

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Yvonne Ploetz, Dr. Martina Bunge, Heidrun Dittrich, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 17/10474 –**

Pille und „Pille danach“

Vorbemerkung der Fragesteller

Orale Kontrazeptiva (Verhütungspillen) für Frauen sind in der Bundesrepublik Deutschland seit 1961 auf dem Markt. Laut einer Repräsentativerhebung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zum Verhütungsverhalten nutzen mehr als die Hälfte der befragten 20 bis 44-Jährigen die Pille. Bei den 20 bis 29-Jährigen sind es sogar fast drei Viertel aller Befragten. Somit ist die Pille das beliebteste Verhütungsmittel, gefolgt vom Kondom.

Auf internationaler Ebene fordern die Überprüfungsverfahren von CEDAW (Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau) und CESC (Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, auch ICESCR) „bestmögliche Standards sexueller und reproduktiver Gesundheit“ als ein Menschenrecht. Dazu zählen nicht nur das Recht auf Gesundheit, sondern auch das Recht auf Zugang zu Verhütungsmitteln und umfassenden Informationen über diese sowie das Recht auf Gesundheitsvorsorge.

Die „Pille danach“ ist in mehr als 20 europäischen Ländern rezeptfrei erhältlich. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt, die Medikamente mit dem Wirkstoff Levonorgestrel allen Frauen frei zugänglich zu machen. Seit Oktober 2009 ist mit EllaOne® (Wirkstoff Ulipristalacetat) ein weiteres Präparat als „Pille danach“ zugelassen. Auf dieses beziehen sich die Forderungen nach rezeptfreier Abgabe in der Regel nicht.

Es handelt sich bei der „Pille danach“ keineswegs um Abtreibungspillen. Bei bereits bestehenden Schwangerschaften wirkt das Präparat nicht. Vielmehr handelt es sich um eine Notfallverhütung nach einem ungeschützten Geschlechtsverkehr. Da seine Wirksamkeit zeitlich eng begrenzt ist, muss den betroffenen Frauen ein rascher und niedrighwelliger Zugang ermöglicht werden. Die Erfahrungen zeigen, dass die Rezeptfreiheit zu keinem Anstieg von riskantem Verhütungsverhalten führt und die reguläre Schwangerschaftsverhütung nicht beeinträchtigt. Die notwendige Beratung der Frauen kann durch das bestehende System von Apotheken gesichert werden.

In Deutschland wird die Rezeptfreiheit vor allem durch Gynäkologinnen und Gynäkologen und ihre gesundheitspolitischen Interessenvertretungen kritisiert. Betroffenenverbände vermuten dahinter vor allem finanzielle Interessen.

Vorbemerkung der Bundesregierung

In Deutschland steht die Frage einer möglichen Entlassung von Notfallkontrazeptiva aus der Verschreibungspflicht seit einem entsprechenden Votum des Sachverständigenausschusses für Verschreibungspflicht vom 1. Juli 2003 im Raum. Notfallkontrazeptiva sind – die rechtzeitige Anwendung vorausgesetzt – eine Möglichkeit, postkoital zu verhüten und eine evtl. eingetretene unerwünschte Schwangerschaft zu verhindern. Die Wirksamkeit von Notfallkontrazeptiva ist abhängig vom Zeitpunkt der Einnahme, die bis spätestens 72 Stunden (Wirkstoff Levonorgestrel) bzw. 120 Stunden (Wirkstoff Ulipristalacetat) nach dem Geschlechtsverkehr erfolgen muss. Eine mögliche Schwangerschaft wird umso sicherer verhindert, je früher die Einnahme des Notfallkontrazeptivums erfolgt.

Notfallkontrazeptiva können keine regelmäßige Kontrazeptionsmethode ersetzen. Auf Grund ihrer Zulassung (und entsprechender Hinweise in den Produktinformationen) sind diese Arzneimittel nur zur Notfallverhütung und nicht als regelmäßige Methode der Empfängnisverhütung vorgesehen. Notfallkontrazeptiva sind deshalb im besonderen Maße beratungsbedürftige Arzneimittel; Informationen über Notfallkontrazeptiva sind integraler Bestandteil der Verhütungsberatung und der Sexualaufklärung.

In Deutschland sind Notfallkontrazeptiva mit den Wirkstoffen Levonorgestrel und Ulipristalacetat am Markt verfügbar. Für eine Entlassung aus der Verschreibungspflicht kommen jedoch auf Grund der Vorgaben des Arzneimittelgesetzes nur entsprechende Arzneimittel mit dem Wirkstoff Levonorgestrel in Betracht, weil es sich dabei um eine Substanz mit in der medizinischen Wissenschaft allgemein bekannten Wirkungen handelt; auf diesen Wirkstoff bezog sich das Votum des Sachverständigenausschusses für Verschreibungspflicht vom 1. Juli 2003. Da die Notfallkontrazeptiva mit dem Wirkstoff Ulipristalacetat von der EU-Kommission zugelassen wurden, kann eine Entlassung dieser Arzneimittel aus der Verschreibungspflicht nur durch die EU-Kommission erfolgen.

1. Wie häufig wurde die „Pille danach“ nach Kenntnis der Bundesregierung jährlich verschrieben (bitte nach Lebensalter, Wirkstoff sowie Bundesländern aufschlüsseln)?

Nach Angaben von „INSIGHT Health ODV National“, einem privaten Anbieter von Arzneimittelverbrauchsdaten, wurden Notfallkontrazeptiva mit den Wirkstoffen Levonorgestrel oder Ulipristal im Jahr 2010 in 341 955 Fällen verschrieben, im Jahr 2011 in 367 427 Fällen.

Nach Alter, Bundesländern sowie Wirkstoffen aufgeschlüsselte Verordnungsdaten liegen der Bundesregierung nicht vor.

2. Wie bewertet die Bundesregierung die Wirksamkeit und Sicherheit der „Pille danach“ mit dem Wirkstoff Levonorgestrel?

Es ist nicht Aufgabe der Bundesregierung eine solche Bewertung abzugeben. Die Fachwelt sieht die Wirksamkeit und Anwendungssicherheit von Levonorgestrel (LNG) zur Notfallkontrazeption bei bestimmungsgemäßer Anwendung als gegeben an, stellt aber gleichwohl unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) fest, die bei Anwendung von LNG in der Notfallkontrazeption auf-

treten. Außerdem wird ein erhebliches Risiko für weibliche Feten gesehen, wenn LNG bei einer unerkannten Schwangerschaft eingenommen wird (vgl. dazu auch Antwort zu Frage 6).

3. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Wirksamkeit und Verträglichkeit des Präparats EllaOne®?

Wie bewertet die Bundesregierung die Sicherheit von EllaOne® gegenüber den herkömmlichen Levonorgestrel-Präparaten?

Inwiefern kommt für die Bundesregierung eine unterschiedliche Bewertung bezüglich der Verschreibungspflicht infrage?

ellaOne® (Wirkstoff Ulipristal) wurde im Mai 2009 zentral mit dem Status verschreibungspflichtig zugelassen. Die Zulassung erfolgte von der Europäischen Kommission im Rahmen eines zentralen Verfahrens. Eine Änderung des Abgabestatus kann daher nur auf Grund einer Entscheidung der Europäischen Kommission auf Empfehlung des Ausschusses für Humanarzneimittel (CHMP) der Europäischen Arzneimittel-Agentur erfolgen.

Das Anwendungsgebiet für ellaOne® lautet: „Notfallkontrazeption innerhalb von 120 Stunden (5 Tagen) nach einem ungeschützten Geschlechtsverkehr bzw. Versagen der Kontrazeption“. Damit unterscheidet es sich von den LNG-haltigen Arzneimitteln zur Notfallkontrazeption, die innerhalb von 72 Stunden nach einem ungeschützten Verkehr eingenommen werden sollten.

4. Welche Empfehlungen hat der Sachverständigenausschuss für Verschreibungspflicht der Bundesregierung bezüglich der „Pille danach“ bislang gegeben, und wie hat er seine Empfehlungen begründet?

Der Sachverständigenausschuss für Verschreibungspflicht nach § 53 Absatz 2 des Arzneimittelgesetzes (AMG) hat im Rahmen seiner Sitzung vom 1. Juli 2003 empfohlen, den Wirkstoff Levonorgestrel zur Notfallkontrazeption in Zubereitungen von 750 mcg/Einheit aus der Verschreibungspflicht nach § 48 AMG zu entlassen. Er hat sein Votum wie folgt begründet:

„Levonorgestrel (LNG) ist ein aktives Isomer von Norgestrel mit einer gestageneren Wirkung. LNG verhindert bei prä-ovulatorischer Gabe die Ovulation und post-ovulatorisch die Nidation. In einer Vielzahl klinischer Studien wurde lediglich über vereinzelte schwerwiegende unerwünschte Wirkungen berichtet. Es überwiegen nicht-schwerwiegende Wirkungen wie Übelkeit und Erbrechen, Müdigkeit und Kopfschmerzen. Das Risiko für eine Extrauterin-Gravidität ist nach Anwendung von LNG in dieser Indikation möglicherweise erhöht. Besteht während der Anwendung von LNG eine unerkannte Schwangerschaft, kann im Fall eines weiblichen Feten die Möglichkeit der Virilisierung nicht ausgeschlossen werden. Nach Auffassung des Sachverständigen-Ausschusses für Verschreibungspflicht überwiegen die positiven Sicherheitsaspekte einer Freiverkäuflichkeit von LNG in dieser Indikation.“

5. Welche Argumente sprechen nach Ansicht der Bundesregierung gegen und welche für eine rezeptfreie Abgabe der „Pille danach“?

Bei isolierter Betrachtung des Risikoprofils der betreffenden Arzneimittel existieren aus der Sicht der zuständigen Bundesoberbehörde keine durchschlagenden Argumente gegen eine grundsätzliche Entlassung von Notfallkontrazeptiva mit dem Wirkstoff Levonorgestrel aus der Verschreibungspflicht.

Gegen die Aufhebung der Verschreibungspflicht spricht die Bedeutung der ärztlichen Beratung im Falle einer Verhütungspanne, deren Ziel es ist, das Wissen über wirksame Methoden der Familienplanung und die Verhütungskompetenz zu steigern. Die Verschreibungspflicht ist insoweit im Kontext von Schwangerschaftsverhütung und Sexualaufklärung zu sehen. Ohne ärztliche Beratung erhöht sich außerdem im Zusammenhang mit möglicherweise unbekanntem Schwangerschaften (vgl. dazu Frage 4) das Risiko für weibliche Feten.

6. Plant oder erwägt die Bundesregierung Änderungen bei der Rezeptpflicht der „Pille danach“ (bitte begründen)?

Für eine Entlassung von Notfallkontrazeptiva aus der Verschreibungspflicht bedarf es einer Änderung der AMVV. Änderungen dieser Verordnung bedürfen auf Grund von § 48 Absatz 2 Satz 1 des Arzneimittelgesetzes der Zustimmung des Bundesrates. Eine Mehrheit für eine Entlassung von Notfallkontrazeptiva aus der Verschreibungspflicht zeichnet sich im Bundesrat derzeit nicht ab.

7. Welche Bundesländer stimmten gegen eine Rezeptfreiheit für die „Pille danach“, und welche enthielten sich?
8. Welche Bedenken wurden aufseiten der Bundesländer gegen eine rezeptfreie Abgabe der „Pille danach“ geltend gemacht?

Die Fragen 7 und 8 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet:

Die Bundesregierung kann weder zum Abstimmungsverhalten noch zu möglichen Bedenken einzelner Bundesländer, die eventuell in nicht öffentlichen Sitzungen der Ländergremien geäußert wurden, Stellung nehmen.

9. Wie kann gewährleistet werden, dass das Vorhandensein, die Wirksamkeit und die Risiken der „Pille danach“ ausreichend und in objektiver Weise in der Öffentlichkeit bekannt gemacht werden?

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) informiert bereits jetzt umfangreich zur „Pille danach“. Ein ausführliches Faltblatt mit dem Titel „Pille danach“ beschreibt Wirkungsweise, Anwendung, mögliche Nebenwirkungen und beantwortet häufige Fragen zum Thema.

Als Notfall-Verhütung wird die „Pille danach“ in zahlreichen Medien und Internetangeboten der Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung behandelt. Einige Beispiele:

- Sichergehcn Verhütung für sie und ihn (Broschüre)
- sex'n'tipps: Verhüten eine gemeinsame Sache (Leporello)
- sex'n'tipps: Pannenhilfe (Leporello)
- Verhüten – gewusst wie! (Broschüre deutsch/russisch)
- www.loveline.de der Internetauftritt der BZgA zur Sexualaufklärung von Jugendlichen informiert dazu u. a. unter den Stichworten: Verhütung, Pannenhilfe, das erste Mal.
- Im Internetauftritt www.familienplanung.de finden sich die Informationen unter der Rubrik „Verhütungspannen“.

Weitere Maßnahmen zur Information über die „Pille danach“ werden mit Förderung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

durch den Bundesverband pro familia durchgeführt. Dazu gehören insbesondere das Faltblatt zur „Pille danach“ und zur Spirale danach und Postkarten zur breiten Verteilung, die auf die Möglichkeit einer Notfallkontrazeption hinweisen. Auch das Telefon- und Internetangebot der pro familia informiert gezielt über die „Pille danach“.

10. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über die Erfahrungen der rezeptfreien Abgabe der „Pille danach“ in anderen Mitgliedstaaten der EU wie z. B. Österreich oder Belgien?

Welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung daraus?

In der Literatur finden sich mehrere Publikationen zu den Erfahrungen mit der rezeptfreien Abgabe der „Pille danach“ in verschiedenen, auch europäischen Ländern, auch in Bezug auf einen möglicherweise nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch. So liegen Publikationen zu Erfahrungen in Frankreich und Großbritannien nach Entlassung von Arzneimitteln mit dem Wirkstoff LNG aus der Verschreibungspflicht vor. Danach waren keine Veränderungen (insbesondere keine Verminderung) des Gebrauchs regelmäßiger Methoden zur Schwangerschaftsverhütung nach Aufhebung der Rezeptpflicht zu beobachten^{1 2}.

In einer Cochrane-Metaanalyse³ wurde untersucht, welche Auswirkungen die Vorabberstellung von Notfallkontrazeptiva hat. Dabei zeigte sich, dass es nicht zu einem Anstieg sexuell übertragbarer Erkrankungen kam. Auch zeigte sich kein Anstieg in der Häufigkeit eines ungeschützten Geschlechtsverkehrs und keine Änderung im kontrazeptiven Verhalten. Allerdings konnte auch keine Verminderung der Over-all-Schwangerschaftsraten gezeigt werden. Vergleichbare Aussagen wurden auch in einer Stellungnahme der WHO gemacht⁴.

11. Was würde die Entlassung aus der Verschreibungspflicht für die Zulässigkeit von kommerzieller Werbung in der breiten Öffentlichkeit für die „Pille danach“ bedeuten?

Wie könnten die Werbemöglichkeiten für diese Medikamentengruppe eingeschränkt werden?

Vorrangiges Ziel des Heilmittelwerbegesetzes (HWG) ist es, die Verbraucherinnen und Verbraucher vor unsachlicher Beeinflussung im Bereich der Heilwerbung zu bewahren. Für verschreibungspflichtige Arzneimittel darf nach § 10 Absatz 1 HWG unter anderem nur bei Ärzten und Apothekern geworben werden. Bei einer Entlassung aus der Verschreibungspflicht würde dieses generelle Publikumsverbot für die in Rede stehenden Arzneimittel nicht mehr bestehen. Für den Bereich der Publikumswerbung sieht § 11 HWG einen Katalog an Verboten vor.

Unzulässig ist nach § 3 HWG im Übrigen eine irreführende Werbung. Eine Irreführung liegt unter anderem dann vor, wenn fälschlich der Eindruck erweckt wird, dass ein Erfolg mit Sicherheit erwartet werden kann. Eine darüber hinaus gehende Einschränkung der Publikumswerbung für die in Rede stehende Arzneimittelgruppe im Fall einer Entlassung aus der Verschreibungspflicht, die derzeit nicht ansteht, bedürfte insbesondere im Hinblick auf den voll harmonisier-

¹ Moreau C et al.: Contraception 2006; 73: 602-608.

² Marston C et al.: BMJ 2005; 331: 271.

³ Polis CB, Grimes DA, Schaffer K, Blanchard K, Glasier A, Harper C. Advance provision of emergency contraception for pregnancy prevention. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 2. Art. No.: CD005497. DOI:10.1002/14651858.CD005497.pub2.

⁴ http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_HRP_10.06_eng.pdf

ten europäischen Rechtsrahmen für die Werbung mit Arzneimitteln einer eingehenden Prüfung.

12. Welche Maßnahmen plant oder bietet die Bundesregierung an, um ungewollte Schwangerschaften bei Mädchen und Frauen zu verhindern?

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat seit 1992 den gesetzlichen Auftrag, zielgruppenspezifische Konzepte, Medien und Maßnahmen zur Sexualaufklärung, Schwangerschaftsverhütung und Familienplanung zu entwickeln und kostenlos zugänglich zu machen. Dabei arbeitet sie mit den Bundesländern und deren zuständigen Behörden, vor allem aber auch mit Fachorganisationen, Expertinnen und Experten zusammen.

Der Schwerpunkt der Maßnahmen zur Vermeidung von ungewollten Schwangerschaften zielt auf die Prävention, d. h. auf die Stärkung der eigenen Verantwortung in Bezug auf die Verhütung bzw. auf die gemeinsame Verantwortung für die Familienplanung.

Grundlage für die Vermeidung von ungewollten Schwangerschaften, nicht nur bei Minderjährigen, ist die Vermittlung von Körpervorgängen im Zusammenhang mit Sexualität in allen Lebensphasen. Die BZgA konzentriert sich darauf, unterschiedlichen Akteuren Informationen zu Körperwissen und Verhütungsmitteln zur Verfügung zu stellen und zu verbreiten. Die Aufklärung basiert auf Forschungsergebnissen wie z. B. der BZgA-Studie „Jugendsexualität“ und wird auf mehreren Ebenen umgesetzt:

- In der Massenkommunikation stehen für Jugendliche aller Altersgruppen Medien und der Internetauftritt www.loveline.de zur Frage der Sexualaufklärung und Verhütung zur Verfügung. Informationen zur Familienplanung werden auf www.familienplanung.de zur Verfügung gestellt. Der Kanal „schwanger unter 20“ dieses Angebotes richtet sich insbesondere an Minderjährige und junge Frauen.
- Personalkommunikativ setzt das Projekt „komm auf Tour – meine Stärken, meine Zukunft“ neue handlungsorientierte Impulse, um Schüler/-innen der 7./8. Klassen an Haupt- und Gesamtschulen sowie vergleichbaren Schulformen bei der frühzeitigen Entdeckung ihrer Stärken und Interessen zu unterstützen. Die Jugendlichen erhalten Orientierungs- sowie Entscheidungshilfen für anstehende Betriebspraktika, die berufliche Ausbildung und realisierbare berufliche Möglichkeiten. Altersgerecht sind auch Themen aus dem privaten Lebensfeld wie Freundschaft, Sexualität und Verhütung Schwerpunkte in dem Projekt. Damit sollen frühzeitig Perspektiven eröffnet werden, die dann Alternativen zu möglichen gewollten frühen Schwangerschaften darstellen (s. auch Antwort zu Frage 35).
- Zur Unterstützung der Aufklärungsarbeit stehen für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zahlreiche Medien (z. B. die Präventionsmappe zu Körperwissen und Verhütung) zur Verfügung.

13. Welche Maßnahmen plant oder bietet die Bundesregierung an, um Mädchen und Frauen über die Verhütung von sexuell übertragbaren Krankheiten aufzuklären?

Im Rahmen der nationalen Kampagne GIB AIDS KEINE CHANCE informiert die Schutzkampagne „mach’s mit – Wissen und Kondom“ die Allgemeinbevölkerung und insbesondere Jugendliche und junge Erwachsene über die Risiken und Schutzmöglichkeiten zu HIV und sexuell übertragbaren Infektionen (STI).

Die Informationsaufbereitung ist, insbesondere auf der Internetplattform www.machsmitt.de, so gestaltet, dass spezifische Informationen für Mädchen und Frauen bzw. Jungen und Männer gleichermaßen angeboten werden.

Zielgruppenspezifische Anzeigenmotive speziell für Mädchen/Frauen und Jungen/Männer werden in Printmedien geschaltet, die diese Gruppen gezielt ansprechen. Über abgebildete Quick-Response-Codes (QR-Codes) können über die Anzeigen vertiefende Informationen per Smartphone abgerufen werden. Vertiefende Informationen liefert das BZgA-Wissensportal zu HIV/Aids www.gib-aids-keine-chance.de.

Im Bereich der Printmedien stehen Broschüren der BZgA und der Deutschen AIDS-Hilfe zu HIV und STI zur Verfügung, die spezifisch auch Frauen ansprechen.

14. Welche Maßnahmen plant oder bietet die Bundesregierung an, um speziell Jungen und Männer über die Verhinderung von ungewollten Schwangerschaften und/oder die Übertragung von sexuellen Krankheiten aufzuklären?

Grundsätzlich ist festzustellen, dass sich das Verhütungsverhalten Jugendlicher in den letzten drei Jahrzehnten deutlich verbessert hat. Die aktuelle Studie „Jugendsexualität“ aus 2010 belegt, dass sexuell aktive deutsche Jugendliche zwischen 14 und 17 Jahren heute bereits beim ersten Mal besser verhüten als je zuvor: Nur je 8 Prozent der Mädchen und Jungen geben an, keine Verhütungsmittel benutzt zu haben. Die Zahlen zeigen zudem, dass Jungen beim ersten Mal mittlerweile ebenso gut verhüten wie Mädchen.

Die Maßnahmen der BZgA zielen generell darauf ab, beide Geschlechter in Verhütungsfragen und über die Vermeidung von ungewollten Schwangerschaften gezielt zu informieren. Für die direkte Aufklärung von Jungen und Männern stehen folgende Angebote zur Verfügung:

- Wie geht's – wie steht's
Wissenswertes für männliche Jugendliche und junge Männer (Broschüre)
- sex'n'tipps: Jungenfragen (Leporello)
- sex'n'tipps: Verhüten – eine gemeinsame Sache (Leporello)
- www.loveline.de: der Internetauftritt der BZgA zur Sexualaufklärung von Jugendlichen spricht mit der Rubrik „Jungenthemen“ speziell Jungen an.
- Mit der aktuellen Initiative zur Sexualaufklärung für Jugendliche unter dem Motto „Bleib entspannt. Mach dich schlau.“ hat die BZgA das Ziel, Heranwachsende zu unterstützen, bei sexuellen Kontakten rechtzeitig miteinander über Verhütung zu sprechen und sie für riskante Situationen zu sensibilisieren. Dabei werden insbesondere Jungen angesprochen in punkto Verhütung mehr Verantwortung zu übernehmen.
- In der Rubrik „Wissenswertes für Männer“ des Internetauftritts www.schwanger-info.de/ www.familienplanung.de können sich Männer beispielsweise zu Themen wie Fruchtbarkeit oder Schwangerschaftskonflikt informieren.

Die Aufklärung zu sexuell übertragbaren Krankheiten ist nicht Teil des gesetzlichen Auftrags der BZgA. Informationen zu diesem Thema werden in den Medien und Maßnahmen zur Sexualaufklärung und Familienplanung integriert behandelt.

15. Welchen Handlungsbedarf sieht die Bundesregierung, um ihre Maßnahmen zur Reduktion von ungewollten Schwangerschaften sowie zur Verhütung von sexuell übertragbaren Krankheiten zu verbessern?

Ungewollte Schwangerschaften sind sowohl auf die Nichtanwendung bzw. falsche Anwendung von Verhütungsmitteln zurückzuführen, als auch auf die Schwierigkeiten, mit der Partnerin oder dem Partner über Sexualität sprechen zu können. Gerade mit ausgetragenen Schwangerschaften im Jugendalter kann sich auch der Wunsch nach Anerkennung zeigen.

Entscheidend ist, dass jede heranwachsende Generation immer wieder erneut zu den zentralen Inhalten der Sexualaufklärung informiert werden muss. Dieser Handlungsbedarf muss den aktuellen Bedürfnissen und Rezeptionsgewohnheiten der jeweils neuen Jugendgeneration angepasst werden.

Zu sexuell übertragbaren Krankheiten wird auf die Antwort zu Frage 14 verwiesen.

16. Mit welcher Begründung wurden Verhütungsmittel aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gestrichen, und welche Argumente wurden von der Bundesregierung und Interessenverbänden geltend gemacht?

Auf Grund von § 24a Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) haben Versicherte der GKV Anspruch auf ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung. Zur ärztlichen Beratung gehören auch die erforderliche Untersuchung und die Verordnung von empfängnisregelnden Mitteln. Außerdem haben Versicherte bis zum vollendeten 20. Lebensjahr nach § 24a Absatz 2 SGB V Anspruch auf Versorgung mit empfängnisverhütenden Mitteln, soweit sie ärztlich verordnet werden.

§ 24a SGB V wurde durch das Gesetz zum Schutz des vorgeburtlichen/werdenden Lebens, zur Förderung einer kinderfreundlicheren Gesellschaft, für Hilfen im Schwangerschaftskonflikt und zur Regelung des Schwangerschaftsabbruchs (Schwangeren- und Familienhilfegesetz) vom 27. Juli 1992 eingeführt. § 24a SGB V knüpfte an die Regelung des zuvor geltenden § 200e der Reichsversicherungsordnung (RVO) an und regelte ergänzend die Kostenübernahme für ärztlich verordnete empfängnisverhütende Mittel. Diese Kostenübernahme ist nach wie vor geltendes Recht und Bestandteil des Leistungskatalogs der GKV.

17. Welche Kosten für Verhütungsmethoden werden von der gesetzlichen Krankenkasse oder einer anderen Einrichtung aus welchen Gründen erstattet, und welche nicht?

Wie bewertet es die Bundesregierung, dass die Verhütungsmethoden hier unterschiedlich behandelt werden?

Nach § 24a Absatz 2 SGB V haben Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung bis zum vollendeten 20. Lebensjahr Anspruch auf Versorgung mit empfängnisverhütenden Mitteln, soweit sie ärztlich verordnet werden. Damit ist klargestellt, dass eine Kostenübernahme für z. B. Kondome nicht in Betracht kommt.

18. Wie hoch sind die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Verhütungspillen für Frauen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, bis zum

vollendeten 20. Lebensjahr und ab dem 21. Lebensjahr (bitte nach Anwendung zur Kontrazeption bzw. zur Therapie aufschlüsseln)?

Die gesetzlichen Krankenkassen haben im Jahr 2011 für orale Kontrazeptiva insgesamt 114 801 513 Euro aufgewendet (Quelle: INSIGHT Health ODV National). Eine Aufschlüsselung im Hinblick auf unterschiedliche Indikationen bzw. das Alter der Frauen, für die orale Kontrazeptiva verschrieben wurden, liegt der Bundesregierung nicht vor.

19. Belastet die Verschreibung von Arzneimitteln zur Kontrazeption die Arzneimittelrichtgrößen der Ärztinnen und Ärzte?

Ausgaben für die Kontrazeption (§ 24a SGB V) fallen rechtssystematisch nicht unter die Leistungen bei Krankheit. Daher fallen sie auch nicht unter die Arzneimittel-Richtgrößen und werden nicht auf das Arzneimittelbudget angerechnet.

20. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung bezüglich der Kostenübernahme der Verhütungspille durch private Krankenversicherungen?

Empfängnisverhütungsmittel, also orale Kontrazeptiva sowie intrauterine und intravaginale Kontrazeptiva dienen nicht der Heilbehandlung. Solche Aufwendungen sind daher nach den Versicherungsbedingungen der privaten Krankenversicherung nicht erstattungsfähig. Bestimmte Präparate haben aber eine erweiterte Indikation und werden auch zur Heilbehandlung eingesetzt, z. B. zur Behandlung einer Akne oder einer Hypermenorrhoe. Wird eine solche Indikation nachgewiesen, besteht ein Leistungsanspruch gegen das jeweilige Versicherungsunternehmen.

21. Aus welchen Bundesländern bzw. Kommunen ist der Bundesregierung bekannt, dass die Kosten für Verhütungsmittel von staatlichen Stellen übernommen werden?

Welche Methoden für die Kostenerstattung sind der Bundesregierung bekannt, und welche administrativen Hürden gibt es jeweils?

22. Inwieweit findet bei den einzelnen Modellen eine Bedürftigkeitsprüfung statt, und welche Gruppen von Frauen und Mädchen sind jeweils betroffen?

In welchen Kommunen in Deutschland besteht insbesondere für Beziehende von Hartz IV und Menschen mit ähnlich niedrigem Einkommen die Möglichkeit, die Kosten für Verhütungsmittel ersetzt zu bekommen (bitte nach Geschlecht und Höhe der Erstattung aufschlüsseln)?

Hinsichtlich der unterschiedlichen Vorgehensweisen in den Bundesländern und Kommunen liegt der Bundesregierung keine systematische Erhebung vor. Mit dem Thema befasst sich ein länderoffener Ad-hoc-Arbeitskreis „Kostenübernahme für ärztlich verordnete Mittel zur Empfängnisverhütung“, der auf der Jugend- und Familienministerkonferenz (JFMK) am 26./27. Mai 2011 in Essen unter Federführung von Nordrhein-Westfalen eingerichtet worden ist. Abschlussergebnisse liegen noch nicht vor.

Darüber hinaus hat der pro familia Bundesverband eine Umfrage durchgeführt zu den Vorgehensweisen in den Bundesländern und in den Kommunen. Diese hat eine sehr unterschiedliche Handhabung in den Kommunen gezeigt.

23. Ist nach Ansicht der Bundesregierung ein gleichberechtigter Zugang zu Verhütungsmitteln für alle sozialen Schichten in Deutschland gewährleistet (bitte begründen)?
24. Ist die Möglichkeit zur Familienplanung nach Ansicht der Bundesregierung Bestandteil des durch Artikel 1 des Grundgesetzes (GG) geschützten Existenzminimums?
25. Wie viel Geld haben Empfangende von Hartz IV bzw. Sozialhilfe gemäß der Regelbedarfsermittlung monatlich für die Empfängnisverhütung zur Verfügung?

Nach Ansicht der Bundesregierung ist ein gleichberechtigter Zugang zu Verhütungsmitteln für alle sozialen Schichten in Deutschland gewährleistet. Nach dem geltenden Sozialhilferecht (§ 49 in Verbindung mit § 52 Absatz 1 Satz 1 SGB XII) kommt eine Kostenübernahme für empfängnisverhütende Mittel entsprechend den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Betracht. Danach ist eine Leistungserbringung nur bis zum vollendeten 20. Lebensjahr möglich (§ 24a Absatz 2 SGB V).

Die Forderung nach Kostenübernahme für ärztlich verordnete Mittel zur Empfängnisverhütung wurde zuletzt auch im Gesetzgebungsverfahren zum Gesetz zur Ermittlung von Regelbedarfen und zur Änderung des Zweiten und Zwölften Buches Sozialgesetzbuch diskutiert; gesonderte, die Leistungsberechtigten nach dem SGB II bzw. SGB XII besser stellende Regelungen wurden in diesem Zusammenhang aus den nachstehenden Gründen abgelehnt.

Grundlage für das Gesetz zur Ermittlung von Regelbedarfen und zur Änderung des Zweiten und Zwölften Buches Sozialgesetzbuch war das Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Bemessung der Regelleistungen für Erwachsene und Kinder vom 9. Februar 2010. Darin wurde die Höhe der Regelleistungen für Erwachsene nicht in Frage gestellt und auch nicht als offenkundig unzureichend beurteilt.

Bei der Ermittlung der Regelbedarfe sind die durchschnittlichen Aufwendungen für Gesundheitspflege einschließlich der durchschnittlichen Ausgaben für Verhütungsmittel in vollem Umfang berücksichtigt worden und damit Bestandteil des soziokulturellen Existenzminimums. Da der Regelbedarf auch weiterhin als pauschaler Gesamtbetrag zur freien Verfügung gewährt wird, ist die Angabe von Teilbedarfen mit der pauschalen Gewährung nicht vereinbar. Dementsprechend gibt es auch keinerlei Vorgaben zum individuellen Konsum.

Grundsätzlich ist zu beachten, dass Leistungsberechtigte nach dem Zweiten und Zwölften Buch Sozialgesetzbuch in die gesetzliche Krankenversicherung einbezogen sind. Durch eine zusätzliche Finanzierung von Verhütungsmitteln würden hilfebedürftige Frauen weiterreichende Gesundheitsleistungen erhalten als die übrigen Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies würde einem gleichberechtigten Zugang zu Verhütungsmitteln für alle sozialen Schichten entgegenstehen.

Ungeachtet dessen sieht das Gesetz bereits besondere Regelungen vor, wenn die Verordnung eines teuren alternativen Verhütungsmittels u. a. wegen Pillenunverträglichkeit oder die Finanzierung einer Spirale erforderlich ist. Im Zwölften Buch Sozialgesetzbuch erfolgt dies durch eine abweichende Regelsatzfestsetzung. Im Zweiten Buch Sozialgesetzbuch ist in seltenen, besonderen Härtefällen, wenn ein laufender atypischer Bedarf geltend gemacht wird, die sogenannte Härtefallregelung anwendbar. Das Vorliegen eines solchen Umstandes ist jeweils im konkreten Einzelfall zu prüfen.

26. Wie wurde die Erstattung von Verhütungsmitteln in der Bundesrepublik Deutschland im Zeitverlauf geregelt (bitte nach Übernahme durch die GKV bzw. andere Kostenträger aufschlüsseln)?

Wann und in welchen Fällen gab es vorab eine Bedürftigkeitsprüfung?

Auf die Antwort zu Frage 16 wird verwiesen. Bis zur Einführung des § 24a SGB V durch das Schwangeren- und Familienhilfegesetz vom 27. Juli 1992 wurde in § 200e RVO geregelt, dass Versicherte der GKV einen Anspruch auf ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung haben; zur ärztlichen Beratung gehörten auch die erforderliche Untersuchung und die Verordnung von empfängnisregelnden Mitteln.

Nach dem mit Wirkung vom 1. Dezember 1975 eingefügten § 37b des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) konnten die Kosten für ärztlich verordnete empfängnisverhütende Mittel übernommen werden. Seit dem 1. Januar 2001 entsprechen diese Leistungen denen der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 38 BSHG). Auch nach dem derzeit geltenden Sozialhilferecht (§ 49 in Verbindung mit § 52 Absatz 1 Satz 1 SGB XII) kommt eine Kostenübernahme für ärztlich verordnete empfängnisverhütende Mittel bei nicht krankenversicherten Personen nur entsprechend den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Betracht. Nach dem Sozialhilferecht findet eine Bedürftigkeitsprüfung statt.

27. Wie wurde die Kostenübernahme von Verhütungsmitteln in der DDR nach Kenntnis der Bundesregierung im Zeitverlauf geregelt?

Nach Kenntnis der Bundesregierung wurde die Kostenübernahme für Verhütungsmittel im Gesetz über die Unterbrechung der Schwangerschaft vom 9. März 1972 bis zur Aufhebung durch den Einigungsvertrag vom 31. August 1990 geregelt. Nach § 4 Absatz 2 dieses Gesetzes erfolgte die Abgabe ärztlich verordneter schwangerschaftsverhütender Mittel an sozialversicherte Frauen unentgeltlich.

28. Stimmt die Bundesregierung der Aussage zu, dass der ungehinderte Zugang zu Angeboten der Familienplanung Teil des Übereinkommens zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (CEDAW) ist, das Deutschland unterzeichnet hat (bitte begründen)?

Falls ja, was tut die Bundesregierung, um dieser Verpflichtung nachzukommen?

Falls nein, distanziert sich die Bundesregierung vom Inhalt des Vertrags?

Die Förderung sexueller und reproduktiver Gesundheit sowie die Verwirklichung der entsprechenden Rechte sind zentrale gleichstellungspolitische Themen. In nationalen und internationalen Projekten Deutschlands wird der Zugang zu seriösen Informationen über die menschliche Sexualität, Möglichkeiten der Familienplanung und entsprechenden Gesundheitsdiensten unterstützt. Dazu gehört auch eine klare Positionierung der Bundesregierung in internationalen Verhandlungen zum Beispiel im Rahmen der Frauenrechtskommission oder der Kommission für Bevölkerung und Entwicklung der Vereinten Nationen.

Im Übereinkommen der Vereinten Nationen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (CEDAW) werden die Vertragsstaaten zu geeigneten Maßnahmen zur Beseitigung der Diskriminierung der Frau im Bereich des Gesundheitswesens aufgefordert, der Frau gleichberechtigt Zugang zu Gesundheitsdiensten, einschließlich derjenigen im Zusammenhang mit der Familienplanung, zu gewährleisten. Außerdem wird der Zugang zu spezifischen Bil-

dungsinformationen gefordert, die zur Gesunderhaltung und zum Wohlergehen der Familie beitragen, einschließlich der Aufklärung und Beratung in Bezug auf Familienplanung.

In Artikel 10 Buchstabe h des o. g. Übereinkommens ist festgelegt, dass Frauen über Verhütungsmaßnahmen und ihre Anwendung informiert werden müssen und ihnen der Zugang zu Aufklärungsunterricht und Familienplanungsdiensten garantiert sein muss, damit sie eine Entscheidung über sichere und zuverlässige Verhütungsmaßnahmen auf der Grundlage ausreichender Informationen treffen können.

Zur Sicherstellung dieser Forderung führt die Bundesregierung in Kooperation mit der BZgA umfangreiche Maßnahmen durch. Ziel ist es, die Bevölkerung über Verhütungsmaßnahmen und ihre Anwendung zu informieren und den Zugang zu Aufklärungsunterricht und Familienplanungsdiensten sicherzustellen, um eine Entscheidung über sichere und zuverlässige Verhütungsmaßnahmen auf der Grundlage ausreichender Informationen treffen zu können. Jede Frau und jeder Mann haben in Deutschland das Recht, sich zu Fragen der Sexualaufklärung, Verhütung, Familienplanung und Schwangerschaft an eine hierfür vorgesehene Beratungsstelle zu wenden. Gesetzlich Versicherte bis zum vollendeten 20. Lebensjahr haben Anspruch auf Versorgung mit empfängnisverhütenden Mitteln, soweit sie ärztlich verordnet werden.

Wesentlich ist auch die Arbeit und die Fachkenntnis der in diesem Bereich engagierten Nichtregierungsorganisationen, um Aufklärung und Beratung in Bezug auf die Sexualaufklärung, Familienplanung und Schwangerschaft für Frauen und Männer in allen Bevölkerungsgruppen anbieten zu können. Aus diesem Grund legt die Bundesregierung besonderen Wert auf die Zusammenarbeit mit in diesem Bereich tätigen Verbänden unterschiedlicher Weltanschauung und unterstützt deren Arbeit durch die Förderung von Einzelaktivitäten wie Tagungen, Publikationen und Fortbildungsveranstaltungen.

29. Stimmt die Bundesregierung der Aussage zu, dass sich das Recht auf Zugang zu Informationen und zu Verhütungsmitteln aus dem von Deutschland ratifizierten UN-Sozialpakt ergibt (bitte begründen)?

Falls ja, was tut die Bundesregierung, um dieser Verpflichtung nachzukommen?

Falls nein, distanziert sich die Bundesregierung vom Inhalt des Vertrags?

Die Interpretation des Artikels 12 im Allgemeinen Kommentar des VN-Ausschusses für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte schließt das Recht auf Zugang zu Informationen und Diensten zu sexueller und reproduktiver Gesundheit ein. Der Zugang zu Verhütungsmitteln muss nach dem o. g. Allgemeinen Kommentar diskriminierungsfrei für alle gewährleistet und erschwinglich sein. Nach Ansicht der Bundesregierung ist ein gleichberechtigter Zugang gewährleistet (s. Antwort zu den Fragen 23 bis 25).

30. Stimmt die Bundesregierung der Aussage zu, dass nach der Menschenrechtsproklamation von Teheran und der Proklamation nachfolgender Menschenrechtserklärungen die Erreichung des bestmöglichen Standards sexueller und reproduktiver Gesundheit als Menschenrecht gilt (bitte begründen)?

Falls ja, inwieweit ist nach Ansicht der Bundesregierung der Zugang zu Verhütungsmitteln von diesem Recht betroffen, und was tut die Bundes-

regierung, um dieses Recht im Hinblick auf den Zugang zu Verhütungsmitteln umzusetzen?

Zur Sicherstellung der sexuellen und reproduktiven Rechte von Frauen und Männern ist der Zugang zu Verhütungsmitteln nach Auffassung der Bundesregierung eine wichtige Voraussetzung. Im Hinblick auf die dazu durchgeführten Maßnahmen der Bundesregierung siehe Antwort zu Frage 28.

31. Welche Erkenntnisse besitzt die Bundesregierung bezüglich des Krebsrisikos von Frauen und Mädchen bei der Einnahme der hormonellen Kontrazeptiva?

Im Folgenden wird zur Beantwortung auf die häufig angewendeten kombinierten oralen Kontrazeptiva (KOK) fokussiert.

Brustkrebs

Zusammenfassend wird in der wissenschaftlichen Literatur von einem leicht erhöhten Risiko einer Brustkebsdiagnose bei Anwendung hormonaler Kontrazeptiva ausgegangen.

Zervixkarzinom

Zusammenfassend wird in der wissenschaftlichen Literatur von einem leicht erhöhten Risiko für die Diagnose eines Zervixkarzinoms (Gebärmutterhalskrebs) bei der Anwendung hormonaler Kontrazeptiva ausgegangen. Kontrovers diskutiert wird nach wie vor, in welchem Ausmaß dieses Ergebnis durch das Sexualverhalten und andere Faktoren, wie eine Infektion mit dem humanen Papillomavirus (HPV), beeinflusst wird.

Lebertumore

In der Literatur ist ein mäßig erhöhtes Risiko für die Entwicklung gutartiger und bösartiger Lebertumore bei aktueller KOK-Anwendung beschrieben⁵. Der Zusammenhang zwischen der Anwendung von KOK und dem Auftreten bösartiger Lebertumore wird aber z. T. kontrovers diskutiert.

In einer Metaanalyse wurde ein mäßig erhöhtes Risiko für die Entstehung von Leberkrebs berechnet (Odds Ratio von 1,57, 95 Prozent KI 0,96 bis 2,54)⁶. Die absolute Häufigkeit von Leberkrebskrankungen bei (jungen) Frauen ist allerdings sehr gering. So wird die Anzahl der Krebsneuerkrankungen in dem Organsystem Leber-Galle bei Frauen in Deutschland für das Jahr 2009 mit 2,9 pro 100 000 Einwohner angegeben⁷.

Eierstock- und Gebärmutterkrebs

In der Literatur wird ein vermindertes Risiko für Eierstock- und Gebärmutterkrebs bei Anwendung von KOK beschrieben⁸.

32. Wie viele Arzneimittel zur Verhütung wurden nach Kenntnis der Bundesregierung seit 2002 verschrieben (bitte nach Alter, Bundesländern und

⁵ Cibula H et al. Human Reprod Update 2010;16:631-650.

⁶ Maheshwari S et al. J of Hepatol 2007;47:506-13.

⁷ www.ekr.med.uni-erlangen.de/GEKID/Atlas/CurrentVersion/Tabellen/Tabellen_D.php

⁸ Cibula H et al. Human Reprod Update 2010;16:631-650

nach Pillengeneration sowie vaginalen, dermalen und implantativen hormonellen Kontrazeptiva aufschlüsseln)?

Wie viele nichthormonelle vaginale Kontrazeptiva wurden seit 2002 nach Kenntnis der Bundesregierung umgesetzt (bitte nach Art des Verhütungsmittels aufschlüsseln)?

Die Verordnungszahlen für Kontrazeptiva (ohne „Pille danach“) stehen der Bundesregierung erst seit dem Jahr 2005 zur Verfügung (Quelle: INSIGHT Health ODV National):

Jahr 2005	Jahr 2006	Jahr 2007	Jahr 2008	Jahr 2009	Jahr 2010	Jahr 2011
18 998 623	16 908 130	16 222 028	16 152 881	15 998 783	15 692 425	15 918 308

Eine Aufschlüsselung der Verordnungszahlen nach Alter, Bundesländern, „Pillengeneration“ und Darreichungsform liegt der Bundesregierung nicht vor.

33. Wie viele Sterilisationen wurden seit 2002 nach Kenntnis der Bundesregierung zum Zwecke der Empfängnisverhütung durchgeführt (bitte nach Geschlecht aufschlüsseln)?

Der Bundesregierung liegen Zahlen zu Sterilisationen zum einen aus der Krankenhausstatistik sowie zum anderen aus der Abrechnungsstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vor.

Laut Krankenhausstatistik haben sich zwischen 2002 und 2010 insgesamt 68 405 Frauen und 8 155 Männer im Krankenhaus sterilisieren lassen (Diagnosedaten zu „ICD Z30.2 Sterilisierung“ in der Rubrik „Z 30 Kontrazeptive Maßnahmen“; www.gbe-bund.de).

Laut Abrechnungsstatistik der KBV wurden in den Jahren 2002 und 2003 110 459 Sterilisationen bei Frauen und 92 413 Sterilisationen bei Männern ambulant im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführt. Seit dem Jahr 2004 können nur noch medizinisch begründete Sterilisationen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen vergütet werden. Dadurch hat sich nach Angaben der KBV die Zahl der Sterilisationen in der vertragsärztlichen Versorgung im Jahr 2004 auf 1 265 und bis zum Jahr 2011 auf 201 reduziert.

34. Wie viele Teenagerschwangerschaften und -schwangerschaftsabbrüche gab es nach Kenntnis der Bundesregierung in der Bundesrepublik Deutschland seit 2002 (bitte nach Jahren, Alter der Mädchen und jungen Frauen sowie dem jeweiligen Bundesland aufschlüsseln)?

Die nachfolgenden Tabellen geben einen Überblick über die Entwicklungen bei Teenagerschwangerschaften und -abbrüchen in der Bundesrepublik Deutschland seit 2002 (Quelle: Statistisches Bundesamt):

**Geburten von minderjährigen Frauen (exaktes Alter)
nach Wohnland**

	2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	unter 15	15 bis unter 18	unter 15	15 bis unter 18	unter 15	15 bis unter 18	unter 15	15 bis unter 18	unter 15	15 bis unter 18	unter 15	15 bis unter 18	unter 15	15 bis unter 18	unter 15	15 bis unter 18	unter 15	15 bis unter 18
	Baden-Württemberg.....	13	657	12	597	11	542	13	563	13	509	14	494	7	452	9	382	6
Bayern.....	25	815	27	753	16	730	20	643	17	646	13	600	14	601	12	502	11	474
Berlin.....	9	426	10	377	14	396	6	332	10	293	9	276	4	262	7	258	5	276
Brandenburg.....	14	317	13	314	6	295	3	283	5	304	7	252	4	199	5	170	3	172
Bremen.....	0	78	3	79	2	73	3	60	1	81	1	62	1	56	0	67	3	42
Hamburg.....	3	156	4	130	2	135	0	131	1	97	0	112	0	106	0	82	1	100
Hessen.....	9	444	4	435	3	389	1	378	6	340	8	319	11	316	5	259	4	267
Mecklenburg-Vorpommern	7	260	4	274	8	229	7	203	3	201	5	177	8	166	6	127	4	125
Niedersachsen.....	17	722	17	707	21	672	27	638	6	606	13	532	19	507	9	513	16	453
Nordrhein-Westfalen.....	39	1 639	33	1 602	34	1 536	38	1 508	34	1 349	36	1 346	24	1 321	18	1 155	18	1 092
Rheinland-Pfalz.....	5	368	4	380	2	349	2	331	4	331	0	302	6	335	8	255	10	244
Saarland.....	4	92	2	97	3	102	5	96	3	63	3	96	1	80	5	91	1	77
Sachsen.....	18	509	17	453	17	481	11	443	8	418	19	386	11	365	9	283	13	235
Sachsen-Anhalt.....	20	360	11	371	11	365	13	337	9	320	10	278	11	292	11	232	8	227
Schleswig-Holstein.....	1	233	5	247	10	243	1	219	11	215	3	199	7	216	9	186	2	190
Thüringen.....	13	322	16	297	10	262	12	265	10	249	7	233	2	209	7	155	6	156
Deutschland insgesamt.....	197	7 398	182	7 113	170	6 799	162	6 430	141	6 022	148	5 664	130	5 483	120	4 717	111	4 487

© Copyright: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2012 - Vervielfältigung und Verbreitung, auch auszugsweise, mit Quellenangabe gestattet

**Schwangerschaftsabbrüche minderjähriger Frauen
nach Wohnland**

Alter:	2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011	
	unter 15	15 bis unter 18	unter 15	15 bis unter 18	unter 15	15 bis unter 18	unter 15	15 bis unter 18	unter 15	15 bis unter 18	unter 15	15 bis unter 18	unter 15	15 bis unter 18	unter 15	15 bis unter 18	unter 15	15 bis unter 18	unter 15	15 bis unter 18
	Baden-Württemberg.....	69	599	47	692	61	728	48	671	44	637	47	539	41	521	26	422	38	424	30
Bayern.....	103	751	51	780	75	843	68	752	52	617	50	624	54	546	35	505	38	438	48	416
Berlin.....	47	516	55	506	50	456	39	463	40	463	29	419	19	355	32	330	20	317	20	313
Brandenburg.....	48	310	46	344	41	365	36	283	25	286	22	245	17	169	30	153	21	125	25	110
Bremen.....	10	83	10	88	5	86	6	98	6	107	9	103	5	69	7	70	3	72	4	43
Hamburg.....	14	192	8	202	19	181	10	157	14	139	13	150	18	129	12	148	12	124	11	118
Hessen.....	44	497	53	556	55	540	50	522	50	418	35	430	28	360	20	353	36	299	18	318
Mecklenburg-Vorpommern	27	260	39	270	31	243	29	227	12	206	6	144	11	121	12	121	13	77	17	85
Niedersachsen.....	59	551	62	600	74	635	54	608	57	561	52	515	50	520	35	441	58	420	27	359
Nordrhein-Westfalen.....	129	1 350	147	1 344	146	1 386	137	1 350	94	1 257	96	1 251	94	1 059	78	1 032	82	908	78	802
Rheinland-Pfalz.....	25	224	27	238	24	246	27	253	24	248	26	239	25	234	22	196	18	174	15	164
Saarland.....	11	57	8	74	14	64	6	73	10	52	2	79	10	59	6	51	7	66	4	47
Sachsen.....	55	429	60	390	70	420	43	372	27	326	29	285	34	203	19	195	22	171	29	130
Sachsen-Anhalt.....	53	323	38	307	49	331	32	282	39	256	21	226	20	179	24	150	26	125	17	94
Schleswig-Holstein.....	21	229	28	250	16	269	30	227	24	243	25	228	26	217	26	187	22	172	11	158
Thüringen.....	45	295	35	276	45	265	44	233	24	215	32	185	22	111	14	136	24	108	18	91
Ausland.....	1	16	1	13	4	17	0	17	0	17	0	19	1	20	1	20	0	24	2	30
Deutschland insgesamt.....	761	6 682	715	6 930	779	7 075	659	6 588	542	6 048	494	5 681	475	4 872	399	4 510	440	4 044	374	3 652
Deutschland ohne Ausland	760	6 666	714	6 917	775	7 058	659	6 571	542	6 031	494	5 662	474	4 852	398	4 490	440	4 020	372	3 622

© Copyright: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2012 - Vervielfältigung und Verbreitung, auch auszugsweise, mit Quellenangabe gestattet

Die Gesamtzahl der Schwangerschaftsabbrüche hat sich im Jahr 2011 im Vergleich zum Jahr 2002 um 16,5 Prozent verringert. Im früheren Bundesgebiet sank die Gesamtzahl um 16,7 Prozent, in den neuen Ländern um 18 Prozent und in Berlin um 17,2 Prozent.

Die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche Minderjähriger hat sich in dem o. g. Zeitraum um 45,9 Prozent verringert. Im früheren Bundesgebiet sank die Zahl um 39,3 Prozent, in den neuen Ländern um 66,6 Prozent und in Berlin um 40,9 Prozent.

Der Anteil der Schwangerschaftsabbrüche der unter 18-Jährigen an der Gesamtzahl aller Schwangerschaftsabbrüche betrug 5,7 Prozent im Jahr 2002, 3,7 Prozent im Jahr 2011.

Die Gesamtzahl der Geburten hat sich von 2002 zu 2010 um 5,7 Prozent verringert. Im früheren Bundesgebiet sank die Gesamtzahl um 8,7 Prozent, demgegenüber stieg sie in den neuen Ländern um 6,1 Prozent und in Berlin sogar um 15,9 Prozent.

Die Zahl der Geborenen minderjähriger Mütter hat sich in diesem Zeitraum um 39,5 Prozent verringert. Im früheren Bundesgebiet sank die Zahl um 36,7 Prozent, in den neuen Ländern um 48,4 Prozent und in Berlin um 35,4 Prozent.

Der Anteil der Geborenen von unter 18-Jährigen an der Gesamtzahl aller Geburten ist im gleichen Zeitraum von 1,1 Prozent auf 0,7 Prozent gesunken.

Um die demografische Komponente auszuschließen, die durch unterschiedliche Bevölkerungszahlen in den einzelnen Bundesländern und auch im zeitlichen Vergleich hervorgerufen wird, wird eine Quotenberechnung der Schwangerschaftsabbrüche bzw. Lebendgeborenen von Minderjährigen je 10 000 Frauen im Alter von 10 bis unter 18 Jahren vorgenommen.

In der Altersgruppe der Minderjährigen (10 bis unter 18 Jahre) ist ein Rückgang in der Bevölkerungszahl festzustellen. Waren es im Jahr 2002 noch rund 3,62 Millionen, so sank deren Zahl im Jahr 2010 um 14,1 Prozent auf rund 3,11 Millionen. Die berechnete Quote der Schwangerschaftsabbrüche je 10 000 minderjährige Frauen im Alter von 10 bis unter 18 Jahren lag bei 20 für 2002, für 2011 betrug sie 13. Für das frühere Bundesgebiet wurde als Quote 18 beziehungsweise 11 errechnet, für die neuen Länder 28 beziehungsweise 19 und für Berlin 42 für 2002 und 33 für 2011.

Die berechnete Quote der Lebendgeborenen je 10 000 minderjähriger Frauen im Alter von 10 bis unter 18 Jahren lag bei 21 für 2002, für 2010 betrug sie 15. Für das frühere Bundesgebiet wurde als Quote 19 beziehungsweise 13 errechnet, für die neuen Länder 28 beziehungsweise 29 und für Berlin 33 für 2002 und 28 für 2010.

35. Worin sieht die Bundesregierung gesellschaftliche Ursachen für die Entwicklung der Zahl der Teenagerschwangerschaften?

Bewertet man die Teenagerschwangerschaften im internationalen Vergleich, sind die Zahlen in der Bundesrepublik Deutschland auf eher niedrigem Niveau.

Unabhängig von der Entwicklung der Zahl der Teenagerschwangerschaften in Deutschland geht die BZgA davon aus, dass jede unerwünschte Schwangerschaft Minderjähriger ein individuell ernsthaftes Problem darstellt und individuelle Unterstützung gewährleisten muss. Die Studie der BZgA „Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen“, zeigt, dass das Risiko minderjährig schwanger zu werden, bei einer Hauptschülerin etwa fünfmal so hoch liegt wie bei einer Gymnasiastin. Geringe Bildung und Perspektivlosigkeit erhöhen das Risiko, ungewollt schwanger zu werden, enorm.

Um Jugendlichen frühzeitig Hilfestellung bei ihrer Berufs- und Lebensplanung zu bieten, hat die BZgA das Projekt „Komm auf Tour“ entwickelt. Es ermöglicht Erfahrungsräume, in denen sich die biografische Perspektive und Lebenswelt der Hauptschülerinnen und Hauptschüler mit einer breiten wie flexiblen beruflichen Orientierung verbindet (s. auch Antwort zu Frage 12).

Der Blick muss verstärkt auf strukturelle Bedingungen gerichtet werden, z. B. auf die Bereitstellung von Ausbildungs- und Arbeitsplätzen. Voraussetzungen für eine sicherere Lebensplanung zu schaffen, ist damit eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe zahlreicher Akteure.

36. In wie vielen Fällen werden nach Kenntnis der Bundesregierung sozial benachteiligte Mädchen und Frauen schwanger, weil sie die finanzielle Belastung für ein zuverlässiges Verhütungsmittel nicht tragen können?

Belastbare Daten liegen der Bundesregierung derzeit nicht vor. Erkenntnisse sind zu erwarten durch ein von der BZgA 2011 beauftragtes Forschungsvorhaben „Frauen leben 3: Familienplanung von 20- bis 44-jährigen Frauen – Schwerpunkt Schwangerschaftskonflikte“. Ziel ist es, die Datenlage zum Fami-

lienplanungsverhalten von 20- bis bis 44-jährigen Frauen zu aktualisieren. Im Fokus der Untersuchung stehen ungewollte Schwangerschaften und die Gründe, diese auszutragen oder abzubrechen. Die Studie wird ein stärkeres Augenmerk auf sozialstrukturelle und versorgungsbezogene Rahmenbedingungen für Entscheidungen im reproduktiven Lebenslauf richten. Auch Ursachen für ungeplante Schwangerschaften werden in den Blick genommen. Die Ergebnisse werden Ende 2013 vorliegen.

37. Gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung einen Zusammenhang zwischen dem Sozialstatus einerseits und frühen und/oder ungewollten Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen andererseits?

Welche Ursachen können für einen Zusammenhang geltend gemacht werden?

Welche Rolle spielt die finanzielle Belastung für zuverlässige Verhütungsmittel?

Zu Motiven von Schwangerschaftsabbrüchen im Erwachsenenalter liegen Erkenntnisse aus der BZgA-Städtestudie von 2010 („frauen leben-Familienplanung und Migration im Lebenslauf“) zu Frauen mit türkischem und osteuropäischem Migrationshintergrund vor. Hier werden unterschiedlich, je nach Migrationsgruppe, folgende Gründe für einen Abbruch angegeben:

- gesundheitliche Gründe,
- ein zu kurzer Abstand zur vorangegangenen Geburt,
- berufs- und ausbildungsbezogene Gründe,
- Altersgründe (bei Frauen unter 25 Jahren).

Bei der westdeutschen Vergleichsgruppe dieser Studie dominieren berufs- oder ausbildungsbezogene gefolgt von partnerbezogenen Gründen. Ebenfalls werden Altersgründe (zu jung) angegeben.

38. Wie viele minderjährige Mädchen sterben nach Kenntnis der Bundesregierung während einer Schwangerschaft oder einer Geburt (bitte absolute und relative Zahlen angeben)?

In wie vielen Fällen spielt die Schwangerschaft bzw. die Geburt eine maßgebliche Rolle?

Nach aktuellen Daten des Statistischen Bundesamtes (Todesursachenstatistik) starb sowohl im Jahr 2010 als auch im Jahr 2009 jeweils eine junge Frau im Alter zwischen 15 und 20 Jahren an den Folgen der Schwangerschaft, der Geburt oder des Wochenbettes. Über die Zahl der während einer Schwangerschaft an anderen Ursachen gestorbenen Mädchen oder jungen Frauen liegen der Bundesregierung keine Informationen vor.

39. Wie wirkt sich eine Schwangerschaft beziehungsweise ein Schwangerschaftsabbruch nach Kenntnis der Bundesregierung auf das Erwerbsleben und die finanzielle Situation der Mädchen und Frauen aus?

Die in der Antwort zu Frage 36 erwähnte BZgA-Studie wird u. a. auch zu diesen Aspekten Erkenntnisse liefern.

Ferner können die Ergebnisse der jährlichen Sozialdatenstatistik der Bundesstiftung „Mutter und Kind“ dazu gewisse Hinweise bieten. Schwangere Frauen in einer finanziellen Notlage unterstützt die Bundesstiftung „Mutter und Kind“

mit ergänzenden finanziellen Hilfen, auf die kein Rechtsanspruch besteht. Ausweislich der Sozialdatenstatistik der Bundesstiftung erhielten zuletzt jährlich rund 20 Prozent aller schwangeren Frauen in Deutschland Unterstützung durch die Stiftung, befanden sich also nach der Definition des MuKStiftG in einer Notlagensituation. Von den Hilfeempfängerinnen im Jahr 2011 bezog ein Viertel Einkommen aus selbständiger und nichtselbständiger Arbeit, knapp die Hälfte bezog Leistungen nach SGB II oder SGB XII, 13 Prozent verfügten über keinerlei Einkünfte, 4 Prozent bezogen Leistungen nach dem BAföG.

Die Zahlen lassen jedoch keine Rückschlüsse darüber zu, inwieweit die Notlage bereits vorher bestand oder durch die Schwangerschaft begründet oder zumindest verschärft wurde.

40. Wie schätzt die Bundesregierung die Chancen von minderjährigen Müttern und von Müttern unter 25 Jahren, eine Ausbildung zu finden, abzuschließen und in das Erwerbsleben einzutreten, ein?

Es stellt für junge Mütter eine besondere Herausforderung dar, einer Mehrfachbelastung durch Ausbildung, Organisation der Kinderbetreuung, Versorgung des Kindes und eigenem Entwicklungsprozess gerecht zu werden und den Einstieg in eine Ausbildung sowie das erfolgreiche Durchlaufen der Ausbildung zu bewältigen.

Um jungen Müttern eine Berufsausbildung zu erleichtern, unterstützt die Bundesregierung die verstärkte Nutzung von Teilzeitberufsausbildungen in Betrieben durch flankierende Aktivitäten z. B. im Rahmen einer umfassenden Initiative zur Verbesserung der Ausbildungsplatzsituation von Jugendlichen im Ausbildungsstrukturprogramm JOBSTARTER und durch geeignete Werbemaßnahmen im Internet und in Broschüren. Die Bundesagentur für Arbeit adressiert dieses Thema im Internet, in ihren Medien und im persönlichen Beratungsgespräch. Die Berufsberatung der Agentur für Arbeit und der Berater beim Jobcenter unterstützen und ermutigen (alleinerziehende) Mütter und Väter bei der Suche nach einem Teilzeitausbildungsplatz. Das Arbeitsförderungsrecht flankiert Teilzeitausbildung bei Bedarf durch Förderungsmöglichkeiten. Eine Einstiegsqualifizierung kann bei Erziehung eigener Kinder auch in Teilzeit mit halbierten Wochenstundenzahl durchgeführt werden.

Die Bundesregierung hat sich zum Ziel gesetzt, insbesondere die Integration von Alleinerziehenden (darunter junge Mütter) auf dem Arbeitsmarkt weiter zu verbessern. Dazu wurde ein bis Ende 2012 laufender Ideenwettbewerb „Gute Arbeit für Alleinerziehende“ mit dem Ziel der Entwicklung von Konzepten zur Verbesserung der Erwerbs- und Verdienstchancen von Alleinerziehenden, die Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) beziehen, initiiert. Den Jobcentern sollen nach dem Ende des Ideenwettbewerbs gute Ansätze und Konzepte zur Verfügung stehen, die – unter Berücksichtigung der Möglichkeiten des SGB II – im Rahmen der arbeitsmarktpolitischen Regelförderung eingesetzt werden können.

41. Welche Erkenntnisse besitzt die Bundesregierung über die soziale und berufliche Situation von minderjährigen Vätern und von Vätern unter 25 Jahren?

Zur sozialen und beruflichen Situation von minderjährigen Vätern und von Vätern unter 25 Jahren liegen nach Kenntnis der Bundesregierung keine differenzierten empirischen Erkenntnisse vor. Dies ist auch durch den Umstand begründet, dass die genannte Teilpopulation einen quantitativ nur geringen Umfang besitzt. Nach den Ergebnissen des Mikrozensus gab es im Jahr 2011 insge-

samt ca. 70 000 Väter im Alter zwischen 20 und 25 Jahren. Die Anzahl der minderjährigen Väter ist nach Angaben des Statistischen Bundesamtes zu klein, um nach weiteren Kriterien statistisch ausgewertet werden zu können.

In der genannten Altersgruppe zwischen 20 und 25 Jahren waren ca. 53 000 Väter erwerbstätig, davon arbeiteten ca. 49 000 in der Berichtswoche (sog. aktiv Erwerbstätige, ohne vorübergehend Beurlaubte, z. B. wegen Elternzeit). Etwa 9 000 der jungen Väter waren erwerbslos, weitere ca. 9 000 zählten zu den Nichterwerbspersonen. Ergänzende Informationen lassen sich der Publikation „Haushalte und Familien – Ergebnisse des Mikrozensus – Fachserie 1 Reihe 3 – 2011“ des Statistischen Bundesamts entnehmen.

Da die besonderen Arbeitsmarktrisiken junger Eltern aus verschiedenen Untersuchungen bekannt sind, aber aktuell keine spezifischen Studien zu deren Arbeitsmarkt- und sozio-ökonomischen Situation vorliegen, hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales eine wissenschaftliche Studie „Arbeitsmarktübergänge junger Eltern – Einflussfaktoren und Rahmenbedingungen unter besonderer Berücksichtigung der Familienform“ in Auftrag gegeben. Im Rahmen dieses Forschungsauftrags sollen die Erwerbsbeteiligung und der Sozialleistungsbezug von jungen Müttern und Vätern auf Basis repräsentativer Datenquellen analysiert werden. Die Ergebnisse dieser Studie werden im zweiten Quartal 2013 vorliegen.

Hinsichtlich der beruflichen Situation junger Väter wird auch auf die Antwort zu Frage 40 verwiesen.

