

Wie werden ungewollt Schwangere in Deutschland psychosozial begleitet?

Strukturdaten und empirische Befunde zur bundesweiten Versorgung durch Schwangerschaftsberatungsstellen

Sabine Wienholz, Katja Krolzik-Matthei & Maika Böhm

1 Einleitung

Psychosoziale Versorgung im Kontext ungewollter Schwangerschaft umfasst nicht nur Informationen vor einem Schwangerschaftsabbruch und Unterstützung im Entscheidungsprozess zum Fortgang der Schwangerschaft. Auch nach einem Schwangerschaftsabbruch besteht die Möglichkeit der Begleitung im Bewältigungsprozess. Der Gesetzgeber hat in § 2 SchKG (Schwangerschaftskonfliktgesetz) den psychosozialen Unterstützungsbedarf als Rechtsanspruch formuliert und in § 8 SchKG die Länder beauftragt, zur Sicherstellung dieses Rechtsanspruchs für ein ausreichendes, weltanschaulich plurales und zugängliches Angebot in Form von Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen zu sorgen. Zu Einzelaspekten dieses Versorgungsangebots, wie etwa zu den Arbeitsschwerpunkten der Beratungsstellen und ihrer Vernetzung, gibt es zwar statistische Informationen, doch sind diese schwer vergleichbar und damit für Forschungszwecke in dieser Form kaum nutzbar (vgl. Busch, 2009). Eine systematische Untersuchung zur Beratungsstellenstruktur, Inanspruchnahme, Bedarfspassung und auch zur Wirksamkeit von Beratung und Unterstützung bei ungewollter Schwangerschaft fehlt bislang.

Das an der Hochschule Merseburg verortete Teilprojekt der ELSA-Studie »ELSA-PV – Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer – Angebote der Beratung und Versorgung. Teilprojekt psychosoziale Versorgung« (Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit, Laufzeit 11/2020–04/2024) zielte unter anderem auf eine systematische Erfassung von Strukturdaten der psychosozialen Versorgung bei ungewollter Schwangerschaft durch nach § 3 SchKG anerkannte Beratungsstellen sowie deren Vernetzung in die weitere psychosoziale und medizinische Versorgung. Schwangerschaftsberatungsstellen wurden dabei als zentrale

Akteur*innen der psychosozialen Versorgung ungewollt Schwangerer und als Schnittstelle ins psychosoziale wie auch medizinische Netzwerk in den Blick genommen.¹ Ziel dieses Beitrages ist es, Daten zur psychosozialen Versorgungsstruktur bei ungewollter Schwangerschaft abzubilden und zu diskutieren. Der Beitrag wird eingeleitet mit einem Überblick zu den gesetzlichen und rechtlichen Grundlagen, die hier als rechtliche Rahmung der Schwangerschaftskonfliktberatung zusammengefasst und erläutert werden (Kapitel 2). Anschließend erfolgen Analysen der Versorgungslage anhand von ausgewählten Strukturdaten aus der Gesundheitsberichterstattung, die um Auskünfte aus den Landesministerien ergänzt werden, sowie der verfügbaren Übersichtslisten zu den Beratungsstellen für Ratsuchende (Kapitel 3). Nach umfangreichen Prüfprozessen wurden die Listen in eine Beratungsstellenliste überführt, die im Forschungsprojekt zunächst als Grundgesamtheit der Beratungsstellen diente und im Forschungsverlauf den Referenzpunkt für die Darstellung von Befunden zur Beratungsstellenlandschaft bildete. Es schließt sich eine Darstellung ausgewählter empirischer Ergebnisse aus einer quantitativen Erhebung zur Angebotsstruktur von Schwangerschaftsberatungsstellen und deren regionalen Kooperationsstrukturen an (Kapitel 4). Sowohl die Strukturdaten als auch die empirischen Daten werden im Anschluss kritisch mit Blick auf Bedarfsentsprechung und Limitationen diskutiert sowie weitere Forschungs- und Handlungsbedarfe formuliert (Kapitel 5).

2 Rechtliche Rahmung der Beratung auf Bundes- und Landesebene

2.1 Bundesweit geltende rechtliche Grundlagen

Der § 218 StGB (Strafgesetzbuch), in dem der Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft als Straftatbestand benannt wird, und die folgenden

1 So heißt es beispielsweise in § 4 Abs. 2 SchKG: »Zur Information über die Leistungsangebote im örtlichen Einzugsbereich und zur Sicherstellung einer umfassenden Beratung wirken die Beratungsstellen in den Netzwerken nach § 3 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz mit.« Die Bedeutung der Schwangerschaftsberatungsstellen, vor allem in ihrer Netzwerkfunktion, auch für den Fall ausgetragener (ungewollter) Schwangerschaften wird durch die Handreichung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfe hervorgehoben (vgl. NFZH, 2015).

Normen und Paragrafen bilden den Ausgangspunkt für die Struktur der Schwangerschaftsberatungsstellen. In § 218a Abs. 1 StGB formuliert die sogenannte Beratungsregelung eine Ausnahme von der Strafbarkeit: Eine Schwangerschaft kann auf Verlangen der Schwangeren innerhalb der ersten zwölf Schwangerschaftswochen durch eine*n Ärzt*in straffrei abgebrochen werden, wenn im Vorfeld eine Beratung in Anspruch genommen und bescheinigt wird und diese mindestens drei Tage vor dem Abbruch stattgefunden hat. In § 219 StGB Abs. 2 ist geregelt, dass die vorgeschriebene Beratung aus § 218a StGB in einer nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz anerkannten *Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle* erfolgen muss. In § 219 StGB Abs. 1 werden die Ziele der verpflichtend wahrzunehmenden Beratung beschrieben und es wird auf das Schwangerschaftskonfliktgesetz verwiesen. Um die Ausgestaltung des SchKG in den Ländern zu regeln (gem. § 4 Abs. 4 SchKG), wurden nach dessen Inkrafttreten nach und nach und zum Teil mit erheblichem zeitlichem Abstand eigene Landesgesetze erlassen.

In § 2 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes ist zunächst das Recht auf Beratung in Fragen der Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung sowie in allen anderen Schwangerschaft unmittelbar oder mittelbar berührenden Fragen festgeschrieben, dafür zuständig sind staatlich anerkannten Schwangerschaftsberatungsstellen (§ 3 SchKG). Darüber hinaus finden sich weitere Aussagen zu den Beratungsinhalten einer sogenannten Schwangerschaftskonfliktberatung (§ 5 SchKG) und den formalen Rahmenbedingungen zur Umsetzung dieser Beratungen (§§ 6, 7 SchKG), die von staatlich anerkannten Beratungsstellen, im Öffentlichen Gesundheitsdienst oder von dafür anerkannten Ärzt*innen (§ 8 SchKG) vorgehalten werden. Damit einher geht der Auftrag an die Länder, je 40.000 Einwohner*innen mindestens eine*n Berater*in in Vollzeit zu beschäftigen (§ 4 Abs. 1 SchKG). Dieser Berechnungsschlüssel bildet den Rahmen dafür, wie viele Beratungsfachkräfte bzw. -stellen es in jedem Bundesland geben muss.

Den Anspruch auf finanzielle Förderung in angemessener Höhe regelt § 4 Abs. 3 SchKG. Die Begründung zielt vor allem darauf ab, dass die Schwangerschaftsberatung eine staatliche Aufgabe sei und der Staat durch diese Einrichtungen seine Garantenstellung zum Schutz des Lebens wahrnehme. Damit ist eine Finanzierung der Beratungsstellen entlang des oben genannten Schlüssels (§ 4 Abs. 1 S. 1 SchKG) zwar prinzipiell sichergestellt – allerdings sichern die Länder weit überwiegend nur eine 80-prozentige Finanzierung zu, sodass es mit Blick auf die strukturellen und konzeptionellen Rahmenbedingungen der einzelnen Träger dennoch zu teilweise

großen Unterschieden in Bezug auf die finanziellen Ressourcen von Beratungsstellen kommt. Beratungsstellen größerer Träger haben hier ebenso wie konfessionelle Träger (z. B. Caritas und Diakonie) unter Umständen mehr Spielraum und können mit eigenen Mitteln ausgleichen.

Der Gesetzgeber schreibt in § 8 SchKG zudem vor, dass die Länder ein ausreichendes plurales und wohnortnahe Angebot an Beratungsstellen sicherstellen müssen. Damit haben auch die Beratungsstellen in katholischer Trägerschaft Anspruch auf Förderung durch die Länder, sofern sie das weltanschaulich plurale, wohnortnahe Beratungsangebot mit absichern, obwohl diese nach Beschluss der Deutschen Bischofskonferenz seit dem Jahr 2000 keine Beratungsbescheinigungen nach § 7 SchKG mehr ausstellen (vgl. DBK, 1999). Als wohnortnah gilt zum Beispiel, wenn Ratsuchende die Beratungsstelle innerhalb eines Tages mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichen, sich beraten lassen und zu ihrem Wohnort zurückkehren können (u. a. § 2 Abs. 1 SchKGAG M-V; § 6 Abs. 1 Satz 2 SächsSchKGAG). Die Länder treffen hierzu im Rahmen ihrer jeweiligen Ausführungsgesetze Regelungen, die den spezifischen Besiedlungsstrukturen Rechnung tragen (siehe zur Vertiefung der rechtlichen Perspektiven auf den Schwangerschaftsabbruch auch den Beitrag von Chiofalo & Schmid in diesem Band; zur historischen Entwicklung der Beratungslandschaft siehe den Beitrag von Busch in diesem Band).

2.2 Daten aus der Gesundheitsberichterstattung (GBE)

Die Gesundheitsberichterstattung (GBE) gehört laut WHO (2012, S. 4) zu den zentralen Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD). Sie dient dazu, »die gesundheitliche Lage der Bevölkerung und die maßgeblichen Einflussfaktoren zu beschreiben« (Rosenkötter et al., 2020, S. 1067). Unabhängig davon haben die Beratungsstellen gemäß § 10 SchKG gegenüber dem Land einen Bericht über ihre Tätigkeit abzulegen. Diese Statistiken sind jedoch nicht einheitlich gestaltet und in Teilen – selbst für wissenschaftliche Zwecke – nicht zugänglich. In einzelnen Bundesländern existiert lediglich eine Rahmenverordnung zur Beobachtung und Bewertung des allgemeinen Gesundheitszustandes der Bevölkerung, ohne gesetzliche Zuständigkeit, Periodizität des Berichtswesens, inhaltliche Vorgaben zu relevanten Datenquellen oder konkrete und spezifische Indikatoren laut GBE (vgl. ebd.). Maßgeblich für die inhaltliche Gestaltung der GBE ist

der im Auftrag der Gesundheitsministerkonferenz erstellte Indikatorenatz (vgl. AOLG, 2003), der elf Themenfelder umfasst. Das für die vorliegenden Analysen relevante Themenfeld 7 beinhaltet mit Indikator 7.1 die Beratung zu Familienplanung und Schwangerschaftskonflikt.² Der unterschiedliche Grad an Verbindlichkeit in der statistischen Erfassung führt zu teilweise großen Lücken in Berichterstattung und Verfügbarkeit von Daten. Dennoch: Es ist davon auszugehen, dass alle Länder diese Informationen jährlich zusammentragen und damit über eine umfangreiche Datenbasis verfügen, auf deren Grundlage die Entwicklung der Beratungsstellenarbeit über Jahrzehnte nachvollzogen werden kann.

3 Strukturdatenanalyse zu Schwangerschaftsberatungsstellen

Vor dem Hintergrund der benannten Gesetze und Verordnungen und insbesondere im Sinne des pluralen und wohnortnahen Angebotes soll in einem ersten Schritt eine systematische Übersicht zur Verteilung der Beratungsstellen auf Länderebene erfolgen. Diese gliedert sich in drei Unterpunkte: Verteilung im Bundesgebiet und weltanschauliche Pluralität; Verteilung der Beratungsmöglichkeiten nach § 219 StGB in Verbindung mit § SchKG; regionale Verteilung der Beratungsstellen in den Bundesländern. In einem zweiten Schritt wird eine Einschätzung des Versorgungsschlüssels anhand recherchierter Daten zu den vorgegebenen Vollzeitäquivalenten (VzÄ) im Personalschlüssel vorgenommen.

3.1 Systematische Übersicht der Beratungsstellenlandschaft

Der Zusammenstellung einer validen Grundgesamtheit aller gesetzlich anerkannten Beratungsstellen in Deutschland ging eine umfangreiche Recherche

2 Das Themenfeld 7 beinhaltet Indikatoren zur Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsförderung und der Gesundheitsversorgung (AOGL, 2003, S. 483ff.). Dort lautet der erste Indikator (7.1) »Inanspruchnahme von Beratungen zur Familienplanung und bei Schwangerschaftskonflikten (§ 2 und §§ 5–6 SchKG), Land, Jahr« und erfasst aufgeschlüsselt nach Trägerart Beratungs- und Personalstellen und die Anzahl beratener Frauen nach § 2 und §§ 5–6 SchKG.

voraus. Eine zentrale Datenbank, nutzer*innenfreundlich mit Suchfunktion und Umkreissuche, bietet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) auf der Website [familienplanung.de](https://www.familienplanung.de), auf der »über 1.500 Beratungsstellen im gesamten Bundesgebiet erfasst« (BZgA, 2023) sind.³ Beratungsstellen haben die Möglichkeit, hier selbst ein Profil anzulegen und zu pflegen, »die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist für die Richtigkeit der Angaben im Detail nicht verantwortlich« (ebd.). Laut Angaben auf [familienplanung.de](https://www.familienplanung.de) werden die angegebenen Kontaktdataen regelmäßig geprüft, eine letzte solche Prüfung habe 2018/19 stattgefunden. Weiterhin stellen 14 von 16 Bundesländern online Adresslisten der Schwangerschaftsberatungsstellen auf einer Website (z. B. des zuständigen Ministeriums) oder als PDF-Download zur Verfügung. Diese variieren zum Teil erheblich in der Aktualität und enthalten in einigen Bundesländern auch Beratungsstellen, die nicht nach § 8 SchKG anerkannt sind und damit nicht den Anspruch einer fachgerechten Beratung erfüllen.

In der Recherche wurden daher die Online-Adresslisten der Schwangerschaftsberatungsstellen der Bundesländer und der BZgA-Datenbank durchsucht und miteinander abgeglichen. So entstand zwischen 2020 und 2022 eine bundesweite Liste von staatlich anerkannten Schwangerschaftsberatungsstellen (nach § 3 SchKG) mit 1.375 Einträgen (Stand: März 2023). Hier enthalten sind 1.052 Beratungsstellen, die nach § 219 StGB in Verbindung mit § 5 SchKG beraten und eine Beratungsbescheinigung nach § 7 SchKG ausstellen. Weiterhin konnten in sieben Bundesländern 327 Ärzt*innen recherchiert werden, die gemäß § 8 SchKG zur Durchführung von Konfliktberatungen anerkannt sind. Auf Grundlage dieser Übersichten können nun Aussagen über die Beratungsstellenlandschaft und damit über die psychosoziale Versorgung ungewollt Schwangerer in Deutschland getroffen werden.

Verteilung im Bundesgebiet und weltanschauliche Pluralität der Beratungsstellen

Proportional zur jeweiligen Einwohner*innenzahl in den Bundesländern haben die Bundesländer mit den meisten Einwohner*innen auch die größte Anzahl an Beratungsstellen. Die besiedlungsschwächeren Bundesländer im

3 Laut Angaben auf der Website sind niedergelassene Ärzt*innen mit einer Anerkennung nach § 8 SchKG nicht gelistet.

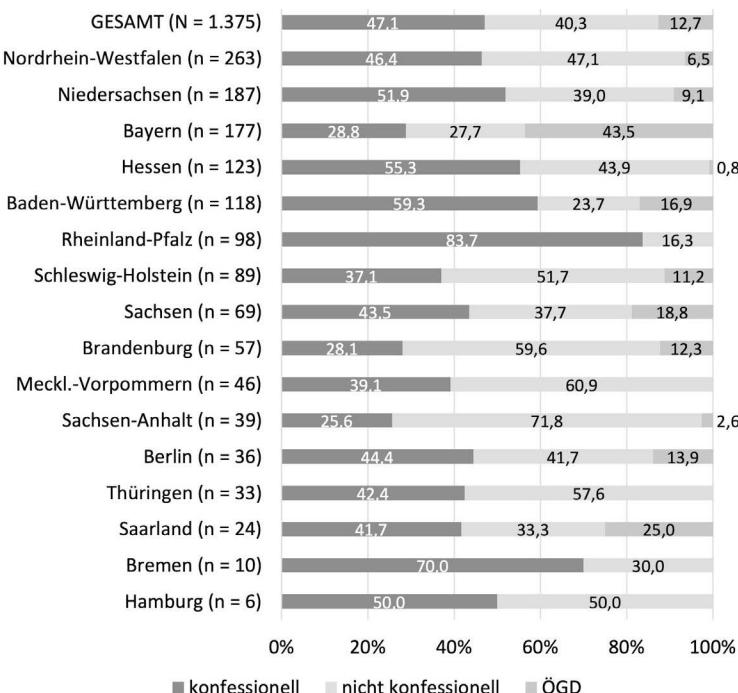


Abb. 1: Anerkannte Schwangerschaftsberatungsstellen, geclustert in drei Gruppen, je Bundesland (N = 1.375), Angaben in Prozent

Osten verfügen folgerichtig insgesamt über auffällig weniger Beratungsstellen als die westlichen Bundesländer, liegen jedoch – berechnet auf die Einwohner*innen pro Beratungsstelle – im Mittelfeld des Bundesdurchschnitts. Erkennbar werden deutliche Abweichungen insbesondere zwischen den südlichen und nördlichen Bundesländern: Im Süden kommen deutlich mehr Einwohner*innen auf jede Beratungsstelle als im Norden Deutschlands.

Die Gesetzeslage sieht vor, dass die Länder ein weltanschaulich plurales Beratungsstellenangebot vorhalten. In Abbildung 1 ist dargestellt, welchen Anteil konfessionelle, nicht-konfessionelle und Beratungsstellen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)⁴ an der Gesamtzahl der Beratungsstellen je Bundesland ausmachen.

4 Die Träger der Beratungsstellen wurden gruppiert erfasst in ÖGD, konfessionell und nicht-konfessionell. Dem ÖGD wurden Beratungsstellen zugeordnet, die an die kom-

Weltanschauliche Pluralität, das zeigt Abbildung 1, bedeutet in der Praxis nicht zwangsläufig eine Ausgewogenheit zwischen den Trägergruppen. Vielmehr scheint sich die Verteilung auch an den jeweiligen religiösen Prägungen der Länder zu orientieren. Der Anteil konfessioneller Beratungsstellen in den westdeutschen Bundesländern beträgt im Schnitt 49,6 %. Im Vergleich dazu: Durchschnittlich 53,5 % der Bevölkerung in den westdeutschen Bundesländern sind Mitglied der evangelischen oder katholischen Kirche (vgl. DBK, 2021; EKD, 2021). Die Verteilung der Träger scheint somit im Zusammenhang mit der regionalen Religionszugehörigkeit zu stehen – doch nicht nur, wie etwa das Beispiel Bayern mit einer überdurchschnittlich hohen Anzahl an Beratungsstellen im ÖGD oder die hohe Zahl an konfessionellen Beratungsstellen in einigen ostdeutschen Bundesländern zeigen.

Verteilung der Beratungsmöglichkeiten nach § 219 StGB in Verbindung mit § 5 SchKG

In engem Zusammenhang mit der weltanschaulichen Ausrichtung einer Beratungsstelle bzw. eines Trägers steht die Frage, inwiefern in einer Beratungsstelle Beratungen nach § 5 SchKG angeboten bzw. Beratungsberechtigungen nach § 7 SchKG ausgestellt werden. Der Anteil der scheinausstellenden Beratungsstellen beträgt laut Rechercheliste bundesweit im Durchschnitt 76,5 %.⁵ Im Ländervergleich zeigen sich auch hier Unterschiede (siehe Abb. 2).

Die Bundesländer Baden-Württemberg (66,4 %) und Rheinland-Pfalz (61,2 %) fallen insofern auf, als dort der Anteil der Beratungsstellen mit Beratungen nach § 219 StGB deutlich unter dem bundesweiten Durchschnitt liegt. Die geringen Anteile an scheinausstellenden Beratungsstellen in Berlin, Hamburg und Bremen werden durch eine entsprechend

munalen Gesundheitsämter angegliedert oder den Regierungsbezirken unterstellt sind. In der Gruppe der konfessionellen Träger befinden sich Beratungsstellen von der Caritas, dem Sozialdienst katholischer Frauen, der Diakonie und weitere Beratungsstellen, die in direkter Trägerschaft einer Kirche sind. Als nicht-konfessionell wurden pro familia, die Arbeiterwohlfahrt, das Deutsche Rote Kreuz, der katholische Laienverein donum vitae und Beratungsstellen des Paritätischen Wohlfahrtsverbands zugeordnet sowie Beratungsstellen weiterer freier Träger, die keine strukturelle Zugehörigkeit zu einer der christlichen Kirchen erkennen lassen.

5 In der Datenbank der BZgA betrug der Anteil 2022 75,4 %.

hohe Zahl an anerkannten Ärzt*innen ausgeglichen.

Regionale Verteilung in den Bundesländern

Relevant für die Beurteilung der Versorgungsstruktur ist auch die Frage der Erreichbarkeit und damit der regionalen Verteilung der Beratungsstellen. Laut §§ 3 und 8 SchKG müssen sie wohnortnah sein. Beinahe die Hälfte aller Beratungsstellen befindet sich in den Mittelstädten, wie Abbildung 3 zeigt. Zwischen den Bundesländern gibt es hier große Unterschiede, die sich aber folgerichtig aus der Verteilung von Gemeindetypen in den jeweiligen Ländern ergeben. So ist beispielsweise in Nordrhein-Westfalen der Anteil an Beratungsstellen in Großstädten besonders

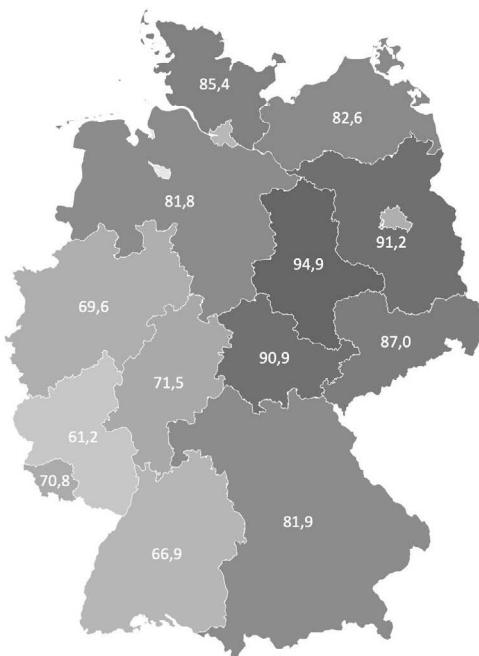


Abb. 2: Anteil der Schwangerschaftsberatungsstellen, die Beratungen nach §§ 5–6 SchKG durchführen (N = 1.375), Angaben in Prozent; Berlin: 69,4%, Hamburg: 66,7%, Bremen: 50%

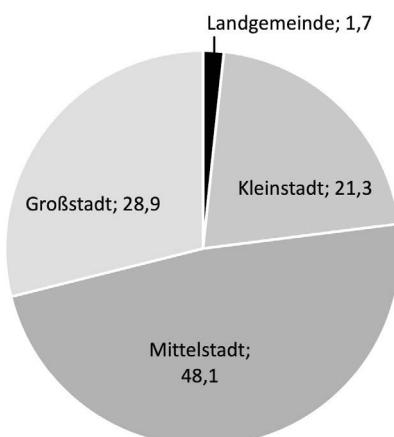


Abb. 3: Anteil der Beratungsstellen nach Regionaltyp (N = 1.375), Angaben in Prozent; 1 = Landgemeinde (bis 5.000 Einwohner), 2 = Kleinstadt (5.000 bis 20.000 EW), 3 = Mittelstadt (20.000 bis unter 100.000 EW), 4 = Großstadt (ab 100.000 EW); Einteilung gemäß Bundesinstitut für BBSR (2023)

hoch (44,1 %), in Rheinland-Pfalz und Mecklenburg-Vorpommern hingegen sind die Anteile an Beratungsstellen im ländlichen und kleinstädtischen Raum überdurchschnittlich hoch (52 %).

Während sich also mit Blick auf die Wohnortnähe eine gewisse Passung zwischen Standort der Beratungsstellen und länderspezifischer Verteilung der Gemeindetypen andeutet, ist bei der weltanschaulichen Pluralität nur teilweise ein Zusammenhang mit konfessionellen Strukturen der jeweiligen Bundesländer zu erkennen. Darüber hinaus lässt sich eine geringere Dichte an Beratungsmöglichkeiten nach § 5 SchKG in den südwestlichen Bundesländern im Verhältnis zu den Einwohner*innenzahlen konstatieren.

3.2 Versorgungsschlüssel nach § 4 Abs. 1 SchKG

Zur Einschätzung der Versorgungslage mit Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen wurde der sogenannte Versorgungsschlüssel herangezogen, sofern die entsprechenden Daten recherchierbar waren. Wie oben erwähnt, beauftragt § 4 Abs. 1 SchKG die Länder, je 40.000 Einwohner*innen mindestens eine*n Berater*in in Vollzeit zu beschäftigen.⁶ Einer Abfrage per E-Mail bei den zuständigen Landesministerien zu Indikator 7.1 der Gesundheitsberichterstattung im ersten Quartal 2023 zufolge liegt der Versorgungsschlüssel mit geringen Abweichungen im gesetzlich vorgeschriebenen Rahmen (1:40.000).

Die Berechnung der länderspezifischen VzÄ ergab ein nahezu homogenes Bild in der Versorgungslage: Mit einer geringen Variation zwischen 0,85 und 1,19 VzÄ pro 40.000 Einwohner*innen kann der Status der VzÄ der Länder als weitestgehend den Gesetzesvorgaben entsprechend bewertet werden.

Welche Zusammenhänge sich zwischen Trägerschaft, regionaler Verortung und den Angebots- und Kooperationsstrukturen der Beratungsstellen finden lassen, zeigen ausgewählte Ergebnisse im folgenden Kapitel.

⁶ Auch niedergelassene Ärzt*innen können sich nach § 9 SchKG anerkennen lassen und sind demnach befugt, Beratungen nach §§ 5–6 SchKG durchzuführen und Beratungsbescheinigungen nach § 7 SchKG auszustellen. Inwiefern diese in die Berechnung des Schlüssels eingehen, variiert zwischen den Ländern. So bezieht beispielsweise Berlin sie nicht in die Berechnung ein, in Nordrhein-Westfalen werden sie mit 25 % auf den Schlüssel angerechnet.

4 Angebotsstruktur und Vernetzung von Schwangerschaftsberatungsstellen

4.1 Methodisches Vorgehen und Stichprobenbeschreibung

Mithilfe einer bundesweiten Online-Erhebung unter Leitungskräften wurde die psychosoziale Versorgungsstruktur bei ungewollter Schwangerschaft analysiert. Anhand ausgewählter Daten sollen nun folgende Fragestellungen genauer beleuchtet werden: (F1) Welche Angebote halten Beratungsstellen im Kontext von ungewollten Schwangerschaften bereit? (F2) Wie finden dabei Personen in belasteten Lebenssituationen Berücksichtigung? (F3) Und, wie sind sie mit dem System der psychosozialen und medizinischen Hilfen vernetzt?

Die Rekrutierung der Leitungskräfte für die Erhebung erfolgte auf Basis der oben beschriebenen Beratungsstellenliste. Zum Zeitpunkt der Erhebung im vierten Quartal 2021 enthielt diese 1.288 Einträge. Das Erhebungsinstrument bestand aus einem Onlinefragebogen mit 39 neu konzipierten Fragen zu den Themenkomplexen Öffentlichkeitsarbeit, Angebotsstruktur und Kooperationsbeziehungen. Die forschungsethische Orientierung erfolgte entlang der Bonner Ethik-Erklärung (Poelchau et al., 2015), der Datenschutzbeauftragte der Hochschule Merseburg erteilte nach Prüfung die Genehmigung. Nach einem Pretest wurde der Link zum Fragebogen per E-Mail inklusive zweier Reminder an die Leitungskräfte der Beratungsstellen verschickt. Zur Erhöhung der Teilnahmebereitschaft wurden Incentives in Form von Fachbüchern verlost. Die Stichprobe der Befragung umfasste nach Bereinigung $n = 583$ Leitungskräfte von Schwangerschaftsberatungsstellen. Die Rücklaufquote unter Berücksichtigung von Drop-outs betrug demnach 45,3 %. Die Auswertung der Daten erfolgte durch univariate und bivariate Berechnungen mithilfe des Statistikprogramms SPSS 27.

Wie in Tabelle 1 erkennbar, haben sich an der Befragung etwas häufiger als in der Grundgesamtheit Leitungskräfte aus Beratungsstellen in nicht-konfessioneller Trägerschaft, aus Großstädten und aus dem Süden Deutschlands und mit Scheinausstellung nach einer § 219-Beratung beteiligt. Beratungsstellen aus der Region West, in Mittelstädten und in konfessioneller Trägerschaft waren hingegen seltener vertreten. Dennoch kann die vorliegende Stichprobe als repräsentativ für die Grundgesamtheit eingeordnet werden, da die Abweichungen gering sind.

Tab. 1: Vergleich der Stichprobe mit Grundgesamtheit, Angaben in Prozent

		Grundgesamtheit (N = 1.288)	Stichprobe (n = 583)
Träger	konfessionell	47	42
	nicht konfessionell	40	44
	kommunal/ Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)	12	14
Region	Nord	21	19
	Ost	21	23
	Süd	21	29
	West	37	29
Regionaltyp	ländlich/Kleinstadt	23	24
	Mittelstadt	48	42
	Großstadt	29	34
§ 219-Beratung		76	81

Etwa zwei Fünftel (41,2 %) der Befragten leiteten eine Beratungsstelle mit maximal drei Beschäftigten, etwa die Hälfte (46 %) waren in einer Beratungsstelle mit vier bis zehn Personen beschäftigt und 12,9 % hatten größere Teams von elf und mehr Personen.

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich nur auf die 474 Beratungsstellen, die Beratungen nach § 219 StGB durchführen.

4.2 Ergebnisse zur Angebotsstruktur und Vernetzung von Schwangerschaftsberatungsstellen

Im folgenden Abschnitt werden Ergebnisse zu Beratungsangeboten präsentiert, die sich unter anderem an spezifische Zielgruppen richten. Gleichzeitig soll der Charakter der Beratungsstellen als Schnittstellen ins psychosoziale und zum Teil auch medizinische Netzwerk mithilfe der Verweisungspraktiken und der dafür nötigen Netzwerkstruktur abgebildet werden.

Psychosoziale Angebote nach einem Schwangerschaftsabbruch

Die Sicherstellung der psychosozialen Versorgung nach einem Schwangerschaftsabbruch ergab folgendes Bild: Während das Beratungsangebot nach einem Schwangerschaftsabbruch zum Standardrepertoire einer Beratungsstelle gehörte, waren andere Angebote eher weniger etabliert.

Tab. 2: Psychosoziale Angebote der Beratungsstellen nach einem Schwangerschaftsabbruch, n = 474, Mehrfachantworten möglich, Angaben in Prozent

Angebote der Beratungsstellen nach einem Schwangerschaftsabbruch	
weitergehendes Beratungsangebot nach einem Schwangerschaftsabbruch	99
Weitervermittlung an psychotherapeutische Einrichtungen	48
Bereitstellen von bzw. Verweis auf Broschüren/Flyer/Literatur	35
Weitervermittlung an medizinische Einrichtungen	21
Gruppenangebot nach einem Schwangerschaftsabbruch	3

Knapp die Hälfte der befragten Einrichtungen vermittelte die Klient*innen bei Bedarf an psychotherapeutische Einrichtungen und etwa ein Fünftel an medizinische Einrichtungen. Weiterführende Materialien und Literatur spielten häufiger in den ostdeutschen Beratungsstellen eine Rolle (46 %), während ein Gruppenangebot nach einem Schwangerschaftsabbruch am ehestens in Großstädten vorgehalten wurde (6 %).

Auf die Frage, ob die Beratungsstelle zusätzlich zur ohnehin bestehenden Beratung und Begleitung vor und nach einem Schwangerschaftsabbruch (nach Beratungsregelung) spezifische Angebote für Personen in belasteten Lebenssituationen⁷ bereithält, gaben knapp 59 % die Existenz eines beratungsstelleninternen Angebots an. Diejenigen, die nicht selbst über ein Angebot verfügen, würden stattdessen an entsprechende Institutionen verweisen (39 %). Dass nur ein kleiner Teil von 2 % keinen Bedarf für ein solches Angebot sieht, spricht für den hohen Hilfe- und Beratungsbedarf dieser Zielgruppen und ein umfangreiches Verweisungswissen der Berater*innen.

Detailliertere Auswertungen machen deutlich, dass laut eigenen Anga-

7 Gemeint sind hiermit vor allem Personen mit psychischen Belastungen, Traumatisierungs- und Stresserfahrungen, Migrations- und Fluchterfahrungen, Gewalterfahrungen, Partnerschaftskonflikten und Trennungserfahrungen.

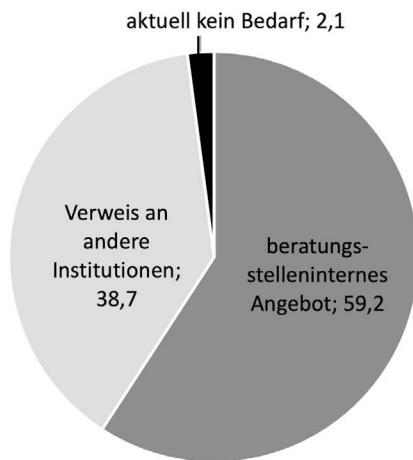


Abb. 4: Angebote für Personen in Belastungssituationen, n = 470, Angaben in Prozent

ben größere Beratungsstellen mit mehr als elf Mitarbeitenden am häufigsten über ein beratungsstelleninternes Angebot verfügen (89 %). Aber auch diejenigen in Mittel- und Großstädten, in West- und Norddeutschland und in konfessioneller Trägerschaft hielten häufiger selbst Angebote für Klient*innen in belasteten Lebenssituationen vor. An andere Institutionen verwiesen hingegen Beratungsstellen am häufigsten aus ländlichen bzw. kleinstädtischen Gebieten, aus Süddeutschland und aus dem ÖGD.

Kooperation mit psychosozialer und medizinischer Versorgung – Häufigkeit und Bedarfsentsprechung

Um den teilweise vielschichtigen Hilfe- und Unterstützungsbedarfen der Klient*innen gerecht zu werden, werden oftmals Kooperationen mit verschiedenen Institutionen nötig. Mit welchen Einrichtungen die Beratungsstellen, die nach § 219 StGB beraten, im Austausch stehen, sollte mit Hilfe in der Erhebung vorgegebener Einrichtungen des psychosozialen und des medizinischen Netzwerkes abgebildet werden. Einen Überblick über die Quantität der Austauschbeziehungen liefert Tabelle 3.

In der Quantität der Kooperationsbeziehungen stechen vor allem die Beratungsstellen in kommunaler bzw. öffentlicher Trägerschaft hervor: Sie kooperieren nahezu mit allen der genannten Einrichtungen der psychosozialen Versorgung am seltensten regelmäßig. Weitere, wenn auch deutlich weniger einheitliche Unterschiede werden bei der Anzahl der Mitarbeiter*innen und der regionalen Verortung der Beratungsstellen sichtbar. So stehen Beratungsstellen aus Süddeutschland am seltensten regelmäßig mit Familienhebammen im Austausch. Weiterhin besteht bei Beratungsstellen aus Ostdeutschland und Beratungsstellen mit maximal drei Mitarbeitenden am seltensten regelmäßiger Kontakt zu Fachberatungsstellen, die bei häus-

Tab. 3: Kooperierende Einrichtungen der psychosozialen Versorgung, Mehrfachantworten möglich, Angaben in Prozent

	Kooperation vorhanden	davon »sehr/eher regelmäßig«
andere Schwangerschaftsberatungsstellen	99	98
weitere Beratungsstellen (z. B. Erziehungs-, Sucht-, Schuldner-, Migrationsberatung)	98	78
kommunale Behörden (z. B. Sozialamt, Jugendamt, Jobcenter)	97	81
Familienhebammen	90	71
Fachberatungsstellen bei häuslicher/sexualisierter Gewalt	87	52
Gewaltschutzhäuser	81	41
Einrichtungen für Geflüchtete	79	46

licher/sexualisierter Gewalt helfen. Hier lassen sich sowohl Ursachen in der regionalen Angebotsstruktur als auch in den personellen Ressourcen vermuten.

Aussagen zur Qualität der Kooperationsbeziehungen liefern die in der Erhebung geäußerten Einschätzungen zur Bedarfsentsprechung des Austauschs. Die Zufriedenheit mit den Kontakten zu anderen Einrichtungen der psychosozialen Versorgung lag bei den befragten Leitungskräften recht hoch. Hervorstechend war auch hier erneut der Kontakt zu den anderen Schwangerschaftsberatungsstellen, knapp drei Viertel der Befragten gaben an, dass dieser Kontakt voll und ganz dem Bedarf entspricht. Der Austausch mit den kommunalen Behörden entsprach am wenigsten den Bedarfen, allerdings waren auch hier die allermeisten weitestgehend zufrieden. Insgesamt zeigte sich ein recht homogenes Bild: 80 % der Beratungsstellen waren mit dem Austausch mit Einrichtungen der psychosozialen Versorgung mindestens weitestgehend zufrieden, meist lagen die Zufriedenheitswerte sogar noch höher.

Mit Blick auf die Defizite in der Bedarfsdeckung (Antwortoption »kaum/gar nicht«) zeigen sich folgende Unterschiede: Der Austausch mit Einrichtungen für Geflüchtete entspricht bei den Beratungsstellen in Norddeutschland mit 21 % am häufigsten nicht dem Bedarf. Mit den Beratungsstellen zur häuslichen/sexualisierten Gewalt sehen 16 % der Leitungskräfte aus Norddeutschland und 17 % der Beratungsstellen mit maximal drei Mitarbeitenden den Bedarf nach Austausch als nicht oder kaum gedeckt.

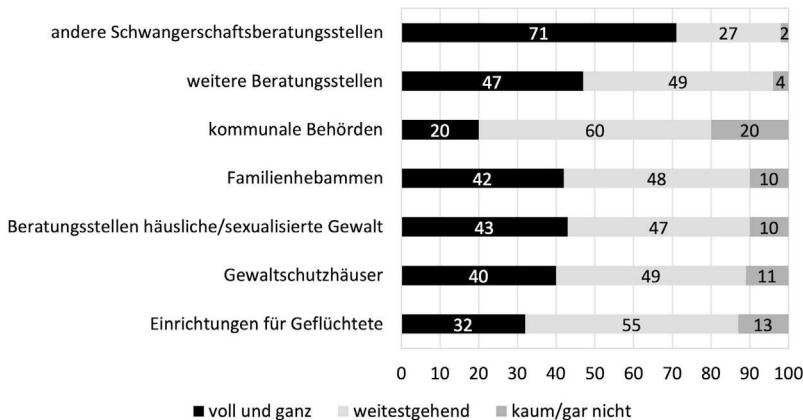


Abb. 5: Bedarfsentsprechung der Kooperationen mit Einrichtungen der psycho-sozialen Versorgung, Angaben in Prozent

Neben den Einrichtungen der psychosozialen Versorgung bestehen Kooperationsbeziehungen mit Einrichtungen der medizinischen Versorgung. Der Austausch mit den Akteur*innen der medizinischen Versorgung, die direkt Frauengesundheit betreffen, findet bei etwa einem Drittel der befragten Beratungsstellen regelmäßig statt. Der Austausch mit allen anderen erfassten Einrichtungen der medizinischen Versorgung findet hingegen eher oder sehr unregelmäßig statt.

Tab. 4: Kooperierende Einrichtungen der medizinischen Versorgung und Regelmäßigkeit des Austauschs, Mehrfachantworten möglich, Angaben in Prozent

Niedergelassene Gynäkolog*innen	Kooperation vorhanden	nur Antwort »sehr/ eher regelmäßig«
Hebammen	94	68 %
Kliniken	93	65 %
Kliniken für Gynäkologie/Geburtshilfe	86	57 %
Praxen/Kliniken, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen	84	62 %
Krankenkassen	65	42 %
niedergelassene Psychotherapeut*innen/Psychiater*innen	53	28 %
psychiatrische Kliniken	44	26 %

Vergleichbar mit dem Netzwerk der psychosozialen Versorgung stehen Beratungsstellen in kommunaler/öffentlicher Trägerschaft auch mit Einrichtungen der medizinischen Versorgung am seltensten regelmäßig im Austausch. Für Einrichtungen beider Versorgungsbereiche gilt: Je häufiger Beratungsstellenleitungen angegeben haben mit einer Einrichtung in Austausch zu stehen, desto höher sind die Werte bei den Angaben zur Regelmäßigkeit des Kontakts.

Von den befragten Leitungskräften waren über zwei Drittel mit dem Austausch mit Einrichtungen der medizinischen Versorgung zufrieden. Im Vergleich zum psychosozialen Versorgungsbereich lagen die Werte hier jedoch niedriger bzw. entsprach der Kontakt in den medizinischen Versorgungsbereichen weniger dem Bedarf der Beratungsstellen als der Kontakt zu den psychosozialen Einrichtungen.

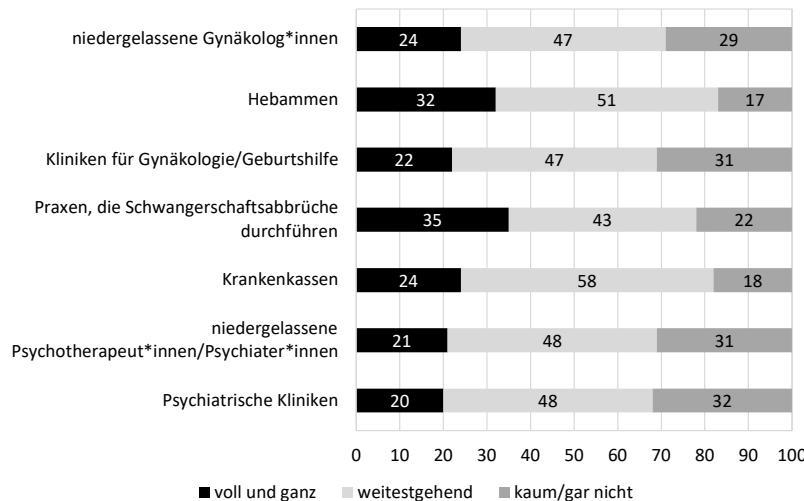


Abb. 6: Bedarfsentsprechung der Kooperationen mit Einrichtungen der medizinischen Versorgung, Angaben in Prozent

Bei den Defiziten in der Bedarfsdeckung (Antwortoption »kaum/gar nicht«) fiel ein signifikanter Unterschied ins Auge: Der Austausch mit Praxen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, entspricht bei den Beratungsstellen in Norddeutschland mit 42 % am häufigsten kaum oder nicht dem Bedarf.

5 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Der Beitrag widmete sich im ersten Teil der Beurteilung der Versorgungslage anhand von vorliegenden Strukturdaten aus der Gesundheitsberichterstattung und der verfügbaren Übersichtslisten für Ratsuchende. Aus der Strukturdatenanalyse geht hervor, dass die Beratungsmöglichkeiten nach § 219 StGB in Verbindung mit § 5 SchKG und auch die Pluralität der Träger auf Länderebene variieren. Dabei fallen mit Blick auf die Einwohner*innenzahlen besonders Nord-Süd-Unterschiede auf. In Regionen mit einer hohen Anzahl an Beratungsstellen, die keine Beratungsscheine ausstellen, kann insgesamt eine schlechtere Angebotsstruktur für die Pflichtberatung vor einem Schwangerschaftsabbruch abgeleitet werden. Einschränkend muss jedoch erwähnt werden, dass weder die Landeslisten noch die Datenbank der BZgA zuverlässig hinsichtlich ihrer Aktualität beurteilbar sind. Zudem eignen sich Aussagen zur Anzahl an Beratungsstellen nur bedingt für eine Beurteilung der psychosozialen Versorgungsstruktur. So kann sich hinter *einer* Beratungsstelle sowohl ein großes Beratungszentrum mit mehr als zehn Berater*innen verbergen als auch eine integrierte Beratungsstelle, in der zwar viele Beratungsfachkräfte beschäftigt, aber nur zwei Personen für die Schwangerschaftsberatung zuständig sind. Oder es handelt sich um eine kleine Außenstelle, die an einem Wochentag für wenige Stunden von einer Berater*in besetzt ist. Die konkrete Situation in der Praxis ist letztendlich ausschlaggebend für die tatsächliche Versorgung: Können Ratsuchende zeitnah und ausgerichtet an ihren Bedürfnissen einen Termin in einer Beratungsstelle bekommen? Gibt es unterschiedlich qualifizierte Beratungsfachkräfte mit spezifischen Kompetenzen, die für unterschiedliche Zielgruppen und Lebenslagen spezifische Angebote machen können? Oder steht eine Berater*in mit breiter sozialarbeiterischer Basisqualifikation zur Verfügung, die komplexe Multiproblemlagen in Personalunion bearbeiten können muss?

Um diese und sich anschließende Fragen zu beantworten, braucht es eine größere Transparenz in der Datenerfassung und -weitergabe durch die Länder bzw. der mit der Umsetzung des SchKG beauftragten Stellen. Bis auf Sachsen und Nordrhein-Westfalen wird die Berichterstattung zum Indikator 7.1 wenig transparent kommuniziert, die Daten sind oft nur auf Anfrage bei den zuständigen Ministerien verfügbar und werden uneinheitlich erfasst. Einige wenige Bundesländer stellen die (aktuelle) GBE online zur Verfügung, andere weisen zwar die GBE nach Indikatoren aus, aller-

dings nicht zum Indikator 7.1. Diese Feststellung schließt auch die Forderung nach einer einheitlichen Statistik zur Erfassung der Beratungszahlen durch Beratungsstellen und anerkannte Ärzt*innen und im Allgemeinen auch die Angaben der GBE ein, denn die Möglichkeiten von Längs- und Querschnittsvergleichen zu Beratungszahlen und VzÄ bleiben bisher vollkommen theoretisch.

Für die psychosoziale Versorgung im Kontext ungewollter Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch, die zunächst und flächendeckend durch die verpflichtende Beratung nach § 219 StGB und die damit verbundenen Ausführungen des SchKG gewährleistet werden soll, lassen sich regionale Unterschiede vor allem auf länderspezifische Regularien zurückführen. Auch wenn Qualität und Ausstattung der Beratungsstellen weder im Forschungsprojekt noch in diesem Beitrag fokussiert wurden, ist davon auszugehen, dass sich zudem die länder- und trägerspezifischen Unterschiede in der Finanzierung auf die Personalausstattung und Angebotsstrukturen auswirken. Wenn beispielsweise die Länder festlegen, dass Berater*innen nach TV-L EG 9 bezahlt werden (vgl. etwa SchKVO LSA für Sachsen-Anhalt), führt das bei steigenden Kosten für Miete und Sachmittel dazu, dass Gehälter für Beratungsfachkräfte immer weiter unter das jeweils aktuelle Gehaltsniveau für beispielsweise Sozialarbeiter*innen fallen. Zu vermuten ist auch, dass Fachkräfte anderer Disziplinen wie Psycholog*innen oder Ärzt*innen bei diesem Gehaltsniveau nicht gewonnen werden können.

Dies wiederum kann sich auf die Vielfalt des Beratungsangebots auswirken, insbesondere wenn es um die Deckung von weitreichenden Unterstützungsbedarfen geht.

Im zweiten Teil untersuchte der Beitrag, welche Angebote Beratungsstellen im Kontext von ungewollten Schwangerschaften bereithalten, ob dabei Personen in belasteten Lebenssituationen besondere Berücksichtigung finden und wie die Netzwerkstrukturen der Beratungsstellen ausgestaltet sind.

Unterstützungsangebote nach einem Schwangerschaftsabbruch beinhalten im Allgemeinen Beratungsangebote, die von den Berater*innen in Einzel- oder Paargesprächen geführt werden. Ob dies bedarfsoorientiert und -deckend geschieht und ob Beratungsstellen beispielsweise Gruppenangebote aus Mangel an personellen oder finanziellen Ressourcen nicht bereitstellen können, bleibt an dieser Stelle offen. Ergänzt wird das Unterstützungsangebot nach einem Schwangerschaftsabbruch sehr häufig

durch Vermittlungen von Personen in belasteten Lebenssituationen an psychotherapeutische Einrichtungen, die jedoch oft mit langen Wartezeiten verbunden sind (Deutscher Bundestag, 2022). Auch in diesem Zusammenhang könnte eine ausreichende und gesicherte Finanzierung der Beratungsstellen die Chance auf Einstellung spezialisierter Fachkräfte bieten oder die Möglichkeit des Erwerbs von Zusatzqualifikationen Anreize schaffen, um das beratungsstelleninterne Angebot zu erweitern und es damit den spezifischen Bedarfen der Zielgruppen anzupassen. Bisher greifen Beratungsstellen vor allem in strukturschwachen Räumen vor allem auf ihre Netzwerke zurück.

Die Beurteilung der Vernetzung der Beratungsstellen in das System der psychosozialen und medizinischen Hilfen war ein weiteres Anliegen des Beitrages. Die Intensität der Kooperationsbeziehungen variiert mit der Art der Einrichtungen: Während Einrichtungen der psychosozialen Versorgung im Allgemeinen häufiger, regelmäßiger und stärker am Kooperationsbedarf orientiert mit den Beratungsstellen im Austausch stehen, finden die Kooperationsbeziehungen mit den Einrichtungen der medizinischen Versorgung weniger häufig, weniger regelmäßig und seltener bedarfsorientiert statt, oft begründet in den Disparitäten in der regionalen Angebotsstruktur. Hier zeigt sich Optimierungspotenzial, insbesondere was die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Gynäkolog*innen und Kliniken für Gynäkologie und Geburtshilfe betrifft, beispielsweise in digitalen institutionalisierten Plattformen (Arbeitskreise, Stammtische etc.). Der Mehrwert liegt auf der Hand: Eine wechselseitige Kenntnis- und Vertrauensbasis in die Aufgabenbereiche und Unterstützungsleistungen für ungewollt Schwangere könnte sich langfristig positiv auf die Transparenz im Informationsfluss und auf eine verlässliche Verweisungspraxis auswirken. Und von der Strahlkraft effektiver und kompetenter Kooperationsbeziehungen profitieren wiederum die Akteur*innen des gesamten Netzwerkes.

Die uneinheitliche Datenlage ist ein Grund für die begrenzte Aussagekraft der vorliegenden Analysen. Weiterführende Forschung zur Beschreibung und Analyse der Versorgungssituation benötigt deshalb valide und zugängliche Daten, und zwar auch, um die Umsetzung der Regelungen überprüfen zu können. Um substanzielle Aussagen über die psychosoziale Versorgungssituation treffen zu können, muss sich eine lebensweltorientierte Forschung beispielsweise dafür interessieren, wie der Anspruch auf Wohnortnähe in der Praxis umgesetzt ist. Bereits die Definition von Wohnortnähe (die bislang nur in einigen Bundesländern konkretisiert

wird, beispielsweise in den Ausführungsbestimmungen in Mecklenburg-Vorpommern, wo eine Hin- und Rückreise mit ÖPNV innerhalb eines Tages als zumutbar beschrieben wird) ist zu hinterfragen – inwieweit die aktuelle Versorgungslage der jeweiligen Bundesländer diesen spezifischen Bestimmungen entspricht. Um diese Definition auf ihre Praxistauglichkeit – vor allem im Sinne der davon betroffenen Personen – zu überprüfen, bedarf es einer weitergehenden, systematischen Untersuchung von Wegzeiten und Entfernung, insbesondere in den Flächenländern und dort, wo der Anteil von Beratungsstellen mit Beratungen nach §§ 5–6 SchKG gering ist.

Literatur

- AOLG – Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (2003). Indikatorenatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. https://www.gbe-bund.de/pdf/indikatorenatz_der_laender_2003.pdf (07.03.2023).
- BBSR – Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2023). Laufende Stadtbeobachtung. <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/deutschland/gemeinden/StadtGemeindetyp/StadtGemeindetyp.html> (16.03.2023).
- Busch, U. (2009). *Handlungsbedarfe bei Schwangerschaftskonflikten. Eine Expertise im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*. Köln: BzgA.
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2023). Beratungsstelle in Ihrer Nähe finden. <https://www.familienplanung.de/beratung/beratungsstelle-finden/> (07.03.2023).
- DBK – Deutsche Bischofskonferenz (1999). Pressemitteilung des Ständigen Rates der Deutschen Bischofskonferenz. 23.11.1999. <https://www.dbk.de/presse/aktuelles/meldung/pressemitteilung-des-staendigen-rates-der-deutschen-bischofskonferenz> (07.03.2023).
- DBK – Deutsche Bischofskonferenz (2021). Bevölkerung und Katholiken nach Bundesländern. <https://www.dbk.de/fileadmin/redaktion/Zahlen%20und%20Fakten/Kirchliche%20Statistik/Bevoelkerung%20und%20Katholiken%20BL/2021-Tab-Katholiken-Bevoelkerung-Bundeslaender.pdf> (09.03.2023).
- Deutscher Bundestag, Wissenschaftliche Dienste (2022). Wartezeiten auf eine Psychotherapie. Studien und Umfragen. <https://www.bundestag.de/resource/blob/916578/53724d526490deea69f736b1fda83e76/WD-9-059-22-pdf-data.pdf> (18.02.2023).
- EKD – Evangelische Kirche Deutschland (2022). Kirchenmitgliederzahlen. Stand 31.12.2021. https://www.ekd.de/ekd_de/ds_doc/Ber_Kirchenmitglieder_2021.pdf (09.03.2023).
- NFZH – Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2015). *Materialien zu Frühen Hilfen. 7. Handreichung. Schwangerschaftsberatungsstellen in Netzwerken Frühe Hilfen*. Köln: BzgA.
- Poelchau, H.-W., Briken, P., Wazlawik, M., Bauer, U., Fegert, J.M. & Kavemann, B. (2015).

- Bonner Ethik-Erklärung. Empfehlungen für die Forschung zu sexueller Gewalt in pädagogischen Kontexten. https://www.bmbf.de/bmbf/shareddocs/downloads/files/ethikerklaerung-1.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (15.03.2023).
- Rosenkötter, N., Borrman, B., Arnold, L. & Böhm, A. (2020). Gesundheitsberichterstattung in Ländern und Kommunen. *Public Health an der Basis. Bundesgesundheitsblatt*, 63, 1067–1075. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03190-z>
- SchKVO LSA (2008). Verordnung zur Durchführung des Ausführungsgesetzes des Landes Sachsen-Anhalt zum Schwangerschaftskonfliktgesetz. <https://beck-online.beck.de/?vpath=bibdata/ges/LSASCHKO/cont/LSASCHKO.htm> (18.05.2023).
- WHO – Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro Europa (2012). Europäischer Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/171772/RC62wd12rev1-Ger.pdf (07.03.2023).

Biografische Notizen

Maika Böhm, Dr. phil., Dipl.-Soz.päd., M. A. Gender und Arbeit, hat die Professur für Sexualwissenschaft und Familienplanung an der Hochschule Merseburg inne. Mit ungewollter Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch beschäftigt sie sich aktuell im Rahmen der Forschungsprojekte BeSPA und ELSA-PV, hat darüber hinaus aber auch langjährige Praxiserfahrungen in der Beratung nach § 219 StGB/Schwangerschaftskonfliktberatung.

Katja Krolzik-Matthei, Dipl.-Soz.päd., M. A., war nach mehrjähriger Tätigkeit in der Sozialen Arbeit von 2014 bis 2023 Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule Merseburg in Forschungsprojekten zu sexualisierter Gewalt in pädagogischen Kontexten sowie zur Arbeit der Schwangerschaftsberatungsstellen in Deutschland.

Sabine Wienholz, Dr. rer. med., Soziologin M. A., war bis 2024 Wissenschaftliche Mitarbeiterin in den Forschungsprojekten BeSPA und ELSA-PV an der Hochschule Merseburg. Bis 2020 arbeitete sie am Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health und an der Erziehungswissenschaftlichen Fakultät der Universität Leipzig in Forschungsprojekten zu Jugendsexualität, Inklusion und Sexueller Bildung. Ihre Promotion befasste sich mit sexueller und reproduktiver Gesundheit bei Menschen mit Behinderungen.