieser Untersuchung war, diese Eindrücke einer scheinbar kulturspezifischen Verhütungspraxis mit schwerwiegenden negativen Folgen, vor allem für die Frauen, systematisch zu belegen und mögliche Ursachen näher zu beleuchten. Hierfür wurden anhand geeigneter Fragebogen relevante Daten erhoben und mit bereits existierenden Studien verglichen.

Insgesamt gibt es in Berlin vier gynäkologische Praxen mit türkisch sprechenden Ärztinnen. Drei dieser Praxen liegen im Bezirk Neukölln. Die Untersuchung wurde in unserer Frauenarztpraxis in Berlin, Bezirk Reinickendorf-Tegel durchgeführt. Von den hier in Tegel behandelten Patientinnen haben 51% einen türkischen Migrationshintergrund, wobei diese Patientinnen aus dem gesamten Stadtgebiet kommen; 45% sind deutscher Herkunft, vier Prozent anderer Abstammung. Zum Vergleich: Der Anteil der türkischen Migranten und Migrantinnen an der Gesamtbevölkerung Berlins beträgt 3,75%.<sup>2</sup>

## Methode

Im Jahre 2003 waren im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung deutsche Männer und Frauen telefonisch nach ihrem Kontrazeptionsverhalten befragt worden (n=1501, BZgA 2003). Der hierfür von der BZgA entwickelte Fragebogen wurde uns freundlicherweise zur Verfügung gestellt und war Grundlage unserer Untersuchung. Er wurde für unser türkisches Probandinnenkollektiv modifiziert, insbesondere im Hinblick auf die Kontrazeptionsmethode Coitus interruptus sowie allgemeines Körperwissen.<sup>3</sup>

Die Probandinnen der erwähnten BZgA-Studie dienten als Vergleichskollektiv. Beide Studien basieren auf sehr unterschiedlichen Datenmengen, und im Gegensatz zur BZgA-Studie kann diese Untersuchung keine Repräsentativität für sich in Anspruch nehmen. Dennoch ergeben sich aus dem Vergleich wichtige Hinweise auf Unterschiede im Kontrazeptionsverhalten deutscher und türkischer Patientinnen, die zumindest einen Bedarf an intensiver Verhütungsberatung in den gynäkologischen Praxen sowie an weiteren Nachforschungen in diesem Feld erkennen lassen.

Die Datenerhebung erfolgte durch Interviews in türkischer Sprache während der Konsultation in der Praxis im Zeitraum von Oktober 2004 bis Dezember 2004. Insgesamt gingen 200 Fragebogen von Frauen aus ganz verschiedenen Bezirken Berlins in die Auswertung ein. Diese erfolgte als deskriptive Analyse mit einfacher Häufigkeitsverteilung.

## Soziodemographische Fakten

Knapp 30% der türkischen Frauen sind jünger als 29 Jahre, 34% sind 30 bis 35 Jahre alt. Knapp 90% der Frauen sind verheiratet: Ein Drittel der Ehen besteht seit weniger als fünf Jahren, ein Fünftel seit weniger als 10 Jahren und 50% länger als 10 Jahre. 72% haben ihren Schulabschluss in der Türkei gemacht, davon 36% nur mit Grundschulausbildung. 11% der Frauen haben die Schule nach der 8. Klasse (Oberschule) abgeschlossen, 27,5% nach der 11. Klasse (Lycée). 62% sind Hausfrauen. Von 200 Frauen sind nur 58 berufstätig, überwiegend als Arbeiterinnen.

- 1 Frauen türkischer Nationalität und mittlerweile eingebürgerte Frauen türkischer Abstammung werden hier zusammengefasst.
- 2 Statistisches Landesamt Berlin, 31.12.2004. Erfasst wurden nicht eingebürgerte Türiinnen und Türken in Berlin.
- 3 Zur Erfassung der soziodemographischen Daten diente der Sozio-Dat in Kurzform nach BRÄHLER.



## Ergebnisse in Stichpunkten

### Verhütung – Sache der Frau

„Wenn Sie mit jemandem Geschlechtsverkehr haben, wer ist dann bei Ihnen hauptsächlich für die Verhütung zuständig?“

25% der türkischen Frauen geben an, dass der Partner hauptsächlich für die Verhütung verantwortlich ist, im Vergleich zu 10% bei der deutschen Vergleichsgruppe (Abb. 1).

### „Deutsche Pille“ versus „türkischer Coitus interruptus“

„Welche Empfängnisverhütungsmittel oder -methoden wenden Sie zurzeit an?“

55% der deutschen im Vergleich zu 28% der türkischen Frauen geben die Pille als Verhütungsmethode an. Während 38% der türkischen Frauen Coitus interruptus als Kontrazeptionsmethode bevorzugen, ist es in der Gruppe der deutschen Frauen lediglich 1% (Abb. 2).

### Partner spielt eine wesentliche Rolle

„Aus welchen Gründen haben Sie sich für das zurzeit verwendete Verhütungsmittel entschieden?“

Bei der deutschen Vergleichsgruppe sind Sicherheit, Praktikabilität sowie Verträglichkeit wichtig, während für die türkischen Frauen neben Sicherheit und Praktikabilität die Entscheidung des Partners von wesentlicher Bedeutung ist (Abb. 3).

### Arzt oder Ärztin als wichtigste Gesprächspartner

„Woher stammen Ihre Kenntnisse über Empfängnisverhütung in erster Linie?“

Die deutsche Vergleichsgruppe nutzt etwa gleichermaßen Printmedien als Informationsquelle wie auch das Gespräch mit dem Arzt/der Ärztin, dem Partner und Freundinnen/Freunden. Für die türkischen Frauen hingegen hat das ärztliche Gespräch die weitaus größte Bedeutung, gefolgt vom Gespräch mit dem Partner und Freundinnen/Freunden. Dann erst folgen die Printmedien (Abb. 4).

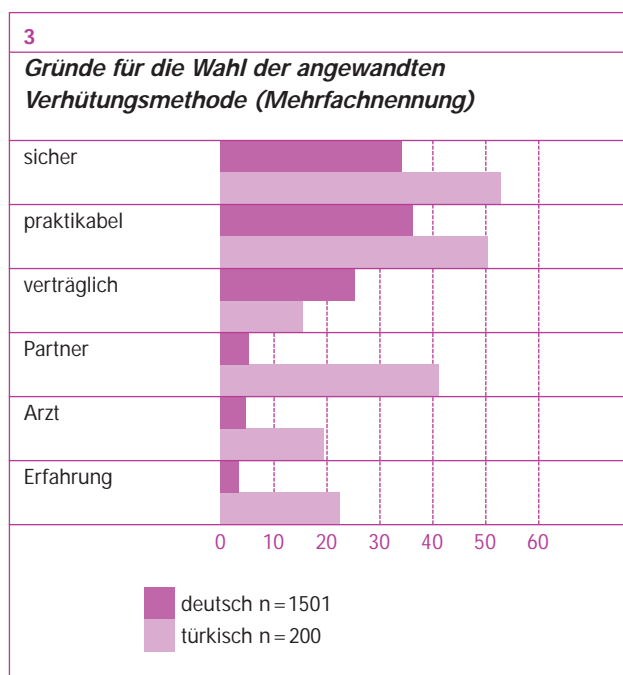
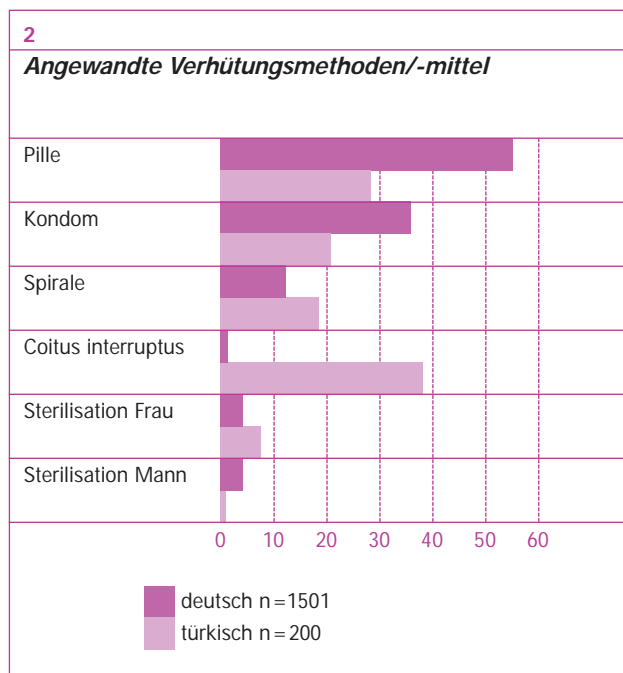
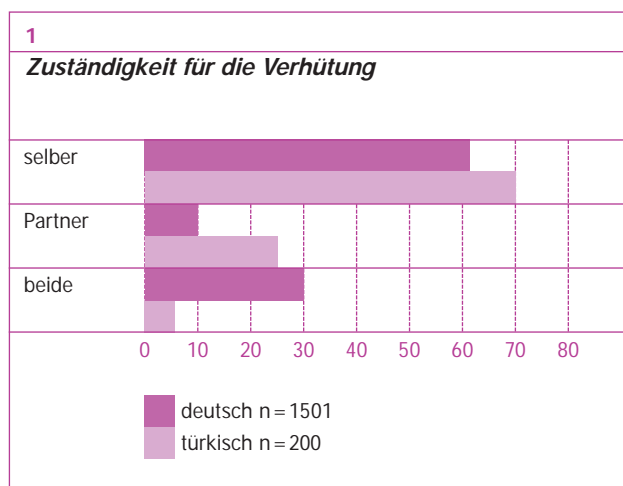
„Über welche Personen oder Medien würden Sie am liebsten weitere Informationen über den Bereich Empfängnisverhütung erhalten?“

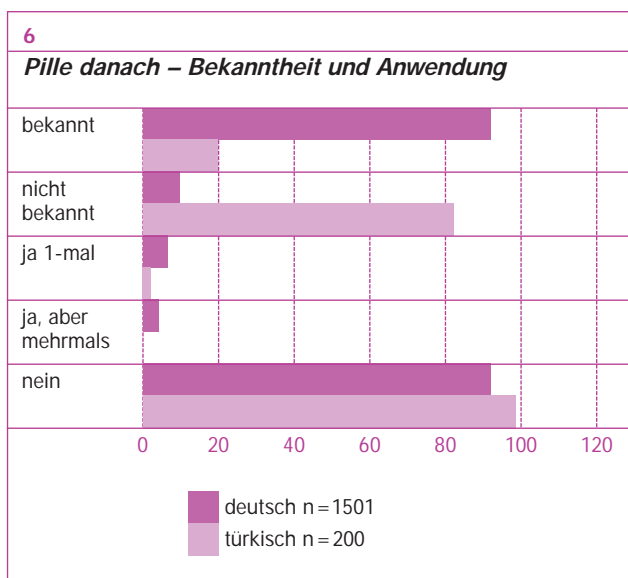
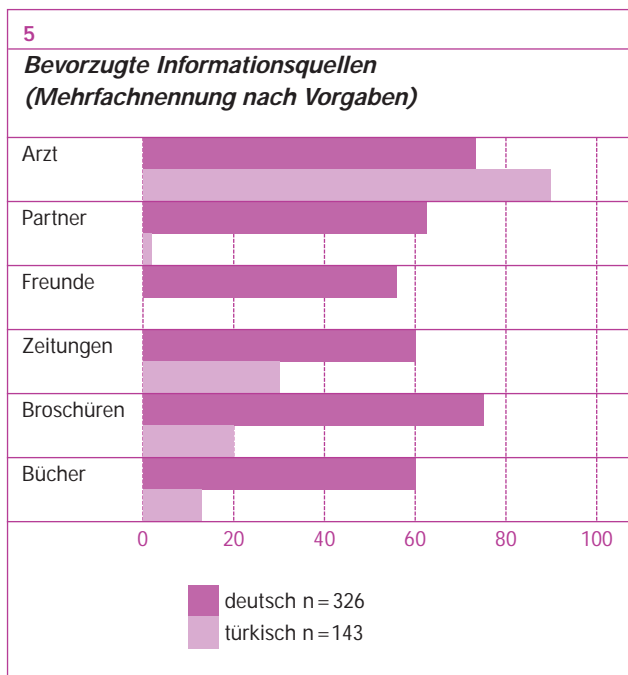
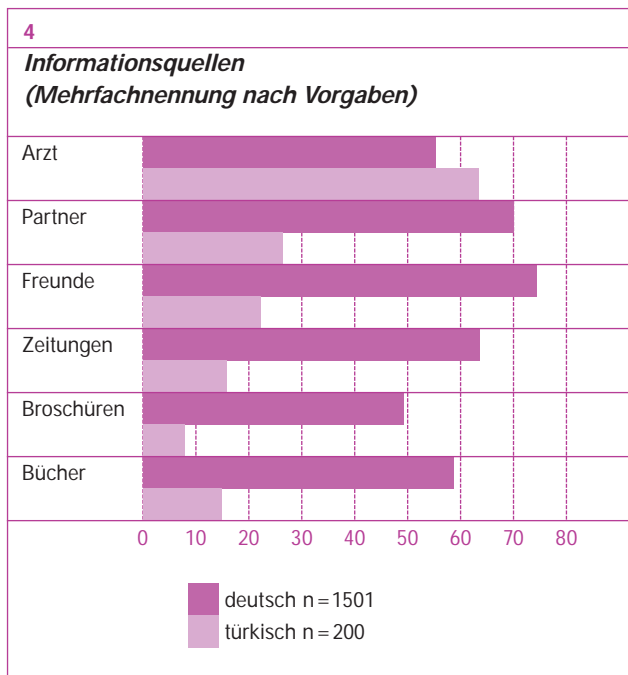
Nur 23% der Frauen der BZgA-Studie, aber rund 70% der türkischen Frauen waren an weiteren Informationen interessiert. Nur diese Teilgruppen sind in der Grafik repräsentiert. Für die türkischen Frauen hat das Gespräch mit Arzt oder Ärztin potenziell, also sofern Fragen auftauchen und Informationen benötigt würden, einen noch deutlich höheren Stellenwert als für die Frauen der BZgA-Studie; andere Gesprächspartnerinnen bzw. -partner sind kaum erwähnenswert. Printmedien wie Zeitungen und Broschüren werden als Informationsquellen ebenfalls geschätzt und würden von vielen Frauen angenommen. Dies könnte als Hinweis auf einen Bedarf an türkischsprachigen Printmedien interpretiert werden (Abb. 5).

### Pille danach ist kaum bekannt

„Die so genannte Pille danach verhindert nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr eine ungewollte Schwangerschaft. Haben Sie schon einmal etwas über die Pille danach gehört, oder ist Ihnen die Pille danach nicht bekannt?“

Trotz hohem Bekanntheitsgrad wird die Pille danach von den deutschen Frauen kaum in Anspruch genommen; von den türkischen Frauen kennen sie die Wenigsten. Sie wird entsprechend sehr selten angewandt (Abb. 6).





**Coitus interruptus**

„Aus welchen Gründen praktizieren Sie Coitus interruptus?“

Die Ablehnung des Kondoms von Seiten des Partners sowie Erfahrung beziehungsweise Gewohnheit sind die am häufigsten genannten Gründe für die Praktizierung des Coitus interruptus (Abb. 7).

**Schwangerschaft nach Coitus interruptus (nur türkische Frauen)**

„Sind Sie wegen eines Coitus interruptus schon einmal schwanger geworden?“

45 der 200 Frauen bejahen dies. Nur ein Drittel der unter Coitus interruptus eingetretenen Schwangerschaften wurde ausgetragen. Zwei Drittel endeten in einer Abruption, einem Schwangerschaftsabbruch! (Abb. 8) (Es existieren keine Vergleichsdaten zum deutschen Kollektiv.)

**Diskussion der Ergebnisse**

Das Kontrazeptionsverhalten der deutschen unterscheidet sich deutlich von dem der türkischen Frauen: 55% der deutschen Vergleichsgruppe im Gegensatz zu 28% der türkischen Frauen nennen die Pille an erster Stelle, während bei 38% der türkischen im Gegensatz zu nur 1% der deutschen Frauen Coitus interruptus am häufigsten als Verhütungsmethode zur Anwendung kommt. Eine im Rahmen einer internationalen Kollaboration von der EGO (European Group of Contraception) initiierte Umfrage zur Nutzung von Verhütungsmitteln bestätigt dies indirekt, sieht man sich die Ergebnisse für die deutschen Frauen an: 82% von ihnen schätzen die Pille als sichere Methode ein, 5% den Coitus interruptus. Auch gemessen an seinem Pearl-Index<sup>4</sup> (15–35) muss er innerhalb der türkischen Gruppe als vergleichsweise weit verbreitet eingeschätzt werden.

Auf Nachfrage zu den Gründen für die Wahl einer so unsicheren Verhütungsmethode geben die Frauen an, dass es einfach Gewöhnung, eine gewisse „Tradition“ sei, so zu verhüten, und dies ja oft auch über Jahre hinweg funktioniere. Hinzu kommt die Ablehnung des Kondoms durch die Männer und auch die verbreitete Ansicht, Pille und Spirale könnten Krebs auslösen oder, insbesondere die Spirale, Sterilität verursachen.

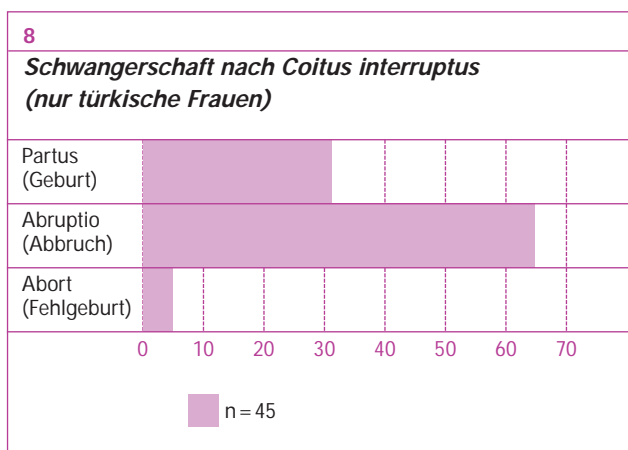
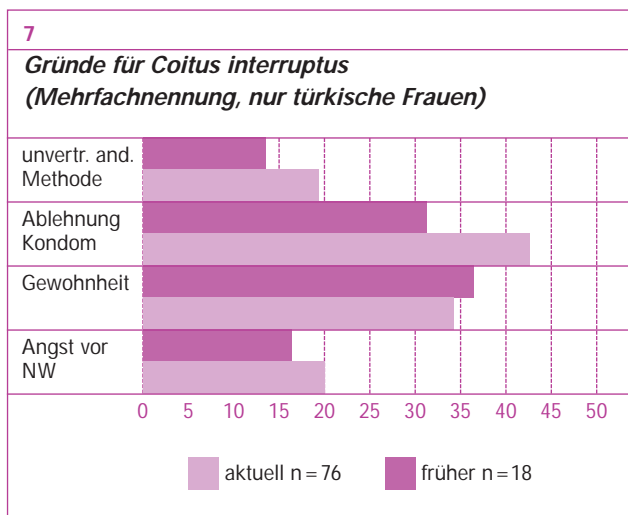
Auch in einer aktuellen, landesweit angelegten Erhebung in der Türkei (n=2908) gab mit 25,1% eine vergleichsweise hohe Zahl der befragten Männer und Frauen an, mit Coitus interruptus zu verhüten. Als Gründe wurden auch hier Gewöhnung und „Tradition“ angeführt, und dass die Methode über Jahre hin funktioniert habe. An erster Stelle der verwendeten Verhütungsmittel stehen Kondom (44,6%) und Pille (29,5%) (Hürriyet, 5.8.2005)<sup>5</sup>.

Erfreulicherweise ist die Anwendung dieser extrem unsicheren Methode innerhalb der deutschen Vergleichsgruppe deutlich rückläufig (laut BZgA 1980: 17%, 1994: 12%, 1996: 6%, 2003: 1%).

Besondere Aufmerksamkeit muss dem durch unsere Studie ermittelten Umstand zuteil werden, dass von den 45 nach Coitus interruptus eingetretenen Schwangerschaften nur

4 Der Pearl-Index gibt die Versagerquote einer empfängnisverhütenden Methode an, genauer, mit wie viel ungewollten Schwangerschaften innerhalb von 1200 Zyklen gerechnet werden muss (Anm. d. Red.)

5 Hürriyet ist eine auflagenstarke Tageszeitung, die diese Umfrage selbst initiiert hat.



ein Drittel ausgetragen, aber knapp zwei Drittel abgebrochen wurden.

Zum Vergleich: Gemäß den Daten zur Rate der Schwangerschaftsabbrüche vom Statistischen Bundesamt lag der Bundesdurchschnitt im Jahre 2002 bei 176 Abbrüchen auf

**Literatur**

BRECKWOLDT, M./KECK, C. (2001): Orale Kontrazeptiva. Geburtshilfe/Frauenheilkunde 2001; 61, S. 109–124

BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (BZgA) (1996): Jugendsexualität und Kontrazeption aus der Sicht Jugendlicher und ihrer Eltern. Köln, BZgA

BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (BZgA) (2003): Verhütungsverhalten Erwachsener. Ergebnisse der repräsentativen Befragung 2003. Köln, BZgA

HENSHAW, S. K./SINGH, S./HAAS, T. (1999): The Incidence of abortion worldwide. International Family Planning Perspectives 1999; 25, S. 30–38

PODLINSKI, K./PORSCH, B./KRÜSSEL, J. S./BENDER, H. G./BECKMANN, M. B. (2004): Wissensstand über Kontrazeptiva von Frauen im reproduktiven Alter – deutsche Ergebnisse einer Umfrage der European Group of Contraception (EGOC). Geburtshilfe/Frauenheilkunde 2004, S. 941–952

STATISTISCHES BUNDESAMT DEUTSCHLAND, Wiesbaden, 2003

STATISTISCHES LANDESAMT BERLIN, Stand: 31.12.2004

SCHMID-TANNWALD, I./URDZE, A. (1983): Sexualität und Kontrazeption aus der Sicht der Jugendlichen und ihrer Eltern. Ergebnisse einer haushaltsrepräsentativen Erhebung in der Bundesrepublik Deutschland einschließlich West-Berlin. In: Schriftenreihe des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit, Bd. 132. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz

SCHMID-TANNWALD, I./KLUGE, N. (1998): Sexualität und Kontrazeption aus der Sicht der Jugendlichen und ihrer Eltern. In: BZgA (Hrsg.): Fachheftreihe Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung, Bd. 8. Abschlußbericht einer repräsentativen Erhebung aus den Jahren 1994/95

THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE (2000): Fullfilling the Promise: Public Policy and U.S. Family Planning Clinics. New York: Alan Guttmacher Institute

1000 Geburten, wobei Berlin und die neuen Bundesländer mit 395 Abbrüchen auf 1000 Geburten weit über dem Bundesdurchschnitt liegen (Statistisches Bundesamt 2003). Übertroffen werden diese Zahlen durch osteuropäische Staaten (600 Abbrüche auf 1000 Geburten) (HENSHAW/SINGH/HAAS 1999).

**Fazit für die tägliche Praxis**

Als Konsequenz unserer eigenen Erfahrungen und der hier vorliegenden Untersuchungsergebnisse sollten für die tägliche Praxis folgende Überlegungen eine Rolle spielen:

1. Kompetenter Hauptansprechpartner/kompetente Hauptansprechpartnerin und Hauptinformationsquelle der Migrantinnen ist der Arzt/die Ärztin. Im Bewusstsein der immensen Bedeutung, die Arzt oder Ärztin als zumeist einziger Gesprächspartner/einzige -partnerin haben, sollten sie das Kontrazeptionsverhalten der türkischen Patientinnen gezielt ansprechen und intensiv hierzu beraten.

2. Anders als bei den deutschen Patientinnen bestehen Vorbehalte gegenüber hierzulande häufig angewandten Methoden der Kontrazeption (Pille, Spirale). Eine sachliche und einfühlsame Aufklärung ist daher besonders wichtig. Alternativen sollten aufgezeigt werden. Auf jeden Fall sollte auch über die Möglichkeit der postkoitalen Kontrazeption informiert werden.

Hinsichtlich der Betreuung türkischer Patientinnen, insbesondere von Migrantinnen oder Frauen mit einem entsprechenden Migrationshintergrund, ist es für den niedergelassenen Frauenarzt/die Frauenärztin wichtig, um die gesellschaftlich und kulturell bedingten Besonderheiten dieser Gruppe von Patientinnen zu wissen. Daraus leiten sich Unterschiede und Besonderheiten auch hinsichtlich des Kontrazeptionsverhaltens ab. Die genaue Kenntnis dieser Spezifika wird eine bessere Betreuung der Migrantinnen, eine Verminderung der Zahl unerwünschter Schwangerschaften sowie eine Senkung der Abortiorate ermöglichen.

*Emine Yüksel*



Dr. med. Emine Yüksel ist Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Sie arbeitet als niedergelassene Ärztin in Berlin-Tegel.

**Kontakt:**  
Dr. Emine Yüksel  
Berliner Straße 25 a  
13507 Berlin  
yueksel@gyn-gp.de

# Verhütung – Perspektiven von Frauen und Männern<sup>1</sup>

Die beiden BZgA-Studien „frauen leben“ und „männer leben“ geben Aufschluss, welche Verhütungsmittel Frauen und Männer bevorzugt verwenden und wie bestimmte Beziehungsphasen die Wahl der Methode beeinflussen. Die Ergebnisse belegen Unterschiede hinsichtlich der Verantwortlichkeit und dokumentieren die verschiedenen Sichtweisen beider Geschlechter auf das Thema Verhütung sowie die Versuche, dennoch Gemeinschaftlichkeit dabei herzustellen.

Verhütung hat in den letzten 50 Jahren mehrere „Geschlechtswechsel“ erlebt. War zunächst mit Kondomen und Coitus interruptus vor allem Verhütung durch Männer verbreitet, so setzte sich Mitte der Siebzigerjahre die Pille als „Verhütung in der Hand von Frauen“ durch. Seit Mitte der Achtzigerjahre gewann wiederum das Kondom – insbesondere im Zusammenhang mit dem Schutz vor einer HIV-Infektion – an Bedeutung. Heute ist die Lage unübersichtlich, denn Jugendstudien zeigen zum einen, dass „männliche“ und „weibliche“ Verhütung abwechseln können: Zwar wird zunächst zu Beginn sexueller Beziehungen mit dem Kondom verhütet, dann aber zur Pille gewechselt. Zum anderen kümmern sich nun auch junge Frauen um Kondome<sup>2</sup>, und junge Männer achten darauf, dass keine Schwangerschaft eintritt.<sup>3</sup>

Durch die beiden Studien „frauen leben“ (1998 bis 2001; 20- bis 44-jährige Frauen aus Hamburg, Freiburg, Leipzig, jeweils mit Umland) und „männer leben“ (2002 bis 2004; 25- bis 54-jährige Männer aus Gelsenkirchen, Freiburg, Freiburg Umland und Leipzig) können wir Angaben von Frauen und Männern zur Nutzung von Verhütungsmitteln vergleichen und die Perspektiven der beiden Geschlechter miteinander kontrastieren. Hierfür stehen Daten aus standardisierten Erhebungsteilen sowie Äußerungen zur subjektiven Bedeutung von Verhütung aus den qualitativen Interviews zur Verfügung.

## **Männer geben mehr „männliche“, Frauen mehr „weibliche“ Verhütung an**

Die Daten zum Verhütungsverhalten von 25- bis 49-jährigen Männern entsprechen ungefähr denen von 20- bis 44-jährigen Frauen<sup>4</sup>: Die Pille dominiert (46%), gefolgt vom Kondom (38%). Die Spirale kommt auf den dritten Platz (13%). Die eigene Sterilisation wird von 9%, die der Partnerin von 4% der Männer genannt. Alle anderen Methoden und Mittel spielen eine untergeordnete Rolle. Die Sammelkategorie „natürliche Verhütung“<sup>5</sup> kommt auf 2% und „sonstige“ auf 6%. Ein gradueller Unterschied fällt jedoch auf: Die Männer geben in „männer leben“ häufiger „männliche“ (Kondom, Sterilisation des Mannes) und umgekehrt die Frauen in „frauen leben“ häufiger „weibliche“ Verhütungsmittel und -methoden an (Pille, Spirale, Sterilisation der Frau).

Mehrere Erklärungen bieten sich für diesen Unterschied an: Die Männer unterschätzen die Häufigkeit der Anwendung von Spirale oder Sterilisation, weil diese Methoden für sie nicht offenkundig sind und sie nicht informiert sind. Oder sie haben mehr spontane sexuelle Beziehungen, für die Kondome eine höhere Bedeutung haben. Und schließlich kann es sich um ein allgemeines, verzerrtes Antwortverhalten handeln, bei dem der eigene Beitrag über- und der Beitrag der Partnerin/des Partners unterschätzt wird. Doch zunächst sollte immer die einfache Erklärung geprüft werden, ob nicht die Altersgrenzen der Stichproben und Selektionseffekte beziehungsweise die Stichprobenszusammensetzung nach Lebensformen der befragten Frauen und Männer die statistischen Differenzen erzeugt haben.

## **Die Wahl der Verhütungsmethode und die Form der Beziehung hängen zusammen**

Ein bei den befragten Frauen und Männern übereinstimmendes Ergebnis beider Studien betrifft den Zusammenhang zwischen der Wahl einer Verhütungsmethode und der Form der Beziehung zwischen Frau und Mann (Zahlen siehe Tabelle 1):

- In sexuellen Kontakten von Frauen und Männern ohne feste Partnerschaft spielen Kondome – auch in Kombination mit der Pille – eine große Rolle.
- Bei denen, die eine feste Partnerschaft haben, die aber nicht verheiratet sind (mit oder ohne gemeinsamen Haushalt),

1 Eine ausführlichere Fassung des Beitrags ist in dem Vertiefungsbericht zu der Studie „männer leben“ abgedruckt (HELFFERICH/KLINDWORTH/KRUSE 2006).

2 In der BZgA-Studie „Aids im öffentlichen Bewusstsein“ (2002) hatten 2001 59% der jüngeren allein lebenden Frauen Kondome zu Hause oder bei sich. Sind Kondome damit noch eine „männliche“ Verhütung?

3 Bei 14- bis 17-jährigen Jugendlichen achteten zwar Mädchen generell mehr auf Verhütung, aber immerhin 69% der Jungen gaben an, „immer genau“ darauf zu achten, dass keine Schwangerschaft eintritt (BZgA 1996: 56; Mädchen: 79%).

4 Berechnet auf diejenigen, die aktuell verhüten; Mehrfachnennungen waren möglich.

5 Abstinenz außerhalb unfruchtbarer Tage, Messung der Basaltemperatur, Schleimbeobachtung nach Billings, jeweils mit oder ohne Kombination miteinander.

ist die Pille am weitesten verbreitet; ein Drittel bis fast die Hälfte der Männer nennen hier auch Kondome. Bei verheirateten Männern und Frauen ist die Pille zwar auch die am häufigsten verwendete Verhütungsmethode, aber die Spirale und Sterilisation gewinnen an Bedeutung.

- Kinderlose Männer und Frauen setzen vor allem auf Pille und Kondom. Wer mehrere Kinder hat, nutzt eher Spirale und Sterilisation.

Aus den qualitativen Interviews konnten wir herausarbeiten, was jeweils für Frauen und Männer relevant ist, wenn sie über die Verhütung in ihrem Lebenslauf sprechen. Vertrauen und Sicherheit werden hier exemplarisch als zwei wiederkehrende Themen aufgegriffen, die zwar von beiden Geschlechtern, aber in unterschiedlicher Weise angesprochen werden.

**Tendenz: Frauen vertrauen den Verhütungsmitteln, Männer vertrauen der Partnerin**

Vertrauen ist für Männer ein wichtiges Thema insofern, als für sie nicht überprüfbar ist, ob die Frau tatsächlich wie behauptet die Pille nimmt oder mit der Spirale verhütet. Dafür wird auch die Formulierung „Man muss der Frau glauben“ gewählt („im guten Glauben“, „... den Frauen geglaubt, was sie mir erzählt haben“, „Als junger Kerle hascht des alles glaubt“). Dass Frauen – sozusagen komplementär – dem Mann glauben und ihm in puncto Verhütung vertrauen, kommt in den Interviews bei Frauen selten vor. Die meisten Zitate, in denen von Vertrauen die Rede ist, kommentieren es als riskant, sich auf den Mann zu verlassen: „Da war ich wirklich so naiv, dass ich gedacht habe, er wird's wohl können.“ Besser erscheint es den Frauen, sich auf sich selbst zu verlassen: „Ich würde das nie aus der Hand geben“, „Da muss ich mich persönlich absichern, ich will mich nicht auf einen Partner verlassen.“ Wenn Frauen von Vertrauen sprechen, dann beziehen sie das eher auf Verhütungsmittel, zum Beispiel „... so dass ich mich dann immer auf das Kondom verlassen habe“, „... mehr Vertrauen in die Pille als in ein Kondom“.

**Tendenz: Frauen schützen sich selbst, Männer schützen sich, wenn sie sich selbst schützen, zugleich vor Frauen**

Frauen gehen häufiger auf den Aspekt der Sicherheit ein, der für sie ein wichtiges Bewertungskriterium für Verhütung ist. Dabei verwenden sie Begriffe wie „mich absichern“, „Da kann nix passieren“, „geschützt“ oder „Ich wusste, dadurch kriege ich schon mal kein Kind“. Das Sicherheitsmotiv zielt nicht unbedingt darauf, sich von Männern abzugrenzen, höchstens in dem Sinn, dass Kondome Sicherheit geben, wenn ein Partner zu Beginn einer sexuellen Beziehung oder bei flüchtigen Kontakten nicht gut bekannt ist.

Auch für Männer ist Sicherheit ein Thema, aber sie gehen darauf seltener und mit einem anderen Tenor ein. Überwiegend wird die Sicherheit im Kontext der Kondomnutzung in nicht konsolidierten Partnerschaften erwähnt; die Kondome werden benutzt aus „Sicherheitsgründen“, um auf „Nummer sicher zu gehen“. „Ich hatte von Anfang an immer, wenn ich rausgegangen bin, Kondome mitgebracht. Dass mir also da nichts widerfährt.“ „Widerfahren“ könnte dem Mann eine HIV-Infektion oder eine ungewollte Schwangerschaft der Frau. Sicherheit kann zwar auch mit einer gemeinsamen, mit der Partnerin geteilten Sorge verbunden sein. Häufiger aber steht das Sicherheitsmotiv im Zusammenhang mit einem Misstrauen der Frau gegenüber und mit der Furcht vor einer zu frühen Festlegung und Bindung an eine Frau aufgrund eines gemeinsamen Kindes; der Schutz vor einer Schwangerschaft erscheint hier zugleich als Schutz vor Frauen mit Bindungswünschen.

In einer analogen Weise funktionieren die Unterschiede beim Thema „Körper“: Frauen beziehen sich beim Sprechen über Verhütung auf ihren eigenen Körper. Männer beziehen sich auf den Körper der Frau („... weil es ist der Frau ihr Körper, die muss sich damit belasten.“, „Sie entscheidet ja über ihren Körper.“). Der Körper des Mannes ist ausgeklammert, und zwar auch dann, wenn es um „männliche“ Verhütung geht.

1										
Verhütungsmethoden von Männern und Frauen (Angaben in %)										
	Männer (25 bis 49 Jahre)					Frauen (20 bis 44 Jahre)				
	Verheiratet	Nicht ehelich zusammen lebend	Nicht zusammen lebend	Keine feste Partnerin	Gesamt	Verheiratet	Nicht ehelich zusammen lebend	Nicht zusammen lebend	Keinen festen Partner	Gesamt
	n=617	n=158	n=109	n=170		n=655	n=191	n=176	n=132	
Pille*/**	37,9	58,2	69,7	47,1	46	38,8	66,0	64,8	52,3	49
Kondom*/**	23,5	37,3	45,9	82,9	38	19,2	17,3	19,9	37,9	21
Spirale*/**	18,2	8,9	3,7 (4)	4,1 (7)	13	17,4	9,4	9,1	10,6	14
Sterilisation der Frau*/**	6,3	1,9 (3)	–	1,8 (3)	4	13,1	3,1 (6)	1,7 (3)	3,0 (4)	9
Sterilisation des Mannes*/**	13,5	0,6 (1)	4,6 (5)	2,9 (5)	9	5,2	1,1 (2)	1,1 (2)	–	3
Sonstige	9,5	6,9	5,5	4,7	8	12,8	14,2	12,5	13,6	13

Quelle: BZgA, Datensatz „männer leben“ 2002, BZgA, Datensatz „frauen leben“ 1998; berechnet auf die, die aktuell verhüten  
 \* signifikante Gruppenunterschiede bei den Männern, \*\* signifikante Gruppenunterschiede bei den Frauen

### Frauen und Männer definieren „Verhütung als gemeinsame Aufgabe“ unterschiedlich

Verhütung hat sich also als eine asymmetrische Angelegenheit erwiesen. Auf die einfache Formel gebracht: Männer beziehen sich auf Frauen und Frauen beziehen sich auf Verhütung. Dennoch wird Verhütung als gemeinsame Angelegenheit gewünscht und als gemeinsames Handeln beschrieben („Wir nehmen die Pille“). 96% der befragten Männer antworteten, Verhütung solle in einer festen Partnerschaft gemeinsame Sache sein. Nur 1% war der Meinung, dass in einer nicht festen Beziehung der Mann „sich darauf verlassen können (sollte), dass die Frau sich selbst schützt“. 61% der in der Studie „frauen leben“ befragten Frauen in fester Partnerschaft hielten die Verhütungsbeteiligung des Mannes für „wichtig“ beziehungsweise „sehr wichtig“ (6-stufige Antwortskala).

Doch verstehen Frauen und Männer unter „gemeinsame Zuständigkeit“ offenbar jeweils etwas anderes. In der Studie „Verhütungsverhalten von Erwachsenen“ (BZgA 2003, S. 8) gaben 36% der befragten Männer, aber nur 9% der Frauen an, dass beide „normalerweise hauptsächlich für die Verhütung zuständig“ sind. 61% der Frauen gaben ihre eigene Zuständigkeit an, aus der Perspektive der Männer waren nur bei 46% die Partnerinnen zuständig.

### Frauen und Männer verwenden unterschiedliche Perspektiven

In den Erzählungen wählen Frauen vor allem die ICH-Perspektive bezogen auf die Anwendung von Verhütungsmitteln wie Pille und Spirale sowie bezogen auf den gesamten Umgang mit dem Thema (zum Beispiel „ICH habe mich informiert“, „... MIR verschreiben lassen“ etc.; im Folgenden heben wir die Pronomina, an denen die Handlungsperspektive festgemacht wird, durch Großbuchstaben hervor), und insbesondere bezogen darauf, aktiv und selbstbezogen für die eigene Sicherheit zu sorgen: „ICH muss MICH persönlich absichern.“ Mitunter kommt auch die Erwähnung vor, was ER beigetragen hat, dann vor allem als „ER hat darauf geachtet“. Männer berichten mit einer SIE/ER-Perspektive und verwenden selten die Formulierung „ICH habe...“. Beide, Frauen und Männer, verwenden auch die WIR-Perspektive im Kontext der Erwähnung aller Verhütungsmittel, unabhängig davon, ob sie vom Mann oder von der Frau angewendet werden. Von der Tendenz her gilt aber: Dort, wo Männer sagen „ICH verhüte“ (zum Beispiel mit Kondomen), sagen Frauen „WIR verhüten“ (zum Beispiel mit Kondomen) und wo Frauen sagen „ICH verhüte“ (zum Beispiel mit der Pille), sagen Männer „WIR verhüten“ (zum Beispiel mit der Pille). Das heißt, dass der Verhütungsbeitrag des Partners oder der Partnerin tendenziell unter ein „WIR“ subsumiert und als gemeinsames Anliegen gesehen wird, während der eigene Beitrag tendenziell eher in der ICH-Perspektive dargestellt wird.

### Beispiel für eine Perspektiven-Kontrastierung

**Mann:** „Da ham WIR verhütet. MEINE FRAU hatte die Pille genommen. Zeitweilig, wenn mal irgendwas war, hatte ICH auch schon mal Kondome benutzt, aber MEINE FRAU hat über Jahre die Pille genommen.“

**Frau:** „Also ICH hab dann die Pille genommen, wobei WIR zuerst Kondome genommen haben und dann habe ICH – beim Frauenarzt war ICH, und der hat MIR dann die Pille verschrieben.“

In den Beziehungsbiografien wird die ICH-Perspektive stärker bei der Darstellung von (noch) nicht konsolidierten

Beziehungen eingenommen. Der Übergang von einem „ICH habe verhütet“ beziehungsweise „SIE/ER hat verhütet“ zu dem „WIR haben verhütet“ bildet in den biografischen Erzählungen gerade die Konsolidierung der Partnerschaft ab mit dem Anspruch, nun die reproduktiven Fragen gemeinsam zu regeln.

Die Art, wie Frauen und Männer sich selbst, den Partner oder die Partnerin oder sich zusammen mit dem Partner oder der Partnerin am Zustandekommen der Verhütung beteiligt sehen, kann im Lebenslauf, etwa mit den gewählten Methoden, wechseln. Verhütung kann Sache der Frau sein und doch in irgendeiner Weise als eine gemeinsame Sache behandelt werden: „Dann hab ICH mich weiter informiert über Verhütung (...) ICH wollte das einfach nimmer (...) und dann haben WIR UNS Gedanken gemacht drüber, wie soll es weitergehen, was für Möglichkeiten gibt es (...) und dann haben WIR für UNS die Entscheidung getroffen, dass ICH mich sterilisieren lasse.“ „Da haben WIR UNS daraufhin geeinigt, dass ICH zum Frauenarzt gehe und habe MIR die Pille verschreiben lassen. Weil das ist langfristig gesehen für UNS eben die einfachere Variante.“

### Die Herstellung von Gemeinsamkeit über das „Darüber-Sprechen“

Für die Herstellung der Gemeinsamkeit in der WIR-Perspektive spielt die Kommunikation, das „Sich-Gedanken-Machen“ und „Einigen“ in fast allen Erzählungen eine besondere Rolle. Gemeinsamkeit wird insbesondere daran festgemacht, dass Verhütung „gegenseitig abgesprochen“ wurde und „man sich mal unterhalten kann“, dass „ausgehandelt“, „ausdiskutiert“ oder „gemeinsam überlegt“ wurde. Insbesondere in den Erzählungen der Frauen vollzieht sich der Einbezug des Mannes primär und unabhängig von der dann ausgewählten Methode über ein „Wir haben darüber gesprochen“ oder „rumdiskutiert, wer macht was“. Das wird von den Frauen deutlich häufiger erwähnt als in den Erzählungen der Männer.

Dieses gemeinsame Besprechen steht häufig am Übergang in eine feste Beziehung, wenn das ICH und das SIE/ER zu einer Lösung für ein WIR finden. Diese Kommunikation ermöglicht, auch dann, wenn die Frau mit der Pille verhütet, zu sagen: „WIR haben mit der Pille verhütet“ oder „die Pille abgesetzt“, „WIR haben UNS darüber unterhalten und MEINE FRAU hat das dann gemacht.“ Es gibt aber noch eine andere, seltener erwähnte Form der Gemeinsamkeit, wenn die Frau mit der Pille verhütet: „WIR sind dann irgendwann auf die Pille umgestiegen und teilen UNS dafür die Kosten.“

Wie die Gemeinsamkeit hergestellt wird, korrespondiert mit „Verhütungs- und Partnerschaftsstilen“ (FICHTNER 1999). Bei einem ersten Muster gehen Männer und Frauen von einer Normalität der Aufgabenteilung aus, bei der die Aufgabe der Verhütung eben an die Frau fällt. Frauen mit diesem Muster akzeptieren diese Aufgabe und sehen darin einen Handlungsspielraum; Männer mit diesem Muster vertrauen ihren Partnerinnen und sind davon entlastet, sich weitere Gedanken zu machen. Die klare Aufgabenteilung bei der Verhütung wird als eine gemeinsame Sache verstanden.

In einem zweiten Muster sind Egalität, Verantwortung und Aushandlung von Verhütung als Beziehungsthema die Eckpunkte. Gemeinsamkeit heißt gemeinsames Aushandeln der unterschiedlichen Interessen und Beteiligung des Mannes an der Verhütung.

### Die Vorstellung gemeinsamer Verhütung ist nicht nur an die Kondomnutzung gebunden

Die Kondomnutzung von Männern kann einerseits für Verhütung als gemeinschaftliche Aufgabe stehen. Sie kann aber auch in Kommunikationsunfähigkeit, in einem Misstrauen gegenüber der Frau oder in einer Abgrenzung gegen weibliche Bindungswünsche gründen. In seiner Untersuchung zu Verhütungsmustern bei Männern fand auch FICHTNER (1999) einen eigenen Typus mit der Motivation „Distanz und Abgrenzung von Frauen“, worunter auch die Kondomnutzung aus Misstrauen gegenüber der Frau fiel. Außerdem kann der Wechsel weg vom Kondom hin zur Pille gerade mit einer wachsenden, subjektiv vorgestellten Gemeinsamkeit einhergehen. Dieser Wechsel ist charakteristisch für die Festigung der Beziehung und ist verbunden mit einem „Darüber-Sprechen“ und einem Aushandlungsprozess, dem bezogen auf die Konstitution von Gemeinschaftlichkeit eine besondere Rolle zukommt. Das heißt, dass hier die Nutzung von Kondomen zurückgeht, wenn die Partnerschaft fester wird, dass aber dennoch die Gemeinsamkeit in der Partnerschaft verbindlicher wird, wenn es jetzt heißt: „WIR verhüten“, auch wenn SIE verhütet.

Die Kontrastierung der Perspektiven von Frauen und Männern zeigt so einen Zwiespalt und Widerspruch: Überwiegend sind es die Frauen – vor allem in festen Beziehungen –, die verhüten. Männer und Frauen wollen zwar die Beteiligung von Männern, aber die konkrete Praxis bleibt den Frauen überlassen. Dass es Frauen sind, die schwanger werden, und dass es die Pille gibt, führt zu einer grundlegenden Asymmetrie zwischen den Geschlechtern, was Verhütung angeht. Doch kann man den Männern nicht pauschal vorwerfen, sie würden nur ein „Lippenbekenntnis“ abgeben und „verhüten lassen“. Das Bild zeigt eher ein Arrangement zwischen Frauen und Männern und Versuche, trotz der Asymmetrie Gemeinschaftlichkeit bei der Verhütung herzustellen.

*Cornelia Helfferich, Heike Klindworth, Jan Kruse*

#### Literatur

BZgA (1996): Sexualität und Kontrazeption aus der Sicht der Jugendlichen und ihrer Eltern. Kurzzusammenfassung der Ergebnisse. Köln: BZgA

BZgA (2002): Aids im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2001. Wissen, Einstellungen und Verhalten zum Schutz vor Aids. Eine Wiederholungsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Endbericht. Köln: BZgA

BZgA (2003): Verhütungsverhalten Erwachsener. Ergebnisse der repräsentativen Befragung 2003. Köln: BZgA

FICHTNER, JÖRG (1999): Über Männer und Verhütung. Der Sinn kontrazeptiver Praxis für Partnerschaftsstile und Geschlechterverhältnis. Münster: Waxmann

HELFFERICH, CORNELIA/KLINDWORTH, HEIKE/KRUSE, JAN (2006): männer leben. Eine Studie zu Lebensläufen und Familienplanung. Vertiefungsbericht. Köln: BZgA (im Ersch.)



*Cornelia Helfferich ist Professorin für Soziologie und Prorektorin an der Evangelischen Fachhochschule (EFH) – Hochschule für Soziale Arbeit, Diakonie und Religionspädagogik, Freiburg. Sie ist zudem Leiterin des Sozialwissenschaftlichen FrauenForschungsInstituts an der Kontaktstelle praxisorientierte Forschung der EFH (SoFFI K.).*



*Heike Klindworth ist Diplombiologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Soziologie der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.*



*Dr. Jan Kruse ist Soziologe und Diplomsozialpädagoge und wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Soziologie an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.*

#### **Kontakt:**

*Prof. Cornelia Helfferich  
Sozialwissenschaftliches  
FrauenForschungsInstitut (SoFFI K.)  
Bugginger Straße 38  
79114 Freiburg  
Telefon (0761) 47812-690  
soffi@efh-freiburg.de*

*Heike Klindworth und Dr. Jan Kruse  
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg  
Rempartstraße 15  
79085 Freiburg  
Telefon (0761) 203-3492  
Telefax (0761) 203-3493  
jan.kruse@soziologie.uni-freiburg.de*

# Fallstricke und Fortschritte in der sexualpädagogischen Arbeit zum Thema Kondom

Wie ein Kondomkauf der Zukunft aussehen könnte und wie viel Selbstbewusstsein er Jugendlichen gegenwärtig abverlangt, beschreibt Martin Gnielka in seinem Beitrag. In der sexualpädagogischen Arbeit erachtet er es als immens wichtig, auch die Abwehr gegenüber dem Kondom zuzulassen und mit ihr zu arbeiten.

## Einführung

Kondome sind für Jugendliche das „Einstiegsverhütungsmittel“ der Wahl. 65% der Jungen und 63% der Mädchen benutzen sie, teilweise kombiniert mit der Pille, als Verhütungsmethode beim ersten Mal. In der letzten Jugendsexualitäts-Untersuchung der BZgA gibt ein großer Teil der Jugendlichen an, dass es ihm mit Blick auf Aids auch weiterhin wichtig ist, beim Geschlechtsverkehr ein Kondom zu verwenden. Insgesamt sagen 93% der Jungen und 86% der Mädchen, dass sie schon einmal Erfahrung mit dem Kondom als Verhütungsmittel gemacht haben. Diese beeindruckenden Zahlen zeigen, dass Kondome als Verhütungsmethode inzwischen von der breiten Masse der Jugendlichen akzeptiert werden. Die letztgenannte Statistik sagt jedoch wenig dazu aus, welcher Art die Erfahrungen der Jugendlichen mit Kondomen gewesen sind. Immerhin geben auch 10% der Jungen und 12% der Mädchen, die beim ersten Mal kein Verhütungsmittel benutzt haben, an, sie hätten sich schlicht „nicht getraut, Kondome zu kaufen“<sup>1</sup>. Wo liegen die Gründe für diese Scheu? Und wie kann die Sexualpädagogik auf Widerstände gegenüber dem Kondomkauf und vor allem gegenüber der eigentlich wünschenswerten Kondombenutzung („Iiiiih, die sind aber glitschig!“) angemessen reagieren?

## Der Kondomkauf der Zukunft?

Der 16-jährige Florian möchte demnächst das erste Mal mit seiner Freundin Sarah schlafen und sich gut darauf vorbereiten – gerade was die Verhütung angeht. Deshalb entschließt er sich, in eines der Kondomgeschäfte vor Ort zu gehen. Der freundliche Kondomfachverkäufer weist Florian zunächst auf die Verschiedenheit von Kondomen hin: die verschiedenen Formen, Größen und Wandstärken. Er erklärt geduldig, warum es besondere Kondomzusätze wie Gleitmittel, Aromen, Spermizide oder Betäubungsmittel gibt. Florian hört interessiert zu und entscheidet sich schließlich für ein Jugend-Probiererset, in dem verschiedene Kondome, vor allem in kleineren Größen, enthalten sind: Probieren geht über Studieren! Besonders überrascht ist er von dem

günstigen Preis. Kondome für Jugendliche werden nämlich seit kurzem von den Krankenkassen bezuschusst. Nachdem er zu Hause ein wenig im stillen Kämmerlein ausprobiert hat, findet er „seine“ Kondommarke: Nichts drückt unangenehm oder rutscht zu sehr – und gut riechen tun sie auch. Was Sarah wohl dazu sagen wird?

## Ein Kondomkauf heute

Der 16-jährige Florian möchte demnächst das erste Mal mit seiner Freundin Sarah schlafen und sich gut darauf vorbereiten – gerade was die Verhütung angeht. Deshalb entschließt er sich, in einen Drogeriemarkt vor Ort zu gehen. Im Laden ist außer den Kassiererinnen niemand zu sehen, aber nach einigem Suchen findet er etwas abseits das Regal mit den Kondomen. Viele bunte Verpackungen hängen dort nebeneinander. Die Kondome haben schillernde Namen wie Love, Strong, Safe, Comfort, Contur, ES 2, FF, XXL, Billy oder Eddie. Florian ist verwirrt und weiß nicht, für welches er sich entscheiden soll. Was bedeutet wohl „gefühlsaktiv“ oder „aktverlängernd“? Und was sagt eigentlich die „Breite des flachliegenden Kondoms“ aus? Florian findet, dass er nun eigentlich schon viel zu lange auf das Regal gestarrt hat. Langsam wird ihm die Situation peinlich. Der Ladendetektiv hat ihn schon „unauffällig“ ins Visier genommen. Unentschlossen nimmt er sich eine Packung, auf der groß „XXL“ steht – vielleicht ist es dann an der Kasse nicht ganz so peinlich? Die Kassiererin tut so, als ob nichts wäre und gibt das Wechselgeld raus. 10 Kondome für 6 Euro, ganz schön teuer! Beim ersten Ausprobieren im stillen Kämmerlein merkt Florian, dass ihm die Kondome viel zu groß sind und abrutschen. Wie peinlich! Ob sein Penis zu klein ist? Außerdem sind sie sehr glitschig und riechen komisch. Enttäuscht wirft er die Packung mit den teuren Kondomen in den Müll. Was soll er bloß Sarah sagen?

<sup>1</sup> Zu den statistischen Angaben vgl. BZgA (Hg.): Jugendsexualität. Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-jährigen und ihren Eltern. Ergebnisse der Repräsentativbefragung aus 2001. Köln 2001. S. 60 ff.



## Kondomkauf ist kein Kinderspiel

Viele Erwachsene haben vielleicht schon wieder vergessen, wie peinlich es sich anfühlen kann, in einem Geschäft Kondome zu kaufen. Anders als das unverfängliche Einlösen eines turnusgemäß verschriebenen Pillenrezepts signalisiert der Kondomkauf: Hier möchte jemand in naher Zukunft „Sex haben“. Im Gegensatz zur Pille, die ja auch zur Zyklusregulation eingesetzt werden kann, haben Kondome nur diesen einen Zweck. Diese Eindeutigkeit trägt viel zu dem Schamgefühl bei, welches mit einem Kondomkauf verbunden sein kann. Legt man außerdem noch eine Tube Gleitmittel aufs Kassenband, kann man förmlich die Gedanken der Kassiererin hören: Na, der will bestimmt Analverkehr machen ... Ob er schwul ist? Was für die Kassiererin vielleicht in Wirklichkeit banaler Alltag ist, kann von dem aufgelegten Einkäufer als höchst peinliche Sexualitätsbeschau erlebt werden.

Es gibt Jungen und Mädchen, welche die Einkaufshürden gekonnt meistern und den öffentlichen Erwerb von Kondomen „voll normal“ finden. Das Internet bietet den weniger Mutigen inzwischen eine breite Palette gut sortierter Kondomshops, um diskret Kondome zu kaufen. Doch wegen der Zahlungs- und Versandmodalitäten („Florian, was war denn in dem Päckchen, das da heute gekommen ist?“) wird ein Kondomerwerb auf diese Weise wohl eher eine Domäne der Erwachsenen bleiben. So wird es den meisten Jugendlichen nicht erspart bleiben, mutprobenartig Drogeriemärkte und Apotheken aufzusuchen, einen der vielen Automaten oder eines der ganz wenigen Fachgeschäfte ausfindig zu machen.

## Zipfelchen zudrücken

Allein mit dem Erwerb eines Kondoms ist es selbstverständlich noch nicht getan. Zwar ist das Überstreifen von Kondomen über ein Holzpenismodell (wahlweise auch Besenstiel, Banane oder Delfin-Dildo) geradezu ein Markenzeichen der sexualpädagogischen Jugendarbeit geworden, an der kaum noch ein Jugendlicher während seiner Schulzeit vorbeikommt. An den vielfältigen Komplikationen, die eine Kondombenutzung mit sich bringen kann, hat das breitflächige Kondomtraining jedoch nicht viel geändert. Im „Ernstfall“ kann immer noch eine ganze Menge schief gehen!

Als altgediente Präventionsfachkraft ist man nach der x-ten Wiederholung vielleicht geneigt, die Übungen am Holzpenis als Routineangelegenheit anzusehen und den Blick

2 Laut der BZgA-Studie „Aids im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2004“, Endbericht, Juni 2005, findet aktuell etwa ein Drittel der Erwachsenen, dass Kondome die Stimmung bei der Liebe zerstören, 12% geben an, einen körperlichen Widerwillen gegen Kondome zu haben.

3 pro familia NRW: Penismaße – eine Studie (2001): „19,8% der jungen Männer und eine entsprechende Zahl der Kontrollgruppe würden unseres Erachtens bei der Verwendung eines Standardkondoms aufgrund der gemessenen Querschnitte Schwierigkeiten mit dem sicheren Halt bekommen. [...] Es wäre sinnvoll, sich mit Kondomherstellern und Fachleuten an einen Tisch zu setzen, um mindestens eine deutlich kleinere Konfektionsgröße im unteren Bereich der EU-Norm festzulegen.“

4 vgl. KARIN NUNGESSER: Keine zwanzig Zentimeter, Peter. In: Freitag, die Ost-West-Wochenzeitung, 26. II. 2004. NUNGESSER befragte Kondomhersteller, warum kein kleineres Kondom auf dem Markt ist.

dafür zu verlieren, dass es sich für Jugendliche nach wie vor um ein hoch aufregendes Ereignis in der Gruppenarbeit handelt. Manch einem zittern regelrecht die Hände, wenn er vor der „versammelten Mannschaft“ den kleinen Kondomüberstreifkurs absolviert. Kein Wunder, immerhin wird öffentlich am Modell eines erigierten Penis gearbeitet, der ja eine höchst private und intime Angelegenheit ist. Spürbare Momente von Scham und Scheitern sind in der sexualpädagogischen Arbeit jedoch keinesfalls unerwünscht. Lassen sie sich als völlig normale Begleiterscheinungen vermitteln, die einen nicht entmutigen müssen, ist schon viel gewonnen: Niemand muss auf Antrieb perfekt sein und das Kondomüberstreifen aus dem Stand heraus beherrschen; Übung macht den Meister! Außerdem darf geschmunzelt und geredet werden. Dies gilt selbstverständlich nicht nur beim Probehandeln.

## Nicht so einfach, wie man meint

Die herausragende Bedeutung der Kondombenutzung im Hinblick auf Aids-Prävention mag manche Fachkräfte dazu verleiten, in ihren Veranstaltungen das Kondom „schönzureden“. Doch die Behauptung, dass man mit Kondom genauso viel spürt wie ohne, lässt sich spätestens bei der ersten eigenen Anwendung als plumpe Präventionsbotschaft entlarven. Wenn Jugendliche sich jedoch ernst genommen fühlen, haben sie auch ein offeneres Ohr für ernst zu nehmende Präventionsbotschaften und deren Vermittler/Vermittlerinnen.

Wahr ist: Kondome können ein erheblicher Störfaktor in der Sexualität sein. Sie behindern den Wunsch nach Nähe und Verschmelzung. Sie riechen oft unangenehm nach Gummi, sind glitschig und unterbrechen das Liebespiel<sup>2</sup>. Viele Jungen und Männer verlieren ihre Erektion, wenn sie ein Kondom überziehen möchten. Um ohne größere Probleme ein Kondom sicher anwenden zu können, braucht man ein hohes Maß an sexuellem Selbstbewusstsein und – vielleicht auch – eine einfühlsame Partnerin/einen einfühlsamen Partner.

## Auf der Suche nach dem passenden Kondom

Ein weiterer Aspekt, der es Jungen wie Florian erschwert, ein passendes Kondom zu finden, ist die für viele Jungen und Männer zu groß bemessene „Standardgröße“ von Kondomen. Wie eine gemeinsame Studie von pro familia Nordrhein-Westfalen und der Universitätsklinik Essen zu Penismaßen junger Erwachsener gezeigt hat, sind einem Fünftel der Männer Kondome in der Standardgröße zu groß<sup>3</sup>. Abgesehen davon, dass solche Kondome beim Geschlechtsverkehr leichter abrutschen können, kann dieses scheinbare „Normalmaß“ Heranwachsende verunsichern und abschrecken. Gleichzeitig sind Kondome in Übergrößen gegenüber kleineren Maßen überproportional häufig im Sortiment zu finden – sie verkaufen sich einfach besser<sup>4</sup>.

## Selbstbestimmung respektieren

In der sexualpädagogischen Arbeit zum Thema Kondom ist es entscheidend, auch die Abwehr gegenüber dieser Verhütungform zuzulassen. Ein Ausreden der Nachteile macht

Jugendliche eher misstrauisch und verhindert letztendlich das Sich-Öffnen gegenüber den Vorzügen und somit das Entstehen einer tiefgreifenderen Kondomakzeptanz. Statt Jungen und Mädchen eine vernünftige Expertenentscheidung vorzusetzen ist es vernünftiger, sie durch Informationen, Training und Austausch, durch Konfrontation und Entlastung zu einer selbst gewählten Entscheidung zu befähigen: Wie wichtig ist dir deine sexuelle Gesundheit oder die Vermeidung einer ungewollten Schwangerschaft? Was kannst und möchtest du dafür tun? Kondome sind nicht immer optimal, oft geht etwas schief. Sie sind aber eine gute Kompromisslösung. Kondome haben manche Nachteile und trotzdem kann man richtig viel Spaß mit ihnen haben!

*Martin Gnielka*



*Martin Gnielka ist Diplom- und Sexualpädagoge und als Fachkraft für Aidsprävention bei pro familia Köln sowie als Ausbilder des Instituts für Sexualpädagogik (isp) Dortmund tätig.*

**Kontakt:**

Martin Gnielka  
Am Hang 14  
51379 Leverkusen  
Telefon (02171) 365045  
m.gnielka@isp-dortmund.de

---

# Verhütung für den Mann – ein Arbeitsschwerpunkt der Weltgesundheitsorganisation WHO

Weshalb sich die WHO seit rund 30 Jahren intensiv mit der Erforschung der hormonellen Kontrazeption für den Mann befasst, berichtet Kirsten Vogelsong im Interview. Sie umreißt die Bedeutung, die ein solches männliches Verhütungsmittel weltweit hätte und skizziert den aktuellen Forschungsstand auf diesem Gebiet.

**FORUM: Die WHO engagiert sich stark im Bereich der Erforschung männlicher Kontrazeption. Warum ist das Thema für die WHO so bedeutsam?**

**Vogelsong:** Von den weltweit etwa 1,05 Milliarden verheirateten Frauen im gebärfähigen Alter verlassen sich 62% auf die eine oder andere Verhütungsmethode. Von den verbleibenden 38%, die keine Kontrazeption anwenden, geben mehr als 120 Millionen Paare an, dass sie keine weiteren Kinder mehr wünschen oder bis zur Erwartung ihres nächsten Kindes mindestens zwei Jahre warten möchten. Diese Zahlen sind ein Hinweis darauf, dass die heute vorhandenen Verhütungsmethoden nicht den Erfordernissen eines bedeutenden Teils der Bevölkerung entsprechen. Man muss sich vergegenwärtigen, dass keine einzelne Methode den Bedürfnissen aller Paare gerecht werden kann. Bei Paaren, die Familienplanung betreiben, fallen bei der Wahl der Verhütung Faktoren wie Sicherheit, Wirksamkeit, Kosten, Glaubensgründe, persönliche Präferenzen und Lebensführung ins Gewicht. Die Anwendung der Familienplanung rettet weltweit das Leben unzähliger Frauen und Kinder. Die Erhöhung des Angebots an Verhütungsmethoden fördert die Gesundheit und das Wohlbefinden der Familien.

Wir glauben, dass ein bedeutender Vorteil einer männlichen Empfängnisverhütung darin liegt, dass es der bisher begrenzten Auswahl an männlichen Verhütungsmethoden (Kondom, Coitus interruptus, Sterilisation) eine weitere Alternative hinzufügt. Viele Männer wollen die Verantwortung in der Familienplanung teilen. Und viele Frauen würden dies begrüßen, da es sie von der Verantwortung entlastet, alleine für die Familienplanung Sorge zu tragen.

Wir wissen, dass weltweit mehr als 120 Millionen Paare keinen Zugriff auf angemessene oder akzeptable Verhütungsmethoden haben. Aus diesem Grund ist es sehr wichtig, die Auswahl an verfügbaren Verhütungsmethoden zu vergrößern, damit es den Paaren, die Familienplanung betreiben wollen, möglich wird, wenigstens eine Methode zu finden, die ihren Bedürfnissen entspricht.

**FORUM: Welchen Forschungsbedarf sehen Sie, und in welchen Projekten ist die WHO derzeit aktiv?**

**Vogelsong:** Die WHO unterstützt Forschung, die streng wissenschaftlich und unter ethischen Maßstäben durch-

geführt wird. Sie muss anerkannten Richtlinien entsprechen, die schließlich eine nationale und internationale Produktregistrierung und Vermarktung zulassen. Unsere Zielsetzung ist es, neue Methoden der Geburtenregelung zu finden, die sicher, effektiv, akzeptabel und erschwinglich sind. Während es unser übergeordnetes Ziel ist, die Familienplanungsbedürfnisse jedes Mitgliedsstaates der Organisation zu erfüllen, gilt unser primäres Interesse der Betreuung der Männer, Frauen, Paare und Familien in den Entwicklungsländern.

Die WHO ist zurzeit sehr aktiv an der Entwicklung einer hormonellen Methode der männlichen Fruchtbarkeitsregulierung beteiligt, da solch eine Methode reversibel wäre, zu den am weitesten entwickelten Methoden zählt und am engsten am Markt orientiert ist. Die Organisation unterstützt den in China durchgeführten ersten und einzigen Phase III Versuch einer hormonellen Methode. Wir arbeiten mit dem US Forschungsprogramm CONRAD zusammen, um Anfang 2006 einen multinationalen Versuch mit einer kombinierten Testosteron/Gestagen-Methode durchzuführen.

**FORUM: Wie sind überhaupt die physiologischen Voraussetzungen beim Mann beschaffen, die offenbar die Entwicklung effektiver Verhütungsmittel so schwierig machen?**

**Vogelsong:** Traditionell konzentrierte sich die Verhütungsforschung auf die Frau, da sie als diejenige, die das Kind auszutragen hatte, auch die Verantwortung für die Familienplanung trug. Ein hormonelles Verhütungsmittel für den Mann bringt die Spermaproduktion zum Stillstand. Viele in der Forschungs- und Entwicklungsgemeinschaft hielten es lange für unmöglich, die kontinuierliche tagtägliche Produktion von Millionen von Spermien zu unterbrechen. Stattdessen entschied man sich, an der Methode festzuhalten, die monatlich Einfluss auf die Freigabe oder das Überleben eines einzelnen Eies nahm, so wie viele hormonelle Verhütungsmittel für Frauen es tun.

**FORUM: Es gibt unterschiedliche Voraussetzungen bei Männern des kaukasischen Typs, also etwa bei europäischen Männern, und Männern aus Fernost – worin bestehen sie?**

**Vogelsong:** Bei den bis dato durchgeführten multinationalen Studien wurde festgestellt, dass Männer aus chinesischen Untersuchungszentren besonders empfindlich auf

die Einflüsse der Hormone zu reagieren scheinen, die in experimentellen Verhütungsstudien eingesetzt wurden. Das heißt, dass die Hormone bei den in China getesteten Männern die Spermaproduktion stärker einzudämmen scheinen als bei den zeitgleich in Europa und Nordamerika getesteten Männern. Wir sind uns nicht sicher, ob alle asiatischen Männer ähnlich reagieren, da wir keine Daten von Versuchsreihen besitzen, die die Reaktionen unter den verschiedenen asiatischen Populationen vergleichen. Manche Forschungsgruppen haben die Gründe für die verschiedenen Reaktionen untersucht, können aber keine endgültigen Schlüsse ziehen.

**FORUM: Können wir in naher Zukunft mit Erfolg versprechenden hormonellen Mitteln männlicher Empfängnisverhütung rechnen? Bitte erläutern Sie uns den aktuellen Stand der Forschung.**

**Vogelsong:** Der öffentliche Sektor und einige Pioniere unter den Forschern haben über die letzten Jahrzehnte an der Entwicklung eines männlichen hormonellen Verhütungsmittels gearbeitet. Tatsächlich nahm dies seit den frühen 1970er Jahren einen bedeutenden Vorrang in der Forschung der Weltgesundheitsorganisation ein. Frühe Untersuchungen beschränkten sich vornehmlich auf Tierversuche und einige klinische Versuchsreihen kleineren Umfangs. Erst in den letzten zehn bis 15 Jahren sind größere klinische Studien durchgeführt worden, die bewiesen, dass verschiedene Hormonkombinationen nicht nur die Spermaproduktion stoppen, sondern auch für einen hohen Verhütungsschutz sorgen können.

In den späten 1980er Jahren unterstützte die WHO die ersten großen klinischen Versuche zu hormonellen Verhütungsmitteln für den Mann. Diese Forschungsarbeit lieferte die entscheidenden Daten, die letztlich die Machbarkeit einer solchen männlichen Kontrazeptionsmethode bewies.

In diesen multinationalen Studien kam ein Prototyp der hormonellen Methode zum Einsatz, auf den ein beachtlicher Teil der Probanden mit Azoospermie reagierte. Das bedeutet, ihre Spermaproduktion wurde gänzlich unterbrochen, beziehungsweise es konnten keine Spermien im Ejakulat festgestellt werden – eine Verhütungswirksamkeit von mehr als 99%! Bei anderen Männern reduzierte sich die Spermienanzahl dramatisch, wobei das Risiko, eine Schwangerschaft zu verursachen, ja direkt an die Anzahl der Spermien gekoppelt ist. Je niedriger die Anzahl der Spermien, desto niedriger das Risiko einer Schwangerschaft. Zurzeit werden Versuche durchgeführt um eine Optimierung der zu verordnenden Hormongaben zu erreichen, die die höchstmögliche Stufe an Sicherheit, Wirksamkeit und Akzeptanz bietet.

Es ist schwierig einzuschätzen, wann solche Methoden auf dem Markt zur Verfügung stehen werden, da nationale Richtlinien der Marktfreigabe stark variieren. Basierend auf dem gegenwärtigen Stand der Forschung wird es weitere fünf bis zehn Jahre dauern, ehe gesicherte Daten zur Verfügung stehen, die die Freigabe eines Produktes legitimieren.

Zwei der größten Pharma-Konzerne (Organon und Schering AG) haben sich zusammengetan, um die männliche hormonelle Kontrazeption zu erforschen. Die Beteiligung der Industrie signalisiert, dass eine erhebliche Nachfrage nach einer solchen Methode besteht.

Weltweit durchgeführte klinische Studien belegen die Akzeptanz der experimentellen männlichen Verhütungsmethoden. Die verabreichten Hormone beinhalten synthetische Formen des natürlichen Steroids Testosteron, die von den männlichen Probanden gut vertragen werden. Mehrere Studien weisen darauf hin, dass in Verhütungsversuchen

diese Hormone weder die Aggressivität noch die Stimmung oder das sexuelle Verhalten beeinflussen. Die Daten, die während der Versuche gesammelt wurden, deuten darauf hin, dass sowohl Männer als auch Frauen eine solche Methode begrüßen würden.

**FORUM: Frau Vogelsong, wir danken Ihnen für dieses Interview.**

*Interview: Heike Lauer*

---

*Kirsten M. Vogelsong PhD ist seit 2001 Wissenschaftlerin im Department of Reproductive Health and Research der WHO in Genf. Sie ist verantwortlich für die Erforschung und Entwicklung von Verhütungsmethoden, insbesondere die männliche Kontrazeption.*

**Kontakt:**

*Kirsten M. Vogelsong, PhD  
Department of Reproductive Health and Research  
World Health Organization  
20, Avenue Appia  
CH-1211 Genf 27  
vogelsongk@who.int*

# Das Recht auf Verhütung: Erfolge und Rückschläge

Der Zugang zu gesundheitsverträglichen, wirksamen Verhütungsmethoden kann das Leben und die Gesundheit von Millionen Frauen und Kindern in Entwicklungsländern retten und Wege aus der Armutsfalle ermöglichen. Gegenstand dieses Beitrags ist die weltweite Umsetzung des rund 40 Jahre alten Rechts auf Familienplanung.

Die Geschichte moderner Familienplanung ist eine Erfolgsgeschichte und zugleich eine Geschichte von Verfehlungen. Zwangssterilisationen und Erprobung neuer Kontrazeptiva an Frauen, die hierüber nicht informiert worden waren, gehören zu den dunklen Kapiteln moderner Familienplanung. Erinnerungsverlust auf diesem Gebiet ist allerdings gefährlich. Frauen und Männer können kaum existenzieller getroffen werden, als durch Eingriffe zur Manipulation oder Behinderung ihrer Sexualität und Fruchtbarkeit.

Das Menschenrecht auf Familienplanung ist noch nicht einmal 40 Jahre alt. Im Artikel 16 der Abschlussdeklaration der UN-Menschenrechtskonferenz 1968 in Teheran heißt es: „Eltern verfügen über das grundlegende Menschenrecht, frei und eigenverantwortlich über Anzahl und Geburtenabstand ihrer Kinder zu entscheiden.“ Aus diesem Recht leitet sich auch das Recht auf ungehinderten Zugang zu Informationen, Methoden und Diensten der Familienplanung ab. In der Folge entstanden in den Sechziger- und Siebzigerjahren auch internationale Familienplanungsprogramme in der Trägerschaft von Regierungen, UN-Organisationen und internationalen Nichtregierungsorganisationen (NRO). Sie entstanden in einer Phase vehementer Auseinandersetzungen über die Wirkungen einer vermeintlich drohenden „Weltbevölkerungsexplosion“. Diese Auseinandersetzung hat zweifelsohne die Ausrichtung der internationalen Familienplanungsprogramme beeinflusst.

Die an überwiegend demographischen Zielen ausgerichteten internationalen Familienplanungsprogramme der Sechziger- und Siebzigerjahre unterlagen strikten Auflagen der Geldgeber. Zum Beispiel sah das 1975 verabschiedete „International Development and Food Assistance“-Gesetz der US-amerikanischen Regierung vor, keine Entwicklungsgelder an Nehmerländer zu vergeben, wenn diese nicht eigene Anstrengungen für Familienplanungsprogramme leisten. Das Gesetz sah weiterhin vor, dass mehr als 60% der bewilligten

Entwicklungsgelder für Bevölkerungsprogramme eingesetzt werden mussten.

Dieser Druck auf die Nehmerländer hat einerseits dazu geführt, dass in zahlreichen Entwicklungsländern Familienplanungsdienste erstmals eingeführt wurden. Allein dies war bereits ein gesundheitspolitischer Fortschritt. Andererseits führte die überwiegend demographische Zielsetzung der Programme auch zu zweifelhaften Pillen-Verteilungsprogrammen und Verletzungen des Menschenrechts auf Familienplanung (z. B. mangelnde Aufklärung über Nebenwirkungen von Kontrazeptiva).

Mit der Entstehung der „neuen sozialen Bewegungen“, insbesondere der Frauenbewegung in den Siebzigerjahren, wurde die Idee der Familienplanung in den westlichen Industrieländern in einen umfassenderen Zusammenhang von Körper, Sexualität und Geschlechterverhältnis gestellt. Damit entstanden neue Gegenkonzepte von Familienplanung<sup>1</sup>,

- die Idee der sexuellen Selbstbestimmung zunehmend in den Mittelpunkt rückten,
- die Verschiedenartigkeit sexueller Lebensweisen mehr und mehr vom singulären Modell der Heterosexualität ablösten und
- sexuelles Wohlbefinden und Familienplanung als gleichbedeutend anerkannten.

In den Achtzigerjahren gerieten die internationalen Familienplanungsprogramme erneut unter Kritik, denn es war weder gelungen, das Menschenrecht auf Familienplanung weltweit durchzusetzen, noch die hohe Müttersterblichkeit in den Entwicklungsregionen wirksam zu reduzieren.

Gemeinsame Bemühungen von UN-Organisationen, internationalen Familienplanungsorganisationen (vor allem des internationalen Dachverbands der nichtstaatlichen Familienplanungsorganisationen, der International Planned Parenthood Federation, IPPF) und der internationalen Frauengesundheitsbewegung führten schließlich auf der Internationalen UN-Konferenz für Bevölkerung und Entwicklung 1994 in Kairo zu einem erneuten Perspektivenwechsel. Der neue Orientierungsrahmen „Reproduktive Gesundheit und Rechte“, der sexuelle Gesundheit einbezieht, verknüpft

<sup>1</sup> THOSS, ELKE (1999): Familienplanung im Kontext sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte. In: pro familia magazin 4/1999, pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V. (Hrsg.). Frankfurt am Main

erstmal Reproduktion, Sexualität und Gesundheit mit den allgemeinen Menschenrechten<sup>2</sup>. Dieser ganzheitliche Ansatz umfasst alle Lebensphasen von Frauen und Männern und sieht eine stärkere Vernetzung der vielfältigen Gesundheits-, Sozial- und Menschenrechtsorganisationen vor. Damit wird global der politische Wille bekundet, sexuelle und reproduktive Gesundheit zu schützen. Auf der 4. UN-Weltfrauenkonferenz 1995 in Peking wurde dieses Konzept bestätigt und die Idee des Menschenrechts auf sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung sowie die Bedeutung von Sexualität und sexueller Gesundheit für das allgemeine Wohlbefinden von Frauen und Männern weiterentwickelt. Aus diesem Grund verwenden vor allem die IPPF und die Weltgesundheitsorganisation (WHO) heute den Begriff „Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte“.

In Kairo wurde auch ein Aktionsprogramm beschlossen, zu dessen Verwirklichung bis 2015 sich 179 UN-Mitgliedsländer verpflichtet haben. Ziel des Programms ist die nachhaltige Bekämpfung von Armut in den Entwicklungsländern. Der Fokus richtet sich auf die Situation der Frauen und Mädchen. Deshalb kommt den Forderungen nach sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechten im Aktionsprogramm eine zentrale Bedeutung zu.

Die ambitionierten Ziele, die sich die Mitgliedsländer gesetzt haben, sind:

- Gleichstellung der Geschlechter
- Senkung der Mütter- und Säuglingssterblichkeit
- ungehinderter Zugang zu Bildung, speziell für Mädchen
- weltweiter Zugang zu qualitativ hochwertigen Dienstleistungen im Bereich der reproduktiven Gesundheit einschließlich Familienplanung, sexueller Gesundheit, HIV/Aids-Prävention und Sexualerziehung
- Verhinderung von sexueller Misshandlung wie Genitalverstümmelung, von Zwangsheirat und Zwangsprostitution sowie jeder Art von Sklaverei.

Zehn Jahre nach Kairo lässt sich feststellen, dass durchaus Fortschritte zu verzeichnen sind. Viele Entwicklungsländer haben mittlerweile Dienstleistungen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit in ihre Gesundheitsversorgung integriert. Gesetzesinitiativen zum Schutz von Frauen und Mädchen sind ergriffen worden.

Die mangelnde Zahlungsmoral der UN-Mitgliedsländer – allen voran die der Industrieländer – behindert allerdings die zügige Umsetzung des Aktionsprogramms von Kairo. Noch nicht einmal die Hälfte der vereinbarten jährlichen Zahlungen wird aufgebracht. Hätten die UN-Mitgliedsländer zu ihren Verpflichtungen gestanden, hätten nach Schätzungen der UNFPA mehr als 700 000 Fälle von Müttersterblichkeit, 270 Millionen ungeplante Schwangerschaften und mehr als 110 Millionen Schwangerschaftsabbrüche – zumeist unter für Frauen gesundheitsschädlichen Bedingungen – vermieden werden können.

### Rückschlag für Kairo: Die Mexico City Policy

Kurz nach seinem Amtsantritt im Januar 2001 führte Präsident Bush die so genannte „Mexico City Policy“, auch „Global Gag Rule“ (Knebelverordnung) genannt, wieder ein. Die Mexico City Policy wurde erstmals von Präsident Reagan 1984 eingeführt und 1993 von Präsident Clinton wieder zurückgezogen.

Ihr zufolge dürfen ausländische NRO keine amerikani-

schen Entwicklungsgelder für Programme und Aktivitäten erhalten, die sich auf den Schwangerschaftsabbruch beziehen. Diese Einschränkung bezieht sich nicht nur auf die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen, sondern auch auf medizinische Beratung und Information zum Schwangerschaftsabbruch wie auch auf jegliches Einsetzen für eine Schwangerschaftsabbruchreform auf nationaler Ebene. Selbst wenn NRO diese Auflagen akzeptieren und schwangerschaftsabbruchbezogene Aktivitäten aus anderen Quellen finanzieren würden, würden sie keine US-amerikanischen Entwicklungsgelder erhalten können. Die Mexico City Policy verletzt die Souveränität von Nationalstaaten, und sie verletzt das Recht von NRO auf Meinungsfreiheit. Der eigentliche Skandal aber ist, dass mit der Wiedereinführung dieser Vorschrift Frauen in Entwicklungsländern notwendige Programme der sexuellen und reproduktiven Gesundheit vorenthalten werden, die sie vor ungeplanten Schwangerschaften und unsicheren Schwangerschaftsabbrüchen hätten schützen können. Diese auf der Grundlage des Aktionsprogramms von Kairo entwickelten Programme können nicht realisiert werden, weil sie das Thema Schwangerschaftsabbruch einbeziehen – sei es in der Beratung oder Sexualaufklärung.

Seit der Wiedereinführung der Mexico City Policy haben weltweit zahlreiche Organisationen US-amerikanische Gelder verloren, einige von ihnen sogar den Zugang zu Kontrazeptiva. Dem Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA) werden im vierten Jahr Zuwendungen in Höhe von etwa 34 Millionen US-Dollar jährlich verweigert, weil ihm zu Unrecht eine Beteiligung an Zwangsschwangerschaftsabbrüchen und -sterilisationen in China vorgeworfen wird. Die IPPF, die größte internationale nichtstaatliche Organisation für sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte, mit Mitgliedsorganisationen in 149 Ländern, erhält ebenfalls keine amerikanischen Gelder mehr. Die EU hat sich hierzu bislang eindeutig positioniert und für finanziellen Ausgleich gesorgt.

Parallel zu dieser Entwicklung haben sich in den letzten zehn Jahren weitere oppositionelle Kräfte gegen das Aktionsprogramm von Kairo organisiert. Neben den federführenden Vereinigten Staaten sind dies der Vatikan und fundamentalistisch religiöse Länder wie zum Beispiel der Sudan. Diese Gegenbewegung reicht mittlerweile bis in das Europäische Parlament (wenn auch nicht mehrheitsfähig) und wird verstärkt durch neue EU-Mitgliedsländer wie zum Beispiel Polen, die Slowakei und Litauen. Die Kritik dieser Gegenbewegung konzentriert sich auf die Themen Schwangerschaftsabbruch, Sexualaufklärung, Vielfalt der Lebensweisen, Elternrechte, religiöse Werte und sexuelle und reproduktive Gesundheit.

Die Auseinandersetzung mit dieser Gegenbewegung ist nicht einfach und wird auch nicht einfacher werden. Ihre Protagonisten behindern wochen- bis monatelang die Verhandlungen im UN-System mit hundertfachen Interventionen, verzögern und blockieren parlamentarische Entscheidungen, setzen systematisch Falschinformationen in die Welt und erklären wissenschaftliche Erkenntnis für obsolet (z. B. in den Vereinigten Staaten die Sicherheit von Kon-

2 THOSS, ELKE (1996): Total Global und Uniform: Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte. In: pro familia magazin 2/1996, pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V. (Hrsg.). Frankfurt am Main

domen). Die Unterstützerinnen und Unterstützer des Aktionsprogramms von Kairo werden sich dieser Auseinandersetzung immer wieder stellen müssen. Für sie müssen die effektive Bekämpfung der Armut mit besonderem Fokus auf Frauen und Mädchen und deren sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte im Vordergrund stehen. Dabei müssen sie im Auge behalten, dass weiterhin

- medizinisch unsachgemäße Schwangerschaftsabbrüche jährlich etwa 78 000 Frauen und Mädchen das Leben kosten,
- etwa zwei Millionen Frauen und Mädchen jährlich der Gefahr genitaler Verstümmelung ausgesetzt sind,
- von 300 Millionen Kindern ohne Zugang zu Bildung zwei Drittel Mädchen sind,
- 14 Millionen Kinder durch Aids zu Waisen geworden sind,
- mindestens zwei Millionen Mädchen im Alter zwischen fünf und 15 Jahren jedes Jahr zur Prostitution gezwungen werden,
- in verschiedenen Ländern insgesamt 60 Millionen Mädchen fehlen, da weiblicher Nachwuchs durch selektive Abtreibung nicht zur Welt kommt oder nach der Geburt an Unterernährung oder Vernachlässigung stirbt.

### Versäumnisse und Konsequenzen

Fünf Jahre nach Kairo verabschiedeten 189 Mitgliedsländer der Vereinten Nationen die Millenniums-Entwicklungsziele (Millennium Development Goals, MDGs) zur Bekämpfung der Armut. Bis zum Jahr 2015 soll die Zahl der Menschen, die in absoluter Armut leben, halbiert werden. Die Regierungen haben sich dabei auf die acht folgenden Ziele verständigt:

1. Beseitigung der extremen Armut und des Hungers
2. Grundschulbildung für alle
3. Förderung der Gleichstellung der Geschlechter und des Empowerments der Frau
4. Verringerung der Kindersterblichkeit
5. Verbesserung der Gesundheit von Müttern
6. Bekämpfung von HIV/Aids, Malaria und anderen Krankheiten
7. Sicherung der ökologischen Nachhaltigkeit
8. Aufbau einer weltweiten Entwicklungspartnerschaft

NRO kritisieren an den MDGs unter anderem, dass mit der Reduzierung auf acht Ziele bestehende Abkommen, z. B. das Aktionsprogramm von Kairo, maßgeblich geschwächt und in der Folge für deren Realisierung weniger Mittel zur Verfügung stehen werden. Nur die Ziele 4, 5 und 6 befassen sich explizit mit sexueller und reproduktiver Gesundheit. Das reicht den Befürwortern des Aktionsprogramms von Kairo für eine effektive Armutsbekämpfung nicht aus. Vielmehr sei

hierfür erforderlich, das gesamte Spektrum des Programms einzubeziehen<sup>3</sup>. Aus diesem Grund haben sie sich weltweit im Vorfeld des UN World Summit im September 2005, auf dem eine Bilanz der Umsetzung der MDGs seit ihrer Verabschiedung gezogen werden sollte, für ein neuntes MDG zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechten eingesetzt (so auch die IPPF, Dachorganisation der pro familia)<sup>4</sup>. Auf zahlreichen Konferenzen wurde versucht, für ein neuntes MDG zu werben und Allianzen aufzubauen, um Versäumnisse der Vergangenheit aufzuholen. Die Prognosen für einen erfolgreichen Ausgang des UN World Summits waren düster. Mit mehr als 700 Einwendungen chaotisierten die Vereinigten Staaten die Vorverhandlungen und legten diese nahezu lahm.

Wider Erwarten verpflichteten sich die Regierungen im Abschlussdokument erneut für einen weltweiten Zugang zu reproduktiven Gesundheitsdiensten, wie sie es bereits 1994 in Kairo getan hatten. Der Vatikan und die Vereinigten Staaten haben versucht, dies zu verhindern – was ihnen 2000 so erfolgreich bei der Verabschiedung der MDGs gelungen war – sind aber diesmal gescheitert. Allerdings ist es ihnen gelungen, dass Begriffe wie „sexuell“, „Sexualität“ oder „Rechte“ in dem Abschlusstext nicht aufgenommen worden sind<sup>5</sup>. Die Befürworter von Kairo sind dennoch zuversichtlich. Nach ihrer Auffassung können die MDGs nur erreicht werden, wenn weltweit Frauen und Männer Zugang zu reproduktiven Gesundheitsdiensten haben. Diese Sichtweise wird ihre zukünftigen Strategien bestimmen.

Die NRO sollten aus ihren Versäumnissen im Zusammenhang mit den MDGs eine Lehre ziehen. In den Neunzigerjahren sind auf den großen UN-Konferenzen in Kopenhagen, Kairo und Peking Fortschritte für mehr sexuelle und reproduktive Rechte erzielt worden. Es waren Fortschritte auf der Basis fragiler Mehrheiten. Solche Fortschritte, insbesondere wenn es Frauen und selbstbestimmte Sexualität betrifft, sind immer gefährdet. Wie sonst hätte es 2000 dazu kommen können, dass die Verfasser der MDGs sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte übergehen konnten. Das Ergebnis des UN World Summit sollte daher nicht überbewertet werden. Wachsamkeit und kontinuierlicher Einsatz für das Aktionsprogramm von Kairo sind angesagt, denn die Folgen unserer Versäumnisse tragen die betroffenen Frauen und Männer.

### Die Schlüsselrolle der Kontrazeptionsforschung

Aus dem Menschenrecht auf Familienplanung leitet sich auch das Recht auf den ungehinderten Zugang zu Methoden gesundheitlich verträglicher Kontrazeptiva ab. Hierbei kommt der Kontrazeptionsforschung eine Schlüsselrolle zu.

Die so genannte erste kontrazeptive Revolution ging in den Sechzigerjahren überwiegend von der Industrie aus. Sie bestimmte Zielsetzung und Schwerpunkte der Kontrazeptionsforschung. Die zweite kontrazeptive Revolution setzte laut DAVID GRIFFITH (WHO) in den Neunzigerjahren mit den UN-Konferenzen für Bevölkerung und Entwicklung in Kairo (ICPD 1994) und der Weltfrauenkonferenz in Peking 1995 ein. Bedürfnisse und Präferenzen von Frauen und Männern in bezug auf Kontrazeption wurden Forschungsthema und rückten seither mehr und mehr in den Mittelpunkt der Forschung. Ein prominentes Beispiel hierfür ist die Harvard-Studie „Women's Preferences for Contraceptive Technology“ aus den Jahren 1994/1995.

3 PRACHT, ELISABETH/THOSS, ELKE (Hrsg.) (2005): informiert handeln: Konzepte/Konferenzen/Kontroversen, sexuelle und reproduktive Gesundheit und rechte, Österreichische Gesellschaft für Familienplanung, Wien

4 SINDING, STEVEN W. (2005): Millenniumsziel Kairo – Sexuelle und reproduktive Rechte entscheiden über Erreichen der Entwicklungsziele. In: pro familia magazin 1/2005, pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V. (Hrsg.), Frankfurt am Main

5 SINDING, STEVEN W. (2005): Sex and the Summit: Reproductive Rights and Wrongs at the UN World Summit, IPPF London

Da in den letzten vier Jahrzehnten die Verhütungspraxis weltweit außergewöhnlich zugenommen hat (z. B. in den Entwicklungsländern um 50%), könnte dies nahe legen, dass die Kontrazeptionsforschung ihren Auftrag erledigt hat. Doch das Gegenteil ist der Fall. Laut der Weltgesundheitsbehörde (WHO) wenden 120 Millionen Paare weltweit keine Verhütungsmittel an. 300 Millionen Paare sind unzufrieden mit den Methoden, die sie anwenden. Bis zu 27 Millionen ungewollte Schwangerschaften entstehen jährlich, obwohl die betroffenen Paare verhüten.

Im Zusammenhang mit der weltweiten, pandemischen Verbreitung von sexuell übertragbaren Krankheiten werden effektive Doppelschutzmethoden, die vor ungewollter Schwangerschaft und sexuell übertragbaren Krankheiten schützen, gebraucht. In diesem Kontext sind besonders solche Methoden von großer Notwendigkeit, die ohne Wissen der Sexualpartner angewendet werden können. Dies ist wichtig in Ländern, wo Frauen nahezu rechtlos sind und überwiegend von HIV/Aids und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten betroffen sind. Die noch immer hohe Drop-out-Rate der Anwenderinnen, die innerhalb eines Jahres die von ihnen gewählte Methode wieder aufgeben, erfordert ebenso die Fortführung einer die Verbraucherperspektive besser berücksichtigende Kontrazeptionsforschung. Weiterhin unbefriedigend ist auch die beschränkte Zahl von Verhütungsmethoden für den Mann.

Die zweite kontrazeptive Revolution hat unser Wissen um die Bedürfnisse und Präferenzen von Anwenderinnen und Anwender wesentlich erweitert, existierende Verhütungsmethoden sind weiterentwickelt und durchaus auch verbessert worden, neue sind hinzugekommen.

Tatsache bleibt aber, dass die Wahl der Methoden noch immer begrenzt ist – und dies auf dramatische Weise in Entwicklungsländern – und alle Methoden auch ihre spezifischen Nachteile haben, die mit ein Grund dafür sind, dass nach WHO-Schätzungen nahezu 50% der Anwenderinnen innerhalb eines Jahres die von ihnen gewählte Methode wieder aufgeben. Gebraucht wird also eine größere Vielfalt von Methoden, die sich in die Lebenswirklichkeit von Frauen und Männern besser integrieren lassen und ihnen eine echte Wahlfreiheit garantieren. Sie müssen gesundheitsverträglich und wirksam sein. Sie müssen leicht anwendbar und vor allem erschwinglich sein. Erschwingliche Kontrazeptiva sind besonders für Entwicklungsländer überlebenswichtig, denn sie helfen, das Leben von Frauen und Kindern, zum Beispiel durch Geburtenabstand, zu retten. Nach Angaben des UN-Bevölkerungsfonds UNFPA wollen in diesen Ländern mehr als 200 Millionen Paare verhüten. Ihnen stehen keine Verhütungsmittel zur Verfügung, weil ihren eigenen Regierungen Mittel fehlen, diese zu importieren oder die internationalen Geldgeber nicht genügend zur Verfügung stellen.

Gesundheitsverträgliche, wirksame Verhütungsmethoden können das Leben und die Gesundheit von Millionen Frauen und Kindern in Entwicklungsländern retten und Wege aus der Armutsfalle ermöglichen. Wer dies ignoriert, macht sich mitverantwortlich. Seien es die Kontrazeptiva herstellenden Unternehmen mit ihren überbeuerten Produkten, die Bush-Regierung mit der Mexico City Policy und der Förderung von Abstinenzprogrammen, der Vatikan mit seiner Ablehnung moderner Kontrazeptiva oder fundamentalistisch-rückständige Regierungen in Afrika oder Asien.

## Fortschritte: Weltweite Verhütungspraxis

Ängste und Vorurteile im Zusammenhang mit der Bevölkerungsentwicklung in Entwicklungsländern sind bemerkenswert zählebzig. Auch wenn sie nicht mehr mit denen der Sechziger- und Siebzigerjahre identisch sind und der Begriff „Bevölkerungsexplosion“ mittlerweile tabuisiert ist, fällt auf, wie wenig Kenntnis davon genommen wird, dass die weltweite Verhütungspraxis in den Neunzigerjahren sich wesentlich verbessert hat.

Das Department of Economic and Social Affairs, Population Division, der Vereinten Nationen untersucht regelmäßig das Verhütungsverhalten von verheirateten oder in Lebensgemeinschaften lebenden Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren. Es beschränkt sich auf diese Zielgruppe, weil für sie mehr vergleichende Informationen zur Verfügung stehen als für alleinlebende Frauen oder Männer<sup>6</sup>.

Die aktuellsten Ergebnisse sind der Übersicht World Contraceptive Use 2003 zu entnehmen. Demnach verhüten weltweit 61% der verheirateten oder in Lebensgemeinschaften lebenden Frauen. Zu den Hauptergebnissen zählt, dass

- die Verhütungspraxis in entwickelten Regionen mit 69% noch immer höher ist als in weniger entwickelten Regionen (59%),
- in Afrika die Verhütungspraxis mit 27% am niedrigsten ist,
- neun von zehn Frauen moderne Verhütungsmethoden anwenden (Sterilisation: 21%, Spirale: 14%, Pille: 7%),
- in entwickelten Ländern kurzfristig wirkende und reversible Methoden (Pille, Kondom) bevorzugt werden und in Entwicklungsländern hochwirksame Langzeitmethoden (Sterilisation, Spirale),
- weltweit 61% der Frauen mit traditionellen Methoden (periodische Abstinenz, Coitus interruptus) verhüten.

Trotz der bemerkenswerten Zunahme der weltweiten Verhütungspraxis besteht weiterhin ein hoher Bedarf an Verhütung. Dies betrifft insbesondere Frauen in Afrika südlich der Sahara. In dieser Region geben 23% der Frauen im reproduktiven Alter an, dass sie keine Kinder mehr oder Geburtenabstand praktizieren wollen, aber nicht verhüten. In Asien oder Lateinamerika sind dies 16% der Frauen (in Europa 6%).

Trotz aller Unterschiede nähert sich die Verhütungspraxis von Frauen aus Entwicklungsländern und entwickelten Ländern mehr und mehr an. Hier eröffnen sich Perspektiven gemeinsamen Handelns in Bezug auf nutzerfreundlichere, gesundheitsverträglichere, leicht zugängliche und preisgünstige Kontrazeptiva. Unabhängig davon gilt es, den weiterhin ungedeckten Bedarf (unmet need) nicht aus den Augen zu verlieren und sich insbesondere auf die Regionen zu konzentrieren, die mit sexuellen und reproduktiven Diensten katastrophal unterversorgt sind.

Erst wenn umfassende Dienste für sexuelle und reproduktive Gesundheit und den Schutz von Rechten zur

6 UNITED NATIONS DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS, POPULATION DIVISION (Hrsg.) (2005): World Population Monitoring 2003 – Population, education and development. New York



Verfügung stehen, werden Frauen und Mädchen ihr Recht auf Verhütung selbstbestimmt verwirklichen können. Dies wird ihnen ermöglichen

- erst schwanger zu werden, wenn sie ihre Ausbildung abgeschlossen haben,
- ihre Gesundheit zu verbessern,
- ihre soziale Position zu stärken,
- das Gesundheits- und Ausbildungsniveau ihrer Kinder zu verbessern,
- ihre gesellschaftliche Mitwirkung stärken und damit
- den Teufelskreis der Armut zu durchbrechen.<sup>7</sup>

*Elke Thoß*

<sup>7</sup> IPPF EUROPEAN NETWORK/PRO FAMILIA BUNDESVERBAND (Hrsg.) (2005): Fakten und Hintergründe. Den Zusammenhang verstehen: Armut und sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte. Brüssel/Frankfurt am Main

#### Literatur

ASTRA CENTRAL AND EASTERN EUROPEAN WOMEN'S NETWORK FOR SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH AND RIGHTS (Hrsg.) for the European Population Forum Geneva 2004: Reproductive Health and Rights in Central and Eastern Europe – Country Reports (Armenia, Belarus, Bulgaria, Croatia, Georgia, Poland, Romania, Russia, Slovakia, Ukraine). Warsaw/Poland

GOLDBERG, HOWARD, PHD/MORRIS, LEO, PHD/SERBANESCU, FLORINA, MD, MPH (Hrsg.) for the European Population Forum Geneva 2004, the session on „Morbidity, Mortality and Reproductive Health: Facing Challenges in Transition Countries“ (2004): Reproductive Health in Transition Countries in the European Context. Atlanta/USA

HAUG, WERNER/MACDONALD, ALPHONSE L./MACURA MIROSLAV (2005): The New Demographic Regime – Population Challenger and Policy Responses, United Nations (Hrsg.). New York/Geneva

POPULATION REFERENCE BUREAU MEASURE COMMUNICATION (Hrsg.) (2003): Reproductive Health Trends in Eastern Europe and Eurasia. Washington D. C./USA

UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (2004): Research on reproductive health at WHO – pushing the frontiers of knowledge, Biennial Report 2002–2003, World Health Organization (Hrsg.). Geneva

---

*Elke Thoß ist Diplom-Soziologin, Geschäftsführerin des pro familia-Bundesverbands, Beraterin der WHO und IPPF. Sie berät Regierungen zum Thema „Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte“. Seit mehr als 15 Jahren leistet sie ehrenamtliche Unterstützung für NRO in Osteuropa.*

**Kontakt:**  
international@profamilia.de

## BROSCHÜREN

### Expertinnen in eigener Sache

In FORUM 1/2005 haben wir ausführlich eine neue Broschüre der BZgA für Gynäkologinnen und Gynäkologen vorgestellt, die nun lieferbar ist. Sie stellt die Kommunikation, das heißt die Beziehungsebene zwischen Arzt oder Ärztin und den Mädchen in den Mittelpunkt und soll dabei unterstützen, auch nonverbale oder indirekte Botschaften der Mädchen besser zu verstehen.

Anhand von vielen Gesprächssequenzen und Fallbeispielen aus der Praxis werden in der Broschüre nach einem systemischen Ansatz kommunikative Fertigkeiten vermittelt, die den Gesprächseinstieg, -aufbau und -verlauf erleichtern.

Mädchen, die sich umfassend und richtig verstanden fühlen, so die These, können sehr viel besser Rat annehmen und umsetzen und so zu „Expertinnen in eigener Sache“ werden.

#### Bestelladresse:

BZgA  
51101 Köln  
order@bzga.de  
Telefax (0221) 8992 257  
Best.-Nr. 13 750 000

### Verhütungsmethoden

Der pro familia-Bundesverband bietet kostenlose Broschüren zu sieben verschiedenen Verhütungsmitteln und -methoden an: Pille, Kondom, Diaphragma, chemische Verhütungsmittel, Portiokappe, Spirale sowie hormonale Langzeitverhütung.

In ihnen werden alle relevanten Fakten wie Funktionsweise, Anwendung, Eignung, Kosten, Zuverlässigkeit, Nebenwirkungen und vieles mehr gut verständlich erklärt. An einigen Stellen dienen Zeichnungen und Fotos der Verhütungsmittel und ihrer Anwendung dem besseren Verständnis.

Die Broschüren werden nach Bedarf neu aufgelegt und aktualisiert und sind auch als Download unter untenstehender Web-Adresse erhältlich.

#### Bestelladresse:

pro familia Bundesverband  
Stresemannallee 3  
60596 Frankfurt  
Telefon (069) 63 90 02  
www.profamilia.de

### Eltern-Info

Zum Thema „Verhütung nach der Geburt“ haben die pro familia Hamburg und die Deutsche Hebammenzeitschrift ein 8-seitiges Heft der Reihe „Eltern-Info“ herausgegeben.

Die Verhütungsmethode, ist dort zu lesen, muss zu den jeweiligen Lebensumständen und den Bedürfnissen eines Paares passen, die sich nach einer Geburt häufig verändert haben. Auch ist die Auswahl an Mitteln begrenzt, weil Wirkstoffe in die Muttermilch übergehen können.

Das Heft gibt deshalb einen Überblick über die gängigsten Verhütungsmittel während und nach der Stillzeit sowie einen Gesamtüberblick über Verhütungsmethoden.

Das Eltern-Info wird nur in größeren Stückzahlen verschickt: 25 Exemplare kosten 5,90 Euro, 50 Stück 6,90 zuzüglich Versandkosten.

#### Bestelladresse:

Elwin Staude Verlag  
Postfach 510660  
30636 Hannover  
Telefon (0511) 65 10 03  
Telefax (0511) 65 17 88  
info@staudeverlag.de  
www.staudeverlag.de

### Brustkrebsfrüherkennung

Das Nationale Netzwerk „Frauen und Gesundheit“ hat eine Broschüre publiziert, die Frauen umfassend über aktuelle statistische Daten zu Brustkrebs-

erkrankungen und die Methode der Früherkennung durch Mammografie informiert. Sie klärt Fachbegriffe, vermittelt wissenschaftliche Erkenntnisse und ist als Entscheidungshilfe für Frauen gedacht, die vor einer Untersuchung stehen.

„Wie hoch ist die Strahlenbelastung?“, „Bezahlen die Krankenkassen die Mammografie?“, „Ist die Untersuchung schmerzhaft?“ – alle relevanten Fragen werden ausführlich und kompetent beantwortet.

#### Bestelladresse:

Nationales Netzwerk Frauen und Gesundheit  
Ute Sonntag  
c/o Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.  
Fenskeweg 2  
30165 Hannover  
ute.sonntag@gesundheit-nds.de

### Mammografie Screening

„Was MultiplikatorInnen vor Ort wissen sollten“ ist in dieser Broschüre des Instituts für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen und der Ärztekammer Bremen zusammengefasst.

Hintergrund ist, dass bis 2007 in allen deutschen Städten und Regionen wohnortnah Screening-Zentren eingerichtet sein oder „Röntgenbusse“ übers Land fahren sollen, um eine flächendeckende Untersuchung von Frauen zwischen 50 und 69 Jahren zu ermöglichen, wie sie im Juni 2002 vom Deutschen Bundestag beschlossen wurde. Zur Unterstützung und Information für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, etwa in Gesundheitsämtern, Selbsthilfegruppen oder als Frauen- oder Gleichstellungsbeauftragte, ist diese Broschüre konzipiert. Sie stellt das Mammografie-Screening-Programm im ersten Teil vor, berichtet über Ergebnisse dreier Modellprojekte (Bremen, Wiesbaden und Weser-Ems) und dokumentiert auch die Kontroverse

um die Umstände einer solchen Reihenuntersuchung.

Teil 2 thematisiert die Anforderungen an eine fundierte Aufklärung, Kapitel 3 den öffentlichen Diskurs und Kapitel 4 schließlich die Notwendigkeit von Transparenz sowie einer Kooperation vieler Fachleute verschiedener Professionen in diesem sensiblen Feld öffentlicher Gesundheitsfürsorge.

Die Broschüre steht als Download zur Verfügung und kann, gegen Zusage eines adressierten und mit 1,44 Euro frankierten Rückumschlags im DIN-A4-Format, angefordert werden.

**Bestelladresse:**

Institut für Public Health und Pflegeforschung  
der Universität Bremen  
Fachbereich 11  
Postfach 330440  
28334 Bremen  
www.public-health.uni-bremen.de

## Homosexualität – ein Thema für Jugendhilfe und Schule

Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales und das Rat- und Tat-Zentrum für Schwule und Lesben e.V. in Bremen haben einen Leitfaden für eine Fortbildung zum Thema „Homosexualität in der Jugendarbeit“ herausgegeben. Diese 80-seitige Arbeitshilfe für pädagogische Fachkräfte aus Jugendhilfe und Schule ist nach einem Baukastenprinzip konstruiert. Er beinhaltet im ersten Teil Module zu den Themen „Homosexualität und Gesellschaft“, „Lebenssituation lesbischer, schwuler und bisexueller Jugendlicher“, und „Coming Out“.

Teil 2 enthält ein Curriculum, in dem Lehrinhalte, Lernziele und Methoden aufgezeigt werden sowie eine Sammlung mit Übungen für Fortbildungen mit Erwachsenen und auch für die Arbeit mit Jugendlichen.

Der anschließende Service-Teil bietet ein umfangreiches Glossar, Literaturempfehlungen und Adressen sowie eine Vorlage für eine Seminarreihe zum Thema „Homosexualität und gleichgeschlechtliche Lebensweisen“ für Jugendliche.

**Bestelladresse:**

Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales  
Referat 41  
Contrescarpe 72  
28195 Bremen  
Sabine.michealis@soziales.bremen.de

## FACHHEFTREIHE

### Teenager-Schwangerschaften in Sachsen

Der Anteil minderjähriger Mütter in Sachsen hat sich in den letzten zehn Jahren mehr als verdoppelt. 2002 brachten dort 20 von 10 000 Mädchen oder Frauen im Alter zwischen 10 und 17 Jahren ein Kind zur Welt, während in der gesamten Bundesrepublik seit 10 Jahren konstant etwa 14 von 10 000 jungen Frauen Mütter geworden sind. (2002 hat sich diese Zahl auf 15 erhöht.)

Die Datenlage in Sachsen war Anlass für die BZgA, eine Expertise zu beauftragen, die von der Hochschule Mittweida in Kooperation mit der Universität Leipzig durchgeführt wurde. Die nun vorliegenden Ergebnisse, die in der Fachheftreihe „Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung“ im August 2005 veröffentlicht wurden, geben zunächst einmal Aufschluss über bestehende Beratungsangebote in dem Bundesland, die Inanspruchnahme durch die jungen Frauen sowie den tatsächlichen Hilfebedarf.

Ausführlich analysieren die Wissenschaftlerinnen die Lebenssituation der jugendlichen Schwangeren und stellen fest, dass ein niedriger Sozial- und Bildungsstatus und die daraus resultierenden verminderten Teilhabechancen an der Gesellschaft bei der Verwirklichung eines Kinderwunsches im Jugendalter eine besondere Rolle spielen.

Die Ergebnisse im Einzelnen können in dem 168 Seiten starken Fachheft-Band Nr. 26 nachgelesen werden.

**Bestelladresse:**

BZgA  
51101 Köln  
order@bzga.de  
Telefax (0221) 8992 257  
Best.-Nr. 133 000 26

### Sexualpädagogische Jungenarbeit

Zeitgleich im August 2005 ist der 200-seitige Band „Sexualpädagogische Jungenarbeit“ in der Fachheftreihe erschienen, den der Autor Reinhold Munding im Auftrag der BZgA verfasst hat. Inhalt dieser Publikation ist die Weiterentwicklung und Professionalisierung der Jungenarbeit seit 1995, dem Zeitpunkt einer ersten Expertise

der BZgA, die die Grundlage für diese zweite Untersuchung bildet.

Munding stellt eine Definition von Jungenarbeit und ihrer gesellschaftlichen Bedeutung an den Anfang und untersucht, welche Begriffe von (sexualpädagogischer) Jungenarbeit den Angeboten in der Praxis zugrunde liegen.

Auf der Basis einer bundesweiten Fragebogenerhebung wird ein Überblick über bestehende Formen, Themen und Methoden von Jungenarbeit gegeben. Zahlreiche Grafiken veranschaulichen etwa, wie sich der Anteil der Jungenarbeit bei den verschiedenen Trägern entwickelt und etabliert hat, wie sie finanziert wird, wie viel männliches Personal überhaupt zur Verfügung steht und wie es für die Aufgabe qualifiziert ist. Zudem werden Angebotsformen, konkrete Inhalte, Förderbedarf und vieles mehr dokumentiert.

**Bestelladresse:**

BZgA  
51101 Köln  
order@bzga.de  
Telefax (0221) 8992 257  
Best.-Nr. 133 000 00

## BÜCHER

### Lust ohne Last

Der Medizinhistoriker Robert Jütte hat in seinem profunden Buch „Lust ohne Last“ die Geschichte der Empfängnisverhütung von der Antike bis zur Gegenwart aufgezeichnet. Die Basis seiner Ausführungen bildet eine große Zahl von Quellen aus 2000 Jahren, die über Moralvorstellungen und Verhütungstechniken Auskunft geben.

Sein Hauptinteresse gilt der Ideengeschichte der Empfängnisverhütung: Wie haben Kirche, Staat und auch bestimmte Berufsgruppen ethische und sittliche Haltungen geprägt, und welche Moralvorstellungen sind nachhaltig wirksam geblieben?

Jütte fragt unter anderem auch nach den historischen wie aktuellen Einstellungen der drei großen Weltreligionen zur Familienplanung und geht auf wichtige demografische und bevölkerungspolitische Aspekte ein.

„Lust ohne Last. Geschichte der Empfängnisverhütung“ umfasst 368 Seiten, ist 2003 im C. H. Beck Verlag München erschienen und kostet 14,90 Euro.

**Bezug:**

Im Buchhandel

## Das Verhütungsbuch für Girls (und Boys)

Das Verhütungsbuch der Medizinjournalistin Petra Neumayer ist in erster Linie für sehr junge Mädchen konzipiert. Gleich im ersten Kapitel über „Die Liebe und das Verliebt sein“ spürt man das Engagement der Autorin, die jungen Mädchen vor einer ungewollten Schwangerschaft gerade beim ersten Mal zu bewahren, ihr Selbstbewusstsein zu stärken und ihnen fundiertes Wissen an die Hand zu geben.

In dem mit 114 Seiten umfangreichen Buch, das nur mit wenigen Zeichnungen illustriert ist, stellt sie die ganze Palette von Verhütungsmitteln, ihre Funktionsweise, Sicherheit und Kosten vor. Dem weiblichen Zyklus widmet sie ein Kapitel, ein anderes dem Thema „Frauenarzt/Frauenärztin“, das häufig angstbesetzt ist und deshalb in Form von Fragen der Mädchen ausführlich dargestellt wird.

Im Kapitel „Mach's nie ohne!“ benennt sie neun „Risikofallen“ wie Petting, Aufpassen und Alkohol, und klärt sachlich und unumwunden über die tatsächlichen Risiken auf. Eine Tabelle mit Fragen hilft den Mädchen, das individuell richtige Verhütungsmittel zu finden.

Das „Verhütungsbuch“ von Petra Neumayer ist Ende 2003 im Foitzick Verlag erschienen und kostet 14,90 Euro.

### Bezug:

Im Buchhandel

## ZEITSCHRIFTEN

### TelevIZIon Themenheft „Erotik und Sexualität“

Sexualität im Fernsehen: Wie wird das Thema in einschlägigen Kinder- und Jugendinformationssendungen wie PuR und DR. MAG love aufbereitet? Wie viel Realitätsnähe können sich die Produzenten so genannter „Daily Soaps“ leisten? Sind diese Sendungen auch dann erfolgreich, wenn sie echte Identifikationsfiguren anbieten, oder lieben Jungen und Mädchen die Soap-Stars gerade, weil sie extrem schlank, nie picklig sind und keinen „Bad-Hair-Day“ kennen?

Der Herausgeber der Zeitschrift „TelevIZIon“, das Internationale Zentralinstitut für das Jugend- und Bildungsfernsehen, hat ein spannendes

Heft publiziert, das über die genannten Themen hinaus auch Programmebeobachtungen unter dem Schwerpunkt „Jugendschutz“ im Fernsehen allgemein und viele interessante Forschungsergebnisse enthält.

Gunter Neubauer und Reinhard Winter etwa berichten über eine Erhebung zur Rezeption von Fernseh-Erotik durch männliche Jugendliche: „Je natürlicher, desto besser“, ließe sich ihr Fazit der Jungen auf den Punkt bringen. „Erotik ja, Porno nein“ lautet, stark verkürzt, das Ergebnis einer ähnlichen Untersuchung über 12- bis 18-jährige Mädchen und deren Einschätzung von Erotik im Fernsehen.

TelevIZIon 18/2005/1 mit 64 Seiten kann kostenlos bestellt werden.

### Bestelladresse:

Internationales Zentralinstitut für das Jugend- und Bildungsfernsehen (IZI) beim Bayerischen Rundfunk  
Rundfunkplatz 1  
80335 München  
Telefon (089) 5900 2991  
Telefax (089) 5900 2379  
IZI@brnet.de  
www.izi.de

## STUDIEN

### Chlamydia Trachomatis bei jungen Mädchen in Berlin

Chlamydia Trachomatis (CT) ist in Europa und USA das häufigste sexuell übertragene Bakterium mit einer wachsenden Zahl Infizierter und gilt als Hauptverursacher infektionsbedingter Sterilität. Die meisten Infizierten sind Mädchen und junge Frauen, deren Genitaltrakt die Chlamydien besonders gut besiedeln können und deren lokale Immunabwehr zudem noch nicht ausgereift ist.

Eine Untersuchung im Auftrag der Ärztlichen Gesellschaft zur Gesundheitsförderung der Frau (ÄGGF e.V.) sollte erste Hinweise zur Verbreitung von CT-Infektionen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen liefern. Gleichzeitig sollten Informationen zum Sexual- sowie Verhütungs- und Schutzverhalten und zum Wissen über diese Infektion gewonnen werden.

Hierzu wurden in mehr als 90 Berliner Schulen Schülerinnen durch Ärztinnen der ÄGGF im Unterricht über die Problematik und über Untersuchungsmöglichkeiten informiert. Zusätzlich zu dem Screening-Angebot

wurde ein anonymer Fragebogen eingesetzt. Datengrundlage waren schließlich 521 Untersuchungsergebnisse und ausgefüllte Fragebogen.

Insgesamt wurde bei 6,2% aller untersuchten Mädchen eine CT-Infektion festgestellt. Das Informationsniveau zu CT ist dabei äußerst gering.

Die Ergebnisse sind in stark gekürzter Form auf den Internet-Seiten der ÄGGF einsehbar ([www.aeggf.de/aktuelles\\_projekt\\_detail\\_chlamy.php](http://www.aeggf.de/aktuelles_projekt_detail_chlamy.php)). Ein längerer Bericht wurde im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht: Gille, G. et al.: Chlamydien, eine heimliche Epidemie unter Jugendlichen (...), Deutsches Ärzteblatt, Jg. 102, Heft 28–29/2005; 2021–2025. Das Einzelheft kostet 6,30 Euro.

### Bestelladresse:

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH  
Postfach 40 02 54  
50832 Köln  
Telefon (02234) 7011460  
Verlag@aerzteblatt.de  
www.aerzteblatt.de

## Verhütungsverhalten bei ungewollten Schwangerschaften

2004 hat die pro familia Köln eine Befragung von Frauen und Paaren zum Verhütungsverhalten bei ungewollten Schwangerschaften durchgeführt, in deren Folge 719 Fragebogen ausgewertet werden konnten. Welche Verhütungsfehler werden insbesondere bei Pille und Kondom gemacht, den am häufigsten benutzten Kontrazeptiva? Welche anderen Verhütungsmittel werden angewendet? Wer entscheidet über die Verhütungsmethode? Ist die Pille danach bekannt? Die Antworten auf diese Fragen wurden mit Alter, Bildung und Lebenssituation der befragten Personen in Beziehung gesetzt.

Die Ergebnisse sind zwar nicht repräsentativ, basieren aber auf einer relativ großen Datenmenge und geben durchaus interessante Hinweise, die der Autor, Andreas Rothkegel, mit Ergebnissen einer BZgA-Studie zum Verhütungsverhalten aus 2003 kontrastiert.

Es sind vor allem Verhütungspannen, die zu ungewollten Schwangerschaften führen. Hier kann es vor allem bei der Einnahme der Pille und bei Kondomanwendung zu Fehlern kommen, während etwa die Spirale, die keiner vergleichbaren Sorgfalt bei der Anwendung bedarf, weit weniger anfällig für Verhütungspannen ist.

Die vollständigen Ergebnisse dieser Studie sind im Internet unter [www.profamilia.de/koeln-zentrum](http://www.profamilia.de/koeln-zentrum), Rubrik „Veröffentlichungen“ abrufbar.

**Kontakt:**

pro familia Köln-Zentrum  
Hansaring 84–86  
50670 Köln  
Telefon (0221) 12 20 87

## INTERNET

### Familien-Wegweiser

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bietet Familien einen neuen Service: Sie erhalten mit dem Familien-Wegweiser per Internet eine zentrale Anlaufstelle, die über alle finanziellen Leistungen, Dienstleistungen und über Bildungs- und Beratungsleistungen für Familien informiert. Der Familien-Wegweiser ist ein erster Schritt in Richtung einer „Familienkasse“. In ihr sollen auf mittlere Sicht die Zuständigkeiten von Behörden, Leistungen und Dienste zusammengeführt werden, so dass Eltern Unterstützung aus einer Hand erfahren.

**Kontakt:**

[www.familien-wegweiser.de](http://www.familien-wegweiser.de)

### Frühkindliche Erziehung

Auf Initiative des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und der Initiative D21 wurde ein Themenportal zur frühkindlichen Erziehung geschaffen. Dieses Portal möchte Erzieherinnen und Erziehern, Tagespflegepersonen, Eltern und Kindern Tipps und Anregungen für die tägliche praktische Arbeit anbieten, über interessante Termine informieren oder auch auf Fortbildungen aufmerksam machen.

**Kontakt:**

[www.wissen-und-wachsen.de/home.aspx?Page=ae27ab38-d019-4dfc-a7e2-da3e0f46c89e](http://www.wissen-und-wachsen.de/home.aspx?Page=ae27ab38-d019-4dfc-a7e2-da3e0f46c89e)

### Aids-Beratung

Seit dem 4. Oktober 2005 bietet die Online-Beratung der Aids-Hilfen Informationen und Beratung zu HIV, Hepatitis und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten.

„Hier können Sie fragen, wie Sie

sich schützen können und klären, ob Sie sich angesteckt haben könnten. Sie können besprechen, ob Sie einen HIV-Test machen sollten und Ihre Fragen zum Leben mit HIV oder zu Behandlungen stellen. Auch als Partner/in bzw. Angehörige/r können Sie hier Unterstützung suchen“, so der einführende Text.

Erfahrene und speziell geschulte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Aids-Hilfen Aachen, Augsburg, Berlin, Düsseldorf, Halle, Hamburg, Lübeck, München, Münster, Nürnberg-Erlangen-Fürth, Tübingen-Reutlingen, Wuppertal und von Fixpunkt Berlin beantworten Anfragen individuell und schnellstmöglich, jedoch spätestens innerhalb von drei Arbeitstagen. Sie vermitteln auf Wunsch Kontakte zu Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen.

Angaben zu allen Aids-Hilfen und Angeboten bietet die Homepage der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. [www.aidshilfe.de](http://www.aidshilfe.de)

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) stellt als staatlicher Träger der Aidsaufklärung aktuelle Angaben zu allen Gesundheitsämtern, Aids-, Sexual- und Suchtberatungsstellen zur Verfügung: [www.bzga.de/Service/Beratungsstellen](http://www.bzga.de/Service/Beratungsstellen).

**Kontakt:**

[www.aidshilfe-beratung.de](http://www.aidshilfe-beratung.de)

### Lokale Bündnisse für Familie

Die Initiative „Lokale Bündnisse für Familie“ für mehr Familienfreundlichkeit arbeitet auch unter der neuen Regierung mit voller Kraft weiter: 239 Bündnisse gibt es derzeit, über 200 weitere Bündnisgründungen sind in Vorbereitung.

Der Höhepunkt im Jahr 2006 wird der Erste Deutsche Familientag am 15. Mai 2006 in Berlin auf der Museumsinsel sein. Nähere Informationen dazu wird es Anfang 2006 an dieser Stelle geben. Außerdem kann ein Newsletter „Zukunft Familie“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend kostenlos abonniert werden ([www.bmfsfj.de/Kategorien/Service/newsletter-abo.html](http://www.bmfsfj.de/Kategorien/Service/newsletter-abo.html)), der aktuell und umfassend informiert.

**Kontakt:**

Dr. Jan Schröder  
Leiter des Servicebüros  
Lokale Bündnisse für Familie  
c/o JSB Dr. Jan Schröder  
Beratungsgesellschaft mbH

Charlottenstraße 65  
10117 Berlin-Mitte

**Postanschrift:**

Am Neutor 5  
53113 Bonn  
Telefon (0180) 52 52 212  
Telefax (0180) 52 52 213  
[info@lokale-buendnisse-fuer-familie.de](mailto:info@lokale-buendnisse-fuer-familie.de)  
[www.lokale-buendnisse-fuer-familie.de](http://www.lokale-buendnisse-fuer-familie.de)

## CD-ROM

### Freiheit in Grenzen II

Für eine Stärkung der Erziehungskompetenz von Eltern pubertierender Mädchen und Jungen ist die neu erschienene CD-ROM „Freiheit in Grenzen II“ gedacht. (Die erste CD-ROM dieser Reihe richtet sich an Eltern von Kindern im Alter zwischen sechs und zwölf Jahren.)

Die CD-ROM will anhand von Beispielen aus der Praxis Hilfestellung im familiären Alltag geben und das erzieherische Verhalten von Eltern von Kindern ab etwa zwölf Jahren unterstützen. Entwickelt wurde das Medium mit Fördermitteln des Bayerischen Familienministeriums von Prof. Dr. Klaus Schneewind, Departement Psychologie an der Universität München.

Das Elternttraining basiert auf mehreren filmisch dargestellten Erziehungssituationen aus dem Familienalltag, bei denen verschiedene Verhaltens- und Reaktionsmöglichkeiten vorgeführt werden.

Die einzelnen Verhaltensmöglichkeiten der Eltern und Kinder werden in ihren gegenseitigen psychologischen Auswirkungen verständlich erklärt und dargestellt. Die Handhabung der CD-ROM ist einfach konzipiert, so dass es nur geringer Grundkenntnisse im Umgang mit dem PC bedarf.

Die CD-ROM kann gegen eine Schutzgebühr (10 Euro) bestellt werden.

**Bestelladresse:**

Prof. Dr. Klaus Schneewind  
Departement Psychologie der  
Universität München  
Leopoldstr. 13  
80802 München  
Telefax ( 089) 2180-5235  
[www.freiheit-in-grenzen.org](http://www.freiheit-in-grenzen.org)

## ARBEITSHILFEN

**Das Schwellkörpersystem der Frau**

Zurzeit wird von der Firma SOMSO in Coburg auf Initiative der Autorin Angelika Beck ein dreidimensionales anatomisches Modell des Schwellkörpersystems der Frau entwickelt. Das lebensgroße Modell zeigt das Becken mit den weiblichen Genitalien und ist von allen Seiten einsehbar. Das Innere ist, bis auf die Beckenknochen, farbig, weich, biegsam und tastbar.

Hintergrund für diese Entwicklung ist das Anliegen, das sexuelle Potenzial des weiblichen Schwellkörpersystems zu betonen. So würde bisher, wie Beck ausführt, die Klitoris in Aufklärungsmaterialien fast ausschließlich nur als „erbsengroß“ dargestellt, die Scheide als passive Hülle für den Penis, dessen Erektionsfähigkeit dagegen grundsätzlich anschaulich gemacht oder zumindest thematisiert würde.

Das neue Modell soll den Mädchen unter anderem eine mentale, emotionale und taktile Aneignung ihrer weiblichen Körperlichkeit erleichtern.

Einsetzbar ist es bei der Vermittlung elementarer Kenntnisse der Sexualorgane in der schulischen und außerschulischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, im gynäkologischen und therapeutischen Bereich.

Der Preis stand bei Redaktionsschluss noch nicht fest und kann beim Hersteller erfragt werden.

**Bestelladresse:**

SOMSO  
Friedrich-Rückert-Straße 54  
96450 Coburg  
Telefon (09561) 85740  
Telefax (09561) 857411  
somso@somso.de  
www.somso.de

## FORTBILDUNGEN

**Sexualpädagogische Arbeit mit Jugendlichen**

Für Lehrerinnen und Lehrer sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus dem sozialen und medizinischen Bereich, die sexualpädagogisch mit Jungen und Mädchen arbeiten wollen, bietet die Malteser Gesundheitsförderung und Prävention 2006 verschiedene Fortbildungsseminare an, in denen

eigene Materialien und Programme vorgestellt und vermittelt werden: „Schmetterlinge im Bauch“ für die Arbeit mit Mädchen ab Klasse 4 findet am 6. April an einem Nachmittag statt. „Alec und Sara – über Freundschaft, Liebe und Zärtlichkeit“ ist eine Fortbildung zur sexualpädagogischen Arbeit mit Jugendlichen ab Klasse 8 und findet am 16. Februar vormittags oder am 18. Mai nachmittags statt. „Jungen sind anders“ für Jungen ab Klasse 7 ist eine Vormittagsveranstaltung am 16. März 2006.

Veranstaltungsort ist Köln. Die Seminargebühren betragen jeweils 21,50 Euro. Auf Anfrage führt der Veranstalter alle Seminare auch bundesweit durch.

**Kontakt:**

Telefon (0221) 9822-596  
gup@malteser.de

**Verhütung: Fortbildungsangebot des Instituts für Sexualpädagogik**

Da auf dem Markt der Verhütungsmittel immer wieder Neuerungen eingeführt werden, Altbekanntes plötzlich verschwindet oder in neuer Variation auftaucht, ist es für Berater/Beraterinnen und Sexualpädagogen/-pädagoginnen erforderlich, sich von Zeit zu Zeit auf den neuesten Informationsstand zu bringen. Das ISP bietet Institutionen die Durchführung eines Fachtages zur Fortbildung an. Dieser Fortbildungstag bietet eine aktuelle Übersicht über gängige und weniger bekannte Verhütungsmethoden, deren Sicherheit, Kosten und Anwendungsmodalitäten. Es wird geklärt, welche Methoden für verschiedene Zielgruppen geeignet sind und wie die Aufklärung von Jugendlichen und Erwachsenen zu diesem Thema gelingen kann. Abgestimmt auf die sexualpädagogische und beraterische Praxis der Fortbildungsteilnehmer/-innen soll die spezifische und angemessene Ansprache von Mädchen und Jungen, Frauen und Männern geübt und diskutiert werden. Die Fortbildung kann einzeln oder in Verbindung mit unserem Fachtage zum Thema „Teenager-Schwangerschaft“ veranstaltet werden. Das Bildungsangebot wird von zwei Personen des ISP gestaltet. Das Honorar wird bei Anfrage vereinbart. Weitere Informationen zu Bildungsangeboten des Instituts für Sexualpädagogik finden Sie auf unserer Website [www.isp-dortmund.de](http://www.isp-dortmund.de).

**Kontakt und Buchung:**

[info@isp-dortmund.de](mailto:info@isp-dortmund.de)

**Teenager-Schwangerschaften: Fortbildungsangebot des ISP**

Warum werden Mädchen bei dem vielfältigen Angebot und der guten Verfügbarkeit von Verhütungsmitteln überhaupt schwanger? Was bedeutet der Anstieg der Abbrüche bei minderjährigen Schwangeren für die sexualpädagogische und beraterische Arbeit mit Mädchen und Jungen? Wie kann eine erfolgreiche Prävention aussehen?

Die eintägige Fortbildung zum Thema „Teenager-Schwangerschaften“ vermittelt verlässliches Wissen und Praxisimpulse zu diesen Fragen. In einem Informationsteil werden anhand der aktuellen Daten zu Teenager-Schwangerschaften (Abbrüche und Geburten) und ihrer realistischen Interpretation Konsequenzen für die sexualpädagogische und beraterische Praxis diskutiert.

In einem Praxisteil erarbeiten die Teilnehmer/-innen gemeinsam alltagstaugliche Maßnahmen und Hilfsangebote für die Prävention einer ungewollten Mutter- und Vaterschaft bei Jugendlichen.

**Kontakt und Buchung:**

[info@isp-dortmund.de](mailto:info@isp-dortmund.de)

**In eigener Sache**

**Wir möchten Multiplikatoren und Multiplikatorinnen an dieser Stelle darauf hinweisen, dass die Broschüre „Sicher-gehn“ der BZgA, die bekanntlich umfangreiche Informationen über Verhütungsmittel und -methoden enthält und für Endverbraucher bestimmt ist, zweimal jährlich aktualisiert wird. Wir empfehlen Ihnen deshalb, kleinere Mengen dieser Publikation (Best.-Nr. 13 060 000) in kürzeren Abständen zu bestellen.**

*Ihre BZgA*

**Berichtigung**

**In FORUM 1/2005 hat sich ein bedauerlicher Fehler eingeschlichen: In der Grafik auf Seite 20 (Abb. 2) liegen alle Prozentangaben um 10% zu hoch. Sämtliche Zahlenangaben im Text sind dagegen korrekt. Wir bitten, dieses Versehen zu entschuldigen.**

*Ihre Redaktion*

## Berichte

- 3 Die Qual der Wahl – Lust und Frust der täglichen Verhütung  
Ein Beitrag zu Anspruch und Wirklichkeit  
in der Verhütungsberatung  
*Dorothea Schuster*
- 7 Verhütung heute. Neue Fakten und Trends  
*Helga Seyler*
- 12 Verhütungsberatung durch Arzt oder Ärztin –  
ein Unterschied?  
Zum Stellenwert der ärztlichen Verhütungsberatung und der  
Bedeutung des Geschlechts der Beratenden  
*Sibil Tschudin*
- 16 Wissen und Verhalten türkischer Migrantinnen in Bezug  
auf Sexualität und Verhütung  
*Emine Yüksel*
- 20 Verhütung – Perspektiven von Frauen und Männern  
*Cornelia Helfferich, Heike Klindworth, Jan Kruse*
- 24 Fallstricke und Fortschritte in der sexualpädagogischen  
Arbeit zum Thema Kondom  
*Martin Gmielka*
- 27 Verhütung für den Mann – ein Arbeitsschwerpunkt der  
Weltgesundheitsorganisation WHO  
*Kirsten M. Vogelsong*
- 29 Das Recht auf Verhütung: Erfolge und Rückschläge  
*Elke Thoß*

## Infothek

- 34 Broschüren, Fachheftreihe, Bücher, Zeitschriften, Studien,  
Internet, CD-ROM, Arbeitshilfen, Fortbildungen

FORUM *Sexualaufklärung und Familienplanung*  
Eine Schriftenreihe der Bundeszentrale  
für gesundheitliche Aufklärung (BZgA),  
Abteilung Sexualaufklärung,  
Verhütung und Familienplanung  
Ostmerheimer Straße 220  
51109 Köln

[www.sexualaufklaerung.de](http://www.sexualaufklaerung.de)

Die Deutsche Bibliothek – CIP Einheitsaufnahme  
Forum Sexualaufklärung: Informationsdienst  
der Bundeszentrale für gesundheitliche  
Aufklärung/BZgA  
Bundeszentrale für gesundheitliche  
Aufklärung, Abteilung Sexualaufklärung,  
Verhütung und Familienplanung – Köln: BZgA  
Erscheint jährlich viermal.  
Aufnahme nach 1996,1  
ISSN 1431-4282

Konzeption:  
Abteilung Sexualaufklärung, Verhütung  
und Familienplanung  
Verantwortlich:  
Monika Hünert, Anke Erath  
Text und Redaktion:  
Heike Lauer, Frankfurt  
Layout und Satz:  
Dietmar Burger, Berlin  
Druck: Druckhaus Gummersbach  
Auflage: 1./14./1.06

FORUM *Sexualaufklärung und Familienplanung*  
3–2005 ist kostenlos erhältlich unter der  
Bestelladresse  
BZgA, 51101 Köln  
Best.-Nr. 13 32 92 01  
[order@bzga.de](mailto:order@bzga.de)  
Alle Rechte vorbehalten.  
Namentlich gekennzeichnete oder mit einem  
Kürzel versehene Artikel geben nicht in jedem  
Fall die Meinung der Herausgeberin wieder.

