



**BUNDESMINISTERIUM
FÜR UMWELT, JUGEND UND FAMILIE**

**FRAUEN
IM
SCHWANGERSCHAFTSKONFLIKT
BERATUNGSANGEBOTE**

**Analyse der vom Bundesministerium
für Umwelt, Jugend und Familie geförderten
Familienberatungsstellen**

**Ludwig Boltzmann-Institut
für Schwangerenbetreuung und Geburtentregelung**

FRAUEN IM SCHWANGERSCHAFTSKONFLIKT BERATUNGSANGEBOTE

**Analyse der vom Bundesministerium
für Umwelt, Jugend und Familie geförderten
Familienberatungsstellen**

**Wissenschaftliche Gesamtleitung:
Univ. Doz. Dr. Beate Wimmer-Puchinger
Dr. Michael Kundi
Projektkoordination:
Dr. Gertrud Bronneberg**

**Erstellt im Auftrag des
Bundesministeriums für Umwelt, Jugend und Familie**

Wien, im November 1988

Eigentümer, Herausgeber und Verleger: Bundesministerium für Umwelt,
Jugend und Familie, 1030 Wien, Radetzkystraße 2

Für den Inhalt verantwortlich: Abteilung III/2, 1015 Wien, Mahlerstraße 6

Gesamtherstellung: Offsetdruck Carl Ueberreuter Ges. m. b. H.,
2100 Korneuburg

Inhalt

I. Familienplanungsberatung mit Schwerpunkt Schwangerschaftskonfliktberatung – Theoretische Einführung	
1. Zur Situation der Beratungsstellen	12
2. Beratung: Luxus oder Prävention	12
2.1. Spezifikum der Beratung – Beratung im institutionellen Kontext	13
2.2. Chancen der Beratung	17
3. Einflußfaktoren der Beratung	18
II. Ergebnisse einer empirischen Analyse zur Situation der Schwangerschaftskonfliktberatung in Österreich	
1. Einleitung	20
2. Forschungsdesign	23
2.1. Stichprobe	23
2.2. Procedere	26
2.3. Erhebungszeitraum	27
2.4. Instrumentarium	27
2.4.1. Träger	28
2.4.2. Beratungsstellenleiter	28
2.4.3. Berater	28
2.4.4. Arzt	28
2.4.5. Schwester/Assistentin	29
2.4.6. Tiefenexploration	29
2.4.7. Frauen vor der Beratung	29
2.4.8. Frauen nach der Beratung – abgebrochene Schwangerschaft	30
2.4.9. Frauen nach der Beratung – Entscheidung für das Kind	30
2.5. Interviews	30
2.6. Gruppeninterviews	30
III. Ergebnisse	
1. Analyse der Trägerschaften	
1.1. Struktur und Organisation der Beratungsstellen	34
1.1.1. Psychosoziale Versorgung der Bevölkerung	35
1.1.2. Beratungskapazität	35
1.2. Das Personal der Beratungsstellen	36
1.2.1. Teamstruktur	37
1.2.2. Verweildauer und Fluktuation der Berater	40
1.3. Bekanntheitsgrad, Zufriedenheit	41

1.4.	Aus- und Fortbildung	42
1.5.	Finanzierung	44
1.6.	Öffentlichkeitsarbeit	51
1.7.	Zusammenfassung	53
2.	Analyse der Interviews der Beratungsstellenleiter	
2.1.	Fragen zur Person	55
2.1.1.	Soziodemographische Merkmale	55
2.1.2.	Zusatzausbildung	57
2.1.3.	Berufserfahrung und Anstellungsverhältnis	57
2.1.4.	Tätigkeitsspektrum	58
2.1.5.	Arbeitszeit in und außerhalb der Beratungsstelle	59
2.1.6.	Weiterbildung, Teambesprechungen und Supervision ..	59
2.1.7.	Zusatzausbildung	61
2.2.	Die Beratung	61
2.2.1.	Beratungsschwerpunkte	61
2.2.1.1.	Schwangerschaftskonfliktberatung	62
2.2.1.2.	Kontrazeptionsberatung	62
2.2.2.	Zeitlicher Aufwand	63
2.3.	Öffnungszeiten	64
2.4.	Wartezeiten	65
2.5.	Procedere in der Beratungsstelle	66
2.6.	Zuweisende Institutionen	67
2.7.	Die Klientel	69
2.8.	Erwartungen der Klienten	70
2.9.	Charakterisierung von Beratungsstellen nach der Häufigkeit von Schwangerschaftskonfliktberatungen ..	71
2.10.	Zusammenfassung	72
3.	Analyse der Beraterinterviews	
3.1.	Fragen zur Person	75
3.1.1.	Geschlecht	75
3.1.2.	Alter	76
3.1.3.	Teamstruktur nach Berufen	77
3.1.4.	Zusatzausbildung	77
3.2.	Verantwortlichkeit und Zuständigkeit innerhalb der Beratungsstelle	81
3.3.	Kenntnis der Trägerschaft	82
3.4.	Funktion und Aufgabengebiet innerhalb der Beratungsstelle	82
3.4.1.	Fluktuation	82
3.4.2.	Berufserfahrung	83
3.4.3.	Verweildauer	84

3.4.4.	Beschäftigungsbasis	84
3.4.5.	Arbeitszeit in und außerhalb der Beratungsstelle	85
3.4.6.	Tätigkeitsspektrum	87
3.4.7.	Beratungsschwerpunkte	90
3.5.	Beruflicher Werdegang, berufliche Vorerfahrungen und Einstellungskriterien	93
3.6.	Anschauungsmaterial und Hilfsmittel bei der Kontrazeptionsberatung	95
3.7.	Aus- und Fortbildung	98
3.7.1.	Teambesprechungen	98
3.7.2.	Besuch von Aus- und Fortbildung	99
3.7.3.	Supervision	101
3.8.	Eigene Klientel	102
3.8.1.	Alter	102
3.8.2.	Geschlecht	105
3.8.3.	Einzugsgebiet	107
3.8.4.	Schicht	108
3.8.5.	Erwartungen an die Beratung	109
3.8.6.	Zufriedenheit	111
3.8.7.	Motivation	112
3.8.8.	Leidensdruck	113
3.9.	Wertorientiertheit bei Schwangerschaftskonflikt- beratung	116
3.10.	Belastende Beratungen	117
3.11.	Schwierige Klienten	120
3.12.	Einstellung zur Fristenlösung	122
3.13.	Spezifika der einzelnen Berufsgruppen	123
3.13.1.	Psychologe	124
3.13.2.	Sozialarbeiter	124
3.13.3.	Arzt	125
3.13.4.	Jurist	125
3.14.	Zusammenfassung	125
4.	Zusammenfassung der wichtigsten empirischen Ergebnisse	
4.1.	Ausgangsüberlegungen und Fragestellungen	131
4.2.	Aufbau der Studie	131
4.3.	Zusammenfassung der Ergebnisse	132
4.3.1.	Zur Situation der Trägerschaften und Beratungsstellenleiter	132
4.3.2.	Zur Situation der Berater	133
4.4.	Resumé – Empfehlungen	135

IV. Literaturverzeichnis und weiterführende Literatur

Vorwort

Seit nunmehr 14 Jahren ist der Schwangerschaftsabbruch in Österreich bis zum 3. Monat straffrei.

Bei Einführung dieser Regelung wurden als begleitende Maßnahmen in ganz Österreich Familienberatungsstellen gegründet, die vom Familienministerium gefördert werden. Die Beratungsstellen sollten in erster Linie schwangeren Frauen in Konfliktsituationen helfen.

Die vorliegende Studie bietet eine qualitative und quantitative Situationsanalyse der Tätigkeit der Familienberatungsstellen im Bereich der Schwangerschaftskonfliktberatung.

Signifikantes Ergebnis ist, daß große soziale Barrieren bestehen, Beratungsstellen bei Problemen der Familienplanung oder Schwangerschaftskonfliktsituationen aufzusuchen.

Aufgabe der Trägerorganisationen der Familienberatungsstellen wird es daher sein, für eine Beratung von schwangeren Frauen in Notlagen zu werben und verstärkte Hilfe aus dem Familienhärteausgleichsfonds anzubieten.

Ich möchte auf diesem Wege auch allen Mitarbeitern dieser Studie, allen voran Frau Dozent Dr. Wimmer-Puchinger, für die hervorragende wissenschaftliche Aufarbeitung danken.

Mit dieser Studie ist es erstmals gelungen, eine grundlegende Analyse auf dem Gebiet der Schwangerschaftskonfliktberatung darzustellen.



Dr. Marilies Flemming
Bundesministerin für Umwelt,
Jugend und Familie

I. Familienplanungsberatung mit Schwerpunkt Schwanger- schaftskonfliktberatung – Theoretische Einführung

1. Zur Situation der Beratungsstellen

Mit der Novellierung der §§ 114 ff StGB (Schwangerschaftsabbruch) und der Einführung der Fristenlösung (§§ 96–98) wurde parallel dazu vom Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie eine Reihe von Familienberatungsstellen als flankierende Maßnahme initiiert und subventioniert. In der Zwischenzeit konnten weitere Beratungsstellen in ganz Österreich ihre Tätigkeit aufnehmen. Derzeit werden vom Ministerium 74 verschiedene Trägerschaften mit insgesamt 202 Beratungsstellen als Familienberatungsstellen anerkannt und subventioniert.

Im wesentlichen kann man die Trägerschaften in drei große Gruppen unterteilen:

- 21 öffentliche (Land, Magistrat) mit 74 Beratungsstellen
- 18 kirchliche (rk, ev, methodistisch) mit 67 Beratungsstellen
- 35 private (Vereine) mit 61 Beratungsstellen

In Wien, Niederösterreich und der Steiermark findet sich die größte Dichte; Kärnten, das Burgenland und Vorarlberg verfügen über nur sehr wenige Einrichtungen. Die überwiegende Mehrzahl der Beratungsstellen findet man in den Ballungszentren und entlang den Hauptverkehrsadern. Für große Teile der Landbevölkerung, v. a. im Burgenland, in Tirol, Osttirol, der Obersteiermark, Kärnten und den Grenzgebieten ist der Weg bis zur nächsten Beratungsstelle sehr weit und das Ziel oft nur mit viel Aufwand zu erreichen.

Im Rahmen dieser empirischen Studie wurden die vom Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie geförderten Familienberatungsstellen zum ersten Mal einer umfassenden Analyse unterzogen. Die zentrale Frage richtete sich dabei auf den konkreten Zugang zur Praxis der Schwangerschaftskonfliktberatung, v. a. unter dem Aspekt der regionalen Unterschiede und unter Einbeziehung des emotionalen Erlebnisaspektes – sowohl auf seiten der Trägerschaft und der Berater als auch auf seiten der Klientinnen.

Der zweite Schwerpunkt lag auf der Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs, seiner quantitativen und qualitativen Aspekte und den unterschiedlichen regionalen Rahmenbedingungen.

2. Beratung: Luxus oder Prävention

In allen europäischen Ländern wurde die Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs mit der Grundkonzeption einer psychohygienischen Prophylaxe, dem Konzept der Familienplanung, der Beratung im Schwangerschaftskonflikt und der Sexualaufklärung gekoppelt. Im Zentrum stand die Überlegung, die Frau in ihrer aktuellen Lebenssituation zu beraten, über soziale Hilfen zu informieren und kontrazeptive Möglich-

keiten zu thematisieren. Dennoch blieb man gegenüber den Konzepten zwiespältig, mißtrauisch und doppelbödig. Die verschiedenen Beratungskonzepte, Schulen und Ideologien hinsichtlich der Beratungsziele bilden unterschiedliche Rahmenbedingungen, in denen beraten werden kann. Durch die unterschiedliche gesetzliche Regelung und ihre Diskussion in der Öffentlichkeit ging man in Österreich einen – im Vergleich zur BRD – konträren Weg. Der Gesetzgeber vertrat hier die Auffassung, daß eine rechtsverbindende psychologische Beratung in einem Widerspruch zum Selbstbestimmungsrecht der Frau steht, die die legislative Basis für die gesetzliche Novellierung darstellte. In Ergänzung wurde sie im Rahmen der flankierenden Maßnahmen als prophylaktisches Konzept eingebaut. Das Ziel ist auch hier – wie bei allen psychologischen Beratungen – der Klientin unter der Voraussetzung von Akzeptanz und Empathie, d. h. in einem akzeptierenden Beratungsverständnis, die Möglichkeit zu geben, ihre aktuelle Krisensituation reflektieren zu können, um eine selbstverantwortliche und auch verantwortungsbewußte Entscheidung zu treffen. Versagensgefühle bleiben jedoch bestehen, wenn man den Frauen ihre Schuldgefühle auszureden versucht oder sie von dem überzeugen möchte, was nach Meinung des Beraters für sie das richtige ist. Aus diesem Grund soll das Beratungsgespräch darauf ausgerichtet sein, die zweifellos vorhandenen, einander widerstreitenden Gefühle anzusprechen, um das Für und Wider der Entscheidung, Ängste wie Wünsche abwägen zu können und vor dem Hintergrund der realen Möglichkeiten abzuklären. Nur dadurch kann die betroffene Frau aus dem Gefühl heraus handeln, ihre Entscheidung – zumal eine schmerzliche – vor sich selbst vertreten zu können (WIMMER-PUCHINGER, 1981, 1982 und 1986).

2.1. Spezifikum der Beratung – Beratung im institutionellen Kontext

Schwangerschaftskonfliktberatung nimmt im Rahmen der psychosozialen Beratungsfelder eine einmalige Sonderstellung ein, da sie in wesentlichen Punkten von der herkömmlichen Beratungspraxis abweicht:

1. Sie ist in der Zieldefinition durch gesetzliche Formulierungen weitgehendst vorgegeben.
2. Sie basiert daher nicht generell auf Freiwilligkeit im Sinn von „selbst gewählt, ich hole mir Rat und Hilfe, Entlastung von einem Leidensdruck“. Dies bedeutet: Die Motivation mitzuarbeiten, ist oftmals nicht gegeben. Die äußeren Voraussetzungen sind schwieriger, so daß unter Umständen der Zugang zur Klientin erschwert wird.
3. Formale Rahmenbedingungen erschweren die Beziehungen. Selbst in Österreich, einem Land ohne Indikationenlösung, wird deutlich, daß

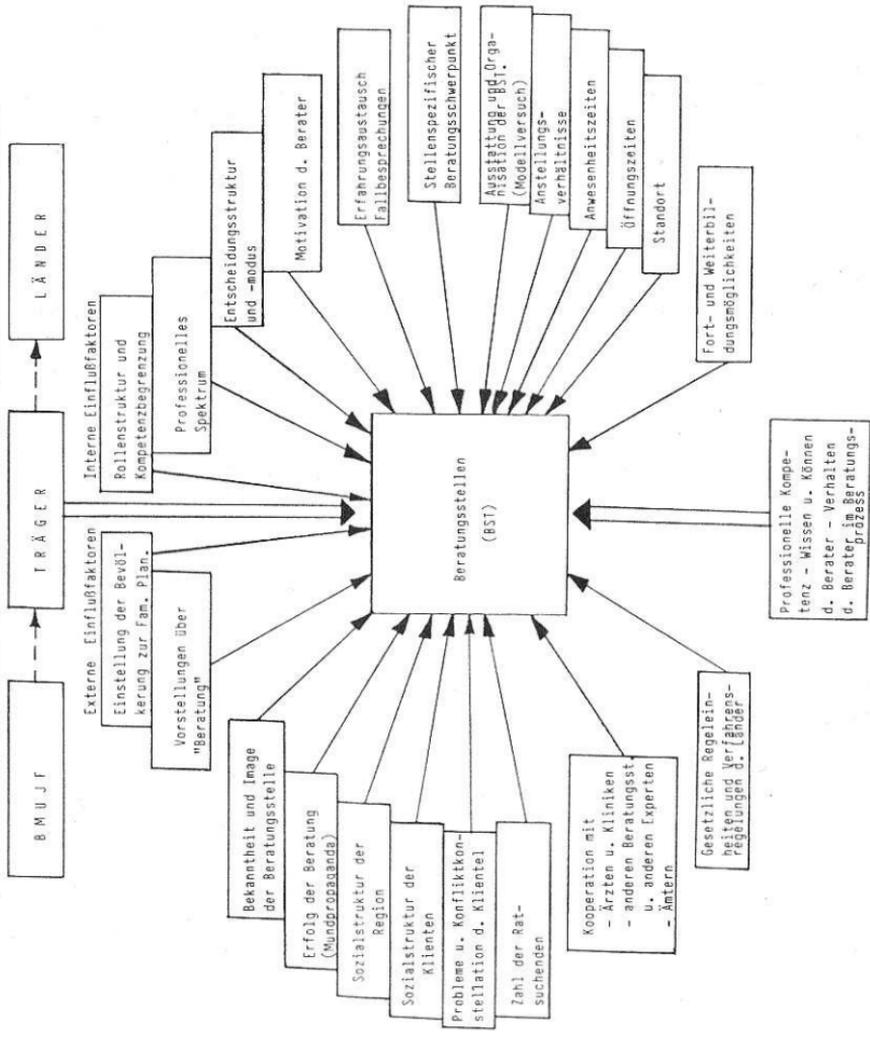
durch jahrzehntelange strafrechtliche Verfolgung die Frauen auch heute noch Ängste haben, nicht akzeptiert und moralisch verurteilt zu werden, bzw. daß ihre Entscheidung abgelehnt wird. Die Beratungssituation ist daher geprägt von Mißtrauen, Unsicherheit, Schuldgefühlen, Projektionen und Abwehr.

4. Selbst wenn es unter den – wie oben beschrieben – schwierigen Umständen gelingt, eine gute Klientin-Berater-Beziehung herzustellen, so ist der durch die Trägerorganisation bestimmte äußere Kontext für das weitere Procedere – sowohl für den Berater als auch für die Klientin – von ausschlaggebender Bedeutung. „In der Tat sind die betroffene Frau und die jeweiligen Ärzte ‚Hauptakteure‘ eines Mehrpersonenstückes, an dessen Ende die Entscheidung pro oder kontra Schwangerschaftsabbruch steht. Obgleich Akteure in demselben Stück, so darf jedoch nicht verkannt werden, daß die ungewollt schwangere Frau und der jeweilige Arzt nicht nur verschiedene Rollen übernehmen, sondern auch mit völlig verschiedenen individuellen Hintergründen und Problemen gleichsam die Bühne betreten.“ (M. HÄUBLER, B. HOLZHAUER, 1988, S. 1).
5. Durch reale sowie subjektive Schuldzuweisungen erleben die Klientinnen den Berater als eine Art Richter über Gut und Böse, Recht und Unrecht, möglich und unmöglich.
6. Kontrazeptionsberatung vor dem Abbruch kann von den meisten Frauen nicht aufgenommen werden. Vielfach sehen sie sich genötigt zu sagen: „Ja, ich werde in Zukunft aufpassen.“, ohne daß aber ihr Verhütungsverhalten oder Hemmungen besprochen werden können, da die Frauen unter der seelischen Anspannung des Abbruchs stehen und Sexualität zunächst als etwas gelten mag, daß „eh“ nur Unglück bringt“.
7. Die Notwendigkeit, unter Zeitdruck eine so existentiell wichtige Entscheidung fällen zu müssen, kann besonders leicht Gefühle der Isolation, Hilflosigkeit und Verwirrtheit in einer Frau auslösen. Dieser Zeitfaktor wird daher in der Beratungssituation als besonders starker Erwartungsdruck spürbar.

Die folgende Skizze von KNÖFERL, VOIGT, KOLVENBACH (1981, S. 18) illustriert die einzelnen Einflußfaktoren, die auf das System „Beratungsstelle“ einwirken und seine Funktion ganz maßgeblich mitbestimmen (Abb. 1).

Die Beratungsstelle steht einmal in einem engen funktionellen Zusammenhang mit der Trägerschaft und ihrer impliziten oder expliziten Wert- und Zielorientierung der Beratung. Zum anderen impliziert die mit der Trägerschaft assoziierte Wertvorstellung eine wesentliche Klientensteuerung im Vorfeld der Beratung. HOLZHAUER (1988) konnte in ihrer empirischen Untersuchung zu Einstellungs- und Entscheidungsmustern

ABB. 1: Die internen und externen Einflussfaktoren des Systems "Beratungsstellen"



betroffener Frauen an 400 Schwangeren, die in Beratungsstellen verschiedener Trägerschaften (Pro Familia, Arbeiterwohlfahrt, Caritas, Diakonie) interviewt worden waren, eindeutig feststellen, daß die Frauen vorrangig diejenige Beratungsstelle aufsuchten, die ihren eigenen Wertorientierungen am ehesten entsprach und somit auch den Erwartungen an die Beratung. Zwischen den Klientinnen der einzelnen Trägerschaften zeigten sich deutliche Unterschiede in folgende Richtung:

- Pro Familia und Arbeiterwohlfahrtsberatungsstellen wurden häufiger mit Erwartungen konfrontiert, die sich direkt auf Informationen bezüglich der Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs und seiner formalen Voraussetzungen bezogen.
- Konfessionelle Beratungsstellen wurden hingegen signifikant häufiger von jenen Frauen aufgesucht, die Informationen über Hilfen für Mutter und Kind erwarteten.

Dies bedeutet, daß die Frauen, die eher dazu tendierten, die Schwangerschaft auszutragen, gezielt andere Beratungsstellen aufsuchten als jene, die in ihrer Entscheidungsfindung eher in Richtung Schwangerschaftsabbruch tendierten.

Beratung hinsichtlich einer psychologischen Konfliktberatung im engeren Sinn wird nur von einem Drittel der Frauen in Anspruch genommen. Für zwei Drittel hingegen lautet die formulierte Erwartung: „Bescheinigung der Beratung“. Bedingt durch die starke Mißtrauens- und Abwehrhaltung der Frauen wird eine intrapsychische Klärung weiterhin als „Luxusbedürfnis“ betrachtet und kommt in den strukturellen verbürokratisierten Beratungsangeboten nur in geringem Maße zum Tragen. Daraus auf nicht vorhandene Bedürfnisse zu schließen, ist jedoch falsch. Unter den gegebenen Umständen dürfen oder können sie jedoch nicht formuliert werden. Einen Grund dafür stellt in Österreich offenbar auch der einengende Rahmen der Beratungssituation dar und nicht nur die starre Indikationenregelung in der BRD. Die Verbindungen sind sehr subtil und komplex: In Österreich besteht keine Indikationenregelung. Das heißt, die Frau ist vom Gesetz her nicht gezwungen, einen Grund für den Schwangerschaftsabbruch anzugeben. Um eine Interruptio durchführen zu können, hat der Arzt – nach geltendem Recht – den Wunsch der Frau zu akzeptieren. Nach 15 Jahren Fristenregelung zeigt sich nun folgendes Bild: Rund ein Drittel der Frauen sucht im Schwangerschaftskonflikt eine Beratungsstelle auf, zwei Drittel wenden sich direkt an den niedergelassenen Arzt, der sie – entsprechend dem Gesetz – über die Durchführung und mögliche Folgen des Abbruchs aufklären muß.

Dieses bedeutende psychoprophylaktische Vorfeld der Beratung agiert allerdings in einem breiten Vakuum. Es fehlt an Konzepten, an Entlastung für die Berater sowie an Multiplikatoren für die Öffentlichkeitswirkung. Beratung muß vom Nimbus der „Schwäche, Hilfslosigkeit und des

sozialen Out“ befreit werden. Die rasanten Entwicklungen von verschiedenen Selbsthilfeorganisationen zeigen, daß ein großer Bedarf an Hilfe besteht und ungedeckt bleibt. Hier ist der Gesetz- und Subventionsgeber aufgefordert, Verbindungsstellen zwischen den einzelnen Hilfsangeboten zu schaffen. Ein weiteres Spezifikum der Schwangerschaftskonfliktberatung ist die Dringlichkeit einer aktiven Beratung, die nach Abklärung der sozialen Rahmenbedingungen den Konfliktfokus aufspürt und sich darauf konzentriert.

2.2. Chancen der Beratung

In Österreich sind die Bedingungen für eine Schwangerschaftskonfliktberatung im Sinne einer klientenzentrierten Beratung sicher günstiger als in der BRD, da sie keine vom Gesetzgeber vorgeschriebene *Conditio sine qua non* darstellen. In erster Linie bedeutet dies mehr Offenheit für die Klientin-Berater-Beziehung. Damit ist auch die nicht immer einlösbare, aber doch begründete Hoffnung verknüpft, den Focus des Konfliktes für die Ratsuchende transparenter werden zu lassen. Keinesfalls darf dies aber bedeuten, daß zusätzlich zur ohnehin extrem angespannten Situation nun auch die Qualität der Partnerbeziehung in Frage gestellt werden soll, denn der Harmonisierungsversuch ist sicher eine hilfreiche und notwendige Strategie zur Stabilisierung, um nicht alles ausweglos erscheinen zu lassen, und muß respektiert werden. Doch kann die Frage, was die Klientin glaubt, wie es zu dieser Schwangerschaft kam (Verhütungsverhalten zum Zeitpunkt der Empfängnis und die mit der Situation verbundenen Gefühle) helfen, sich der Problematik auch einmal jenseits aller realen und schwerwiegenden Gründe klarer zu werden. Damit zumindest ist die Chance verbunden, die Gleichung — schlechte Partnerschaft vorher gleich noch schlechtere Partnerschaft nachher — nicht unbedingt aufgehen zu lassen.

Im Hinblick auf die diffizile Problematik der Entscheidung (sowohl aus der Sicht der Frau, als auch aus der Sicht des Mannes) erscheint es günstiger, das Beratungsgespräch zunächst allein mit der Frau zu führen. Erst nach Absprache mit ihr kann man den Partner miteinbeziehen. Auch wenn es Widerspruch hervorrufen mag oder gerade jetzt, wo in der fachlichen Auseinandersetzung mit dieser Thematik die Rolle des Mannes mehr beachtet wird, sogar zynisch erscheint, sind Hilfestellungen, Entlastungsmomente und Anteilnahme des Partners, soweit er sie überhaupt geben will, doch nur innerhalb bestimmter Grenzen möglich. Der Schwangerschaftsabbruch bleibt eine Erfahrung, die die Frau macht und daher von ihr bewältigt werden muß. Umso wichtiger ist daher die Beratung als gute Voraussetzung für das Treffen der Entscheidung. Wie für jedes hilfreiche Gespräch, sind auch im Rahmen der Schwangerschaftskonfliktberatung zumindest Akzeptanz und Empathie unerlässlich (siehe WIMMER-PUCHINGER, 1986).

3. Einflußfaktoren der Beratung

Die Hauptschwierigkeit einer so intimen Beratungsthematik wie Familienplanung und Schwangerschaftskonfliktberatung besteht in den sozialen Barrieren, eine Beratungsstelle aufzusuchen. Weitere wesentliche Faktoren sind die regionale Verteilung der Beratungsstellen, das jeweilige Einzugsgebiet, die Beratungsinhalte, mit denen eine Beratung assoziiert ist, und der äußere Rahmen, z. B. Magistrat oder eine private Anlaufstelle, ein Verein oder eine kirchliche Trägerschaft. Dies impliziert eine spezifische Erwartungshaltung der Klientel und beeinflusst somit **wesentlich** ob bzw. mit welchen Probleminhalten eine bestimmte Beratungsstelle aufgesucht wird. So hat, wie schon erwähnt, die Vergleichsstudie (HOLZHAUER, HÄUßLER, 1988) vom Max-Planck-Institut eindeutig gezeigt, daß in der BRD Beratungsstellen kirchlicher Trägerschaften mit anderen Erwartungshaltungen aufgesucht werden als z. B. die Pro Familia-Beratungsstellen. Dieser Aspekt konnte in der vorliegenden Studie bestätigt werden. Frauen im Schwangerschaftskonflikt, die zum Austragen der Schwangerschaft tendieren, suchen spezifisch eine Beratungsstelle nach - vielleicht auch fehlgeleiteten - Erwartungen aus und nehmen dafür auch weite Anfahrtswege in Kauf.

II. Ergebnisse einer empirischen Analyse zur Situation der Schwangerschaftskonflikt- beratung in Österreich

1. Einleitung

Bei der vorliegenden Arbeit wurde von den Ergebnissen einer vom BM f. Wissenschaft und Forschung 1982 beauftragten empirischen Untersuchung über die Motive zum Schwangerschaftsabbruch (WIMMER-PUCHINGER, BECK, DIRISAMER, KUNDI, SCHERER, 1982) ausgegangen. Hier wurde deutlich, daß mehr als die Hälfte aller befragten Frauen (N = 800) im Falle einer Interruptio Diskriminierung durch das Krankenhauspersonal befürchten. Ebenso wurden von der überwiegenden Mehrheit der befragten Frauen negative Reaktionen der sozialen Umwelt gegenüber Frauen mit vorausgegangenem Schwangerschaftsabbruch angenommen.

Zieht man in Betracht, daß diese Untersuchung an Wiener Spitälern durchgeführt wurde, so legt dies den Schluß nahe, daß Frauen aus ländlichen Gebieten, insbesondere aus Westösterreich, in verstärktem Ausmaß Ressentiments befürchten müssen. Darüber hinaus wird angenommen, daß die Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs in diesen Gebieten erschwert ist bzw. eine sehr geringe Transparenz der realen Möglichkeiten besteht. Weiters konnte in dieser Studie gezeigt werden, daß selbst in der Stichprobe der Frauen, die sich zum Austragen der Schwangerschaft entschieden hatten, mehr als ein Drittel – zumindest im ersten Trimenon – Zweifel an der Richtigkeit der Entscheidung angab. In einer weiteren Studie über psychosoziale Faktoren der Risikoschwangerschaft (WIMMER-PUCHINGER, 1984) konnte dieser Aspekt ebenfalls bestätigt werden.

Aus diesem deutlichen Hinweis auf die generell als ambivalent erlebte erste Phase der Schwangerschaft läßt sich folgern, daß für eine große Anzahl von Familien eine emotionale und soziale Streßsituation gegeben ist, in der ein Entscheidungsprozeß in einer gegebenen, relativ kurzen Zeitspanne vor sich gehen muß. Wie die langjährigen Expertenerfahrungen über Schwangerschaftskonfliktberatung in der BRD – unter der Bedingung einer Indikationenlösung (d. h. die Frau muß ihre Entscheidung vor einer vom Staat dazu legitimierten Kommission (Psychiater und/oder Arzt und Berater) vertreten – eindeutig zeigen, kann eine Entscheidung unter diesem Druck kaum psychisch verarbeitet werden (FRICK, 1980; POETTGEN, 1986).

Die Konfrontation mit einer dafür installierten und mit Entscheidungsbezug ausgestatteteten Kommission bedeutet für die Frauen eine Abhängigkeit von Personen oder Personengruppen, in deren Ermessen die endgültige Entscheidung liegt. Ein ungleiches Machtverhältnis ist die Folge dieser Konfrontation, da den Experten Entscheidungsgewalt übertragen wird, die betroffenen Frauen hingegen keinen Experten als „Anwalt“ ihres Anliegens zur Seite haben. Dem formalen Entscheidungs-

rahmen, d. h. den konkreten Bedingungen, unter denen die Frau innerlich zu einer Entscheidung stehen und diese auch nach außen vermitteln muß, kommt selbst unter der liberalen österreichischen Fristenregelung eine nicht zu unterschätzende Bedeutung zu. Ferner kann nicht davon ausgegangen werden, daß die Beratungs- und Durchführungsbedingungen der Fristlösung in Österreich überall gleichwertig sind. Erschwerend für die Beratung wirkt sich der Umstand aus, daß Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch in Erwägung ziehen, sich sehr deutlich in einer depressiven Stimmungslage befinden (dieser Gesichtspunkt konnte ebenfalls in der oben zitierten Studie empirisch nachgewiesen werden). Aus diesen Überlegungen und Ergebnissen lassen sich folgende neutralistische Punkte für die Beratungssituation zusammenfassen:

1. Die Beratung erfolgt in einer psychischen Krisensituation.
2. Klientin wie Berater stehen unter dem Druck, binnen kurzer Frist zu einer Entscheidung kommen zu müssen.
3. Die Beratung soll über die Entscheidungsfindung hinaus noch andere Funktionen erfüllen (Information über den Vorgang des Abbruchs, Aufklärung über Verhütung, aber auch Hinweise auf mögliche flankierende Sozial-Maßnahmen, finanzielle Unterstützungen, Förderungen und deren Beanspruchung).
4. Die Bedingungen der Beratung sind unklar. Einerseits ist Beratung im Gesetzestext bindend vorgeschrieben, andererseits sind jedoch deren Inhalte nicht genauer ausgeführt, noch ist geklärt, in welchem Verhältnis der Berater und der den Abbruch durchführende Arzt zu stehen haben.

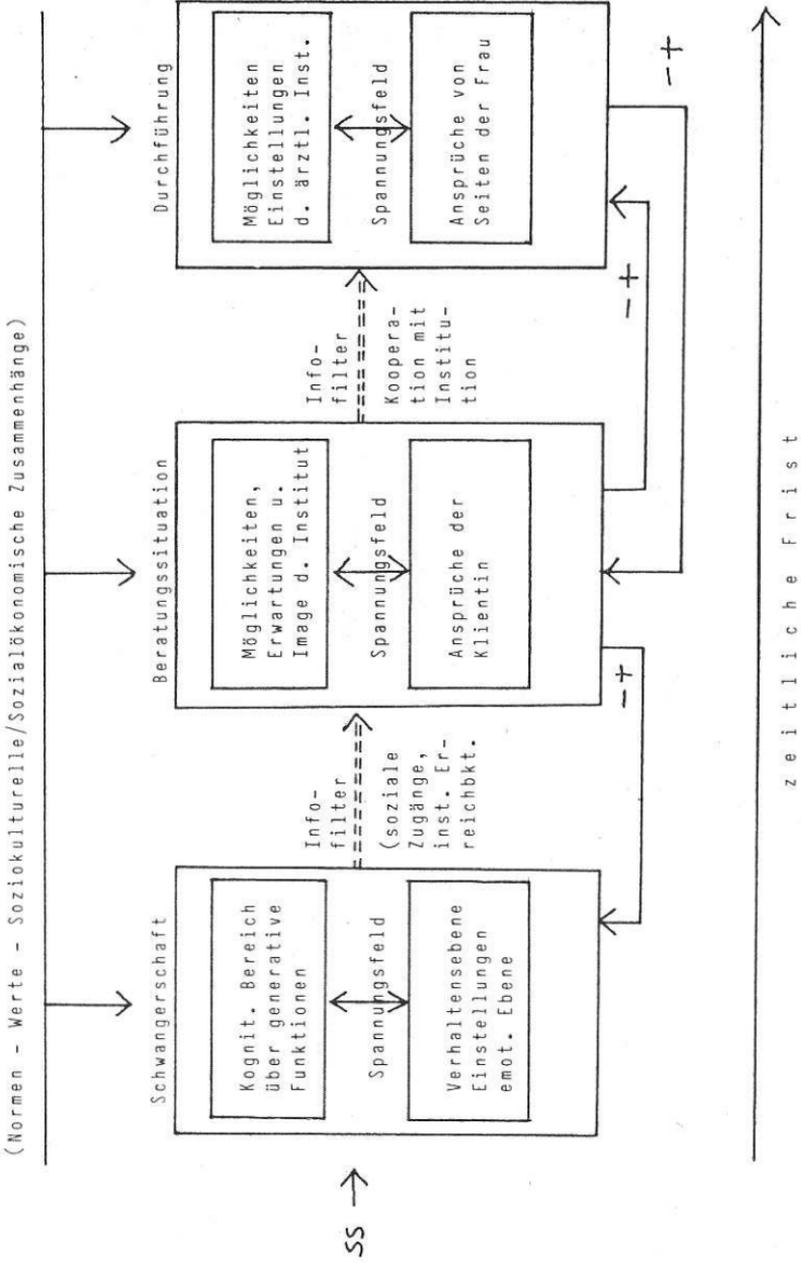
Von dieser Basis ausgehend, befaßte sich die vorliegende Studie mit folgenden Themenschwerpunkten:

- Transparenz der und Zugang zur Beratung
- an die Beratung geknüpfte Erwartungen
- Zufriedenheit mit der Beratung
- Verarbeitung der Beratung
- Bedeutung und Einstufung von Beratung von seiten der Berater und des Teams.

Eine qualitativ gute Beratung kann nur in einem sich gegenseitig akzeptierenden Team und unter kooperativen Bedingungen mit damit verknüpften Institutionen gewährleistet werden.

Die folgende schematische Darstellung (Abb. 2) soll die Konfliktbereiche illustrieren.

ABB. 2: Strukturelle Bedingungen der Schwangerschaftskonfliktberatung



2. Forschungsdesign

Die Studie ist angelegt als repräsentative Analyse aller in Österreich vom Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie subventionierten Einrichtungen zur Familienberatung. Ziel der Erhebung war die systematische Darstellung der bestehenden Angebote, ihrer positiven Auswirkungen, aber auch der auftretenden Probleme (z. B. finanzielle Engpässe, psychische Überforderung der Berater infolge fehlender Supervision usw.). Darüber hinaus sollte das Beratungsprocedere transparent gemacht werden. Einen weiteren Schwerpunkt stellt der Überblick über die unterschiedlichen Rahmenbedingungen des Schwangerschaftsabbruchs dar.

Zur Gewinnung der gesuchten Daten und Beleuchtung des gesamten Problemkreises Familienplanung, einschließlich Kontrazeptionsberatung, Sexualberatung und Schwangerschaftskonfliktberatung, wurde die Studie in drei zeitlich sich überlappenden Phasen bei drei verschiedenen Stichproben durchgeführt:

1. Befragung der Trägerschaften
2. Befragung der Berater
3. Befragung der beratenen Frauen (im Auftrag des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung).

2.1. Stichprobe

Im Erhebungszeitraum 1987/88 wurden in ganz Österreich 74 voneinander unabhängige Trägerschaften mit insgesamt 202 Beratungsstellen

Tab. 1: Überblick über Trägerschaften und Beratungsstellen (insgesamt und Stichprobe) nach Bundesländern

	Trägerschaften insgesamt	Trägerschaften Stichprobe	Beratungs- stellen insgesamt	Beratungs- stellen Stichprobe
Wien	17	16	39	23
Niederösterreich	9	4	40	9
Oberösterreich	7	4	24	9
Salzburg	6	4	21	5
Tirol	13	9	23	13
Vorarlberg	2	2	6	2
Kärnten	3	3	10	6
Steiermark	15	11	33	15
Burgenland	2	2	6	2
Summe	74	55	202	84

vom Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie als Familienplanungsstellen anerkannt und subventioniert. Von diesen geförderten Einrichtungen wurden 55 Trägerschaften und 74 Beratungsstellen in die Stichprobe aufgenommen, verteilt auf alle Bundesländer und gestreut über alle Arten von Trägerschaften (siehe Tab. 1).

Die Verteilung auf die drei Arten von Trägerschaften mit ihren zugehörigen Beratungsstellen zeigt die folgende Tabelle (siehe Tab. 2).

Tab. 2: Überblick über Trägerschaften und Beratungsstellen (insgesamt und Stichprobe) nach Bundesländern und Art der Trägerschaft

Bundesländer	Öffentlich				Kirchlich				Vereine			
	Träger-schaften insg.	Stich- probe	Beratungs- stellen insg.	Stich- probe	Träger- schaften insg.	Stich- probe	Beratungs- stellen insg.	Stich- probe	Träger- schaften insg.	Stich- probe	Beratungs- stellen insg.	Stich- probe
Wien	1	1	6	3	4	4	11	6	12	11	22	14
NÖ	6	2	14	4	3	2	26	5	—	—	—	—
OÖ	3	1	11	5	2	1	11	2	2	2	2	2
Sbg.	1	1	13	2	2	1	3	1	3	2	5	2
T	—	—	—	—	2	1	2	1	11	8	21	12
V	—	—	—	—	1	1	2	1	1	1	4	1
K	2	2	8	5	1	1	2	1	—	—	—	—
Stmk.	7	4	19	8	2	2	7	2	6	5	7	5
B	1	1	3	1	1	1	3	1	—	—	—	—
Summe	21	12	74	28	18	14	67	20	35	29	61	36

Befragungen wurden in knapp der Hälfte aller Beratungsstellen durchgeführt. Die Befragungsquote pro Bundesland beträgt zwischen 20% und 60%. Diese Unterschiede bewirken keinen Mangel an Repräsentativität, weil sie in erster Linie durch die unterschiedliche Anzahl von Beratungsstellen pro Trägerorganisation bestimmt sind. In mindestens je einer Beratungsstelle der 55 von insgesamt 74 Trägerschaften wurde die Befragung durchgeführt, d. h. drei Viertel aller Träger sind mit Beratungsstelleninterviews erfaßt.

In der Phase 3 des Gesamtprojektes wurden im Auftrag des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung Frauen, die sich infolge einer ungeplanten Schwangerschaft in einer Konfliktlage befanden und eine Beratungsstelle aufgesucht hatten, interviewt. Entgegen unseren Erwartungen wurde Schwangerschaftskonfliktberatung von den Beratern selbst eher als „Randthematik“ eingestuft (siehe Ergebnisse der Träger-

und Beratererhebung). Viele Beratungsstellen gaben an, mit diesem Problemschwerpunkt kaum konfrontiert zu werden. In die weitere Untersuchung wurden deshalb nur jene Beratungsstellen einbezogen, für die **Schwangerschaftskonfliktberatung im gesamten Beratungsspektrum mehr als 10% ausmacht**. Die Möglichkeit eines breit gestreuten Samples – v. a. Stadt-Land-Gefälle – wurde dadurch allerdings dezimiert. Beratungsstellen, in denen die Schwangerschaftskonfliktberatung mehr als 10% ausmacht, fanden sich ausschließlich in den Landeshauptstädten, nicht jedoch in kleineren Gemeinden.

Die Interviews wurden in Beratungsstellen an folgenden Orten durchgeführt:

- Graz
- Innsbruck
- Klagenfurt
- Linz
- Salzburg
- St. Pölten
- Wien.

Ein wesentliches Anliegen der Studie war es, **zum einen die Frage des Zugangs und der Erwartungen**, die in eine solche Beratung gesetzt werden, sowie **die Zufriedenheit** mit der Schwangerschaftskonfliktberatung zu ermitteln, **zum anderen die Effekte** zu erfassen, die diese Beratung auf die Entscheidung hat, sowie **Information** darüber zu erhalten, welcher **Instanzenweg von den Frauen mit Abbruchwunsch** durchlaufen werden muß. In den Beratungsstellen wurden die Frauen deshalb noch um ein **Folgeinterview** (bis zu 4 Wochen nach dem Abbruch bzw. nach der Entscheidung zum Austragen der Schwangerschaft) ersucht (siehe Tab. 3).

Tab. 3: Zusammensetzung des Samples der Frauenbefragung – nach Bundesländern

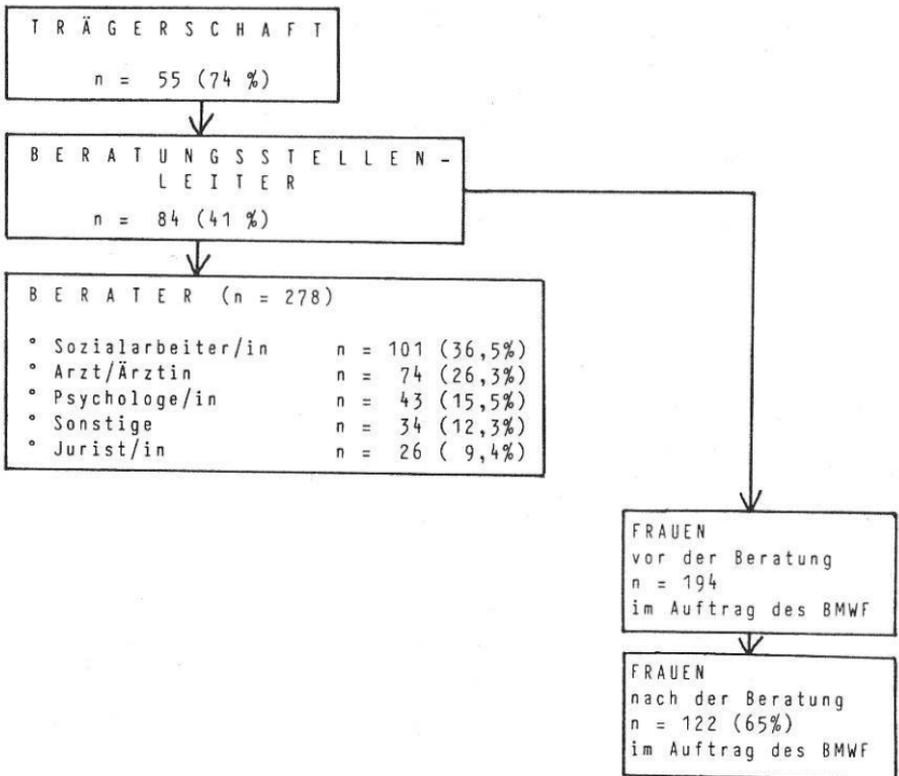
	vor der Beratung		nach der Beratung	
	n	%	n	%
Wien	90	(45%)	50	(41%)
St. Pölten	14	(7%)	6	(5%)
Linz	18	(9%)	4	(3%)
Salzburg	18	(9%)	8	(6%)
Innsbruck	12	(6%)	12	(10%)
Klagenfurt	33	(17%)	30	(25%)
Graz	9	(5%)	12	(10%)
Gesamt	194	(100%)	122	(100%)

Von den insgesamt 220 befragten Frauen gelangten lediglich 194 in die Auswertung, da entweder die Befragung abgebrochen bzw. falsche Angaben für die Kontaktnahme zum zweiten Interview gemacht wurden. Diese Problematik von Nachinterviews deckt sich mit Angaben vergleichbarer Studien. Selbst die Etablierung von Selbsthilfegruppen für Frauen mit Schwangerschaftsabbrucherfahrung stößt immer wieder auf die Schwierigkeit der schweren Verarbeitung dieses Erlebnisses (HOLZHAUER, 1982; GOEBEL, 1984).

2.2. Procedure

Nach dem Zufallsprinzip – unter Berücksichtigung der drei Arten von Trägerschaften – wurden die Trägerschaften und Beratungsstellen für die Untersuchung ausgewählt. Die Erhebung selbst teilte sich in drei Phasen:

ABB. 3: Stichproben



1. Befragung der Trägerschaften
2. Befragung der Beraterteams
3. Befragung der Frauen (im Auftrag des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung)
 - a) vor der Beratung
 - b) einige Wochen später (nach dem Abbruch bzw. der Entscheidung für das Austragen der Schwangerschaft) (siehe Abb. 3).

In der ersten Phase wurden alle Trägerschaften angeschrieben, über die Studie informiert, die Interviewerinnen angekündigt und die Träger befragt.

Nach Abschluß der ersten Phase und dem Einverständnis der Träger wurde die Befragung der Beratungsstellenteams durchgeführt.

In der dritten Phase wurden die Frauen mit ihrem Einverständnis und unter Wahrung des Datenschutzes in den Beratungsstellen befragt. Durch den persönlichen Kontakt der Interviewerin zu den ratsuchenden Frauen war es dann möglich, dieselben Frauen ca. 3 bis 4 Wochen später zur erlebten Beratungssituation und zu ihrer Entscheidung – sowohl nach dem Abbruch, als auch nach der Entscheidung für das Kind – zu befragen.

2.3. Erhebungszeitraum

Die empirische Datenerhebung erfolgte schrittweise in vier Zeiteinheiten:

1. Befragung der Trägerschaften
November 1987 bis Jänner 1988
2. Befragung in den Beratungsstellen – Teams, Berater
Dezember 1987 bis April 1988
3. Frauenbefragung vor der Beratung
Mai 1988 bis November 1988
4. Frauenbefragung nach der Beratung
Juni 1988 bis Dezember 1988.

2.4. Instrumentarium

Im Rahmen der empirischen Erhebung wurden die unterschiedlichen Personengruppen mit einem speziell für jede Stichprobe erarbeiteten semi-strukturellen Instrumentarium befragt. Insgesamt gab es neun verschiedene Fragebögen, und zwar je einen für:

- den Träger
- den Beratungsstellenleiter
- den Berater
- den Arzt
- die Schwester/Assistentin
- Tiefenexploration
- Frauen vor der Beratung
- Frauen nach der Beratung und abgebrochener Schwangerschaft
- Frauen nach der Beratung und der Entscheidung für das Kind.

2.4.1. Träger

Der Trägerfragebogen umfaßte die Dimensionen:

- Fragen zur Person
- Information über die Beratungsstelle(n)
- Struktur der Trägerschaft
- Anstellungsverhältnis und Honorarbasis der Berater
- Erwartungen an die Mitarbeiter
- Beratung und Beratungsschwerpunkte
- Image, Bekanntheitsgrad und Zufriedenheit der Beratungsstelle(n)
- Möglichkeiten und Grenzen von Beratung
- Hilfsmittel bei der Beratung
- Aus- und Fortbildung der Berater
- Finanzierung der Beratungsstellen
- Öffentlichkeitsarbeit.

2.4.2. Beratungsstellenleiter

Der Fragebogen für den Beratungsstellenleiter umfaßte die Dimensionen:

- Fragen zur Person
- Zusammensetzung und Aufgabenbereiche des Teams
- Image, Bekanntheitsgrad und Zufriedenheit der Beratungsstelle
- Aus- und Fortbildung der Berater
- Finanzierung der Beratungsstelle
- Öffentlichkeitsarbeit
- Klientenprocedere
- Klientel.

2.4.3. Berater

Der Beraterfragebogen umfaßte die Dimensionen:

- Fragen zur Person
- Verantwortlichkeit und Zuständigkeit innerhalb der Beratungsstelle
- Funktion und Aufgabengebiete innerhalb der Beratungsstelle
- Beruflicher Werdegang und Vorerfahrungen
- Hilfsmittel bei der Beratung
- Aus- und Fortbildung
- Eigene Klientel.

2.4.4. Arzt

Der Fragebogen für den nur medizinisch tätigen und nicht beratenden Arzt umfaßte die Dimensionen:

- Fragen zur Person
- Verantwortlichkeit und Zuständigkeit innerhalb der Beratungsstelle
- Funktion und Aufgabengebiete innerhalb der Beratungsstelle

- Beruflicher Werdegang und Vorerfahrungen
- Hilfsmittel bei der Beratung
- Eigene Klientel
- Einstellung zur Schwangerschaftskonfliktberatung.

2.4.5. Schwester/Assistentin

Der Fragebogen für die Schwester/Assistentin umfaßte die Dimensionen:

- Fragen zur Person
- Funktion und Aufgabengebiete innerhalb der Beratungsstelle
- Beruflicher Werdegang und Vorerfahrungen
- Klientel
- Einstellung zur Schwangerschaftskonfliktberatung.

2.4.6. Tiefenexploration

Mittels Tiefeninterviews wurden bei jenen Beratern und Ärzten, die innerhalb der Beratungsstelle die Schwangerschaftskonfliktberatung durchführen, zusätzliche spezifische Informationen erhoben.

- Klientenprozedere bei der Schwangerschaftskonfliktberatung
- Erfahrungen und Zufriedenheit mit zuweisenden Institutionen
- Image, Bekanntheitsgrad und Zufriedenheit der Beratungsstelle
- Einstellung zur Schwangerschaftskonfliktberatung
- Klientel
- Erleben der eigenen Beratungstätigkeit und Problemfälle bei der Beratung.

2.4.7. Frauen vor der Beratung

Die Befragung der Frauen wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung in den Beratungsstellen durchgeführt. Der Fragebogen beinhaltete die Dimensionen:

- Sozioökonomische Daten
- Anamnese der Schwangerschaften
- Gynäkologische Anamnese
- Wissen über Zyklus und Fertilität
- Partnerschaft – Ehe
- Sexualität
- Verhütung
- Kommunikation mit dem Partner
- Frauenarzt/ärztin
- Berufstätigkeit
- Feststellen der Schwangerschaft
- Zuweisung zur und Erwartung an die Beratung
- Wissen über das Gesetz (Fristenregelung).

2.4.8. Frauen nach der Beratung – abgebrochene Schwangerschaft

Aufgrund des persönlichen Kontaktes der Interviewerinnen wurden diese Interviews ca. 3 bis 4 Wochen nach der ersten Befragung außerhalb der Beratungsstellen durchgeführt. Dabei wurden folgende Aspekte angesprochen:

- Entscheidung
- Erleben und Auswirkungen der Beratung
- Rahmenbedingungen des Schwangerschaftsabbruchs
- Verarbeitung des Abbruchs.

2.4.9. Frauen nach der Beratung – Entscheidung für das Kind

Unabhängig von der Entscheidung, die die Frau nach dem Beratungsgespräch getroffen hatte, wurden aufgrund des persönlichen Kontaktes auch jene Frauen ein zweites Mal befragt, die sich inzwischen für das Kind entschieden hatten. Hier ging es um folgende Fragenkreise:

- Entscheidung
- Erleben und Auswirkungen der Beratung
- Gründe für die Entscheidung.

2.5. Interviews

Wegen der spezifischen Problematik wurden alle Befragungen im Einzelgespräch von speziell dafür geschulten Interviewerinnen durchgeführt. In der ersten und zweiten Phase (Träger und Beratungsteams) waren graduierte Psychologinnen mit Erfahrung in Gesprächsführung und Interviewtechnik im Felde; in der dritten Phase (Frauenbefragung) bestand das Team sowohl aus einschlägig erfahrenen graduierten Kolleginnen als auch aus Dissertantinnen bzw. Diplomandinnen der Psychologie. Aus den Erfahrungsprotokollen und Eindrücken der Interviewerinnen während der Erhebungsphase und einem abschließenden gemeinsamen Erfahrungsaustausch konnten noch zusätzliche Informationen gewonnen werden.

Die Abschlusssitzungen der ersten beiden Interviewphasen (Trägerschaften, Beratungsstellen) dienten als Ausgangspunkt für die dritte Phase (Frauenbefragung). Aufgrund der Beratungsschwerpunkte, dem jeweiligen Prozentsatz an Schwangerschaftskonfliktberatungen und der Kooperationsbereitschaft der Beraterteams wurden die Beratungsstellen für die Frauenbefragung ausgewählt.

2.6. Gruppeninterviews

Zusätzlich zu den Fraueninterviews wurden wegen niedriger Beratungsfrequenz im Erhebungszeitraum in je einer Vorarlberger und Tiroler

Beratungsstelle anstelle der Frauen die Berater befragt. Auf diese Weise ließen sich noch weitere Informationen und Daten gewinnen, und das Problem der Schwangerschaftskonfliktberatung, die Partnerprobleme, Verhütungsfragen bzw. Wissen über Zyklusgeschehen, Verhütungsfehler usw. konnten aus der Sicht der Berater und aus deren jahrelanger Erfahrung mit der Beratung analysiert werden.

III. Ergebnisse

1. Analyse der Trägerschaften

In der ersten Erhebungsphase wurden die Träger befragt. Die zentralen Fragen befaßten sich mit Struktur, Organisation, Finanzierung, Öffentlichkeitsarbeit, Image, Zusammensetzung der Beraterteams, Qualifikation der und Anforderungen an die Berater, Aus- und Fortbildung, Supervision, Beratungsschwerpunkte, Möglichkeiten bzw. Grenzen der Beratung.

1.1. Struktur und Organisation der Beratungsstellen

Vom Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie wurden im Erhebungszeitraum 1987/88 202 Beratungsstellen von 74 verschiedenen Trägerorganisationen als Familienberatungsstellen subventioniert. Bei den Trägerorganisationen kann man im wesentlichen drei große Gruppen unterscheiden: öffentliche (von Land oder Gemeinde eingerichtet), kirchliche und Vereine.

Die größte Dichte an Beratungsstellen (40) findet man in Niederösterreich, also dem flächenmäßig größten Bundesland (siehe Tab. 5) und in Wien (39), über die geringste Anzahl verfügen das Burgenland und Vorarlberg mit jeweils 6 Beratungsstellen. Die meisten Trägerorganisationen findet man in Wien (17), der Steiermark (15) und Tirol (13), die wenigsten im Burgenland (2) und Vorarlberg (2) (siehe Tab. 4).

Tab. 4: Verteilung der Trägerorganisationen nach Bundesländern

Bundesland	Anzahl Organis.	Land, Gem., %	davon Kirchen %	Vereine %	Stichprobe
B	2	1 (50)	1 (50)	0	2
K	3	2 (67)	1 (33)	0	3
N	9	6 (66)	3 (34)	0	4
O	7	3 (42)	2 (29)	2 (29)	4
S	6	1 (17)	2 (33)	3 (50)	4
St	15	7 (47)	2 (13)	6 (40)	11
T	13	0	2 (15)	11 (85)	9
V	2	0	1 (50)	1 (50)	2
W	17	1 (6)	4 (24)	12 (70)	16
Ö ges.	74	21 (28)	18 (24)	35 (47)	55

Tab. 5: Verteilung der Beratungsstellen nach Bundesländern

Bundesland	Anz. Organis.	Land, Gemeinde %	davon Kirchen %	Vereine %	Stichprobe
B	6	3 (50)	3 (50)	0	2
K	10	8 (80)	2 (20)	0	6
N	40	14 (35)	26 (65)	0	9
O	24	11 (46)	11 (46)	2 (8)	9
S	21	13 (62)	3 (14)	5 (24)	5
St	33	19 (58)	7 (21)	7 (21)	15
T	23	0	2 (9)	21 (91)	13
V	6	0	2 (33)	4 (67)	2
W	39	6 (15)	11 (28)	22 (56)	23
Ö gesamt	202	74 (36)	67 (33)	61 (31)	84

Befragungen wurden in drei Viertel (74%) der Trägerorganisationen durchgeführt. Bezogen auf die Bundesländer wurde jeweils mindestens die Hälfte der Trägerorganisationen pro Bundesland befragt. Eine Ausnahme stellte lediglich Oberösterreich dar mit einer Befragung in 4 von 7 Trägerschaften (vgl. Tab. 2).

Von den Beratungsstellen wurde knapp die Hälfte (42%) in die Stichprobe aufgenommen. Die Befragungsquote pro Bundesland bewegte sich zwischen 20% und 60%.

1.1.1. Psychosoziale Versorgung der Bevölkerung

Ohne Berücksichtigung von Struktur, Öffnungszeiten, Ausstattung, regionale Verteilung usw. der Beratungsstellen, zeigen sich im Rahmen der psychosozialen Versorgung der Bevölkerung deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern. Salzburg weist mit 21.100 Einwohnern pro Beratungsstelle die höchste Dichte auf, Kärnten mit 53.700 die niedrigste. Durchschnittlich kommen in Österreich 37.600 Einwohner auf eine Beratungsstelle. Will man jedes Bundesland auf die Dichte von Salzburg anheben, so sind insgesamt 156 zusätzliche Beratungsstellen (v. a. in Niederösterreich, Oberösterreich, der Steiermark und Wien) erforderlich. Sollen wenigstens die unterdurchschnittlichen Bundesländer auf den Durchschnitt angehoben werden, so sind zumindest weitere 18 Beratungsstellen notwendig (siehe Tab. 6).

1.1.2. Beratungskapazität

Angaben über die Öffnungszeiten der Beratungsstellen sowie über Anzahl von und Dienstzeiten der Berater können zur Schätzung der maxi-

Tab. 6: Bevölkerung pro Beratungsstelle nach Bundesländern

Bundesland	Bev./Ber. Stelle	Skore	Rangplatz	Erg. auf S	Oe
B	45400	-0.508	6	7	1
K	53700	-1.021	9	15	4
N	36900	0.124	4	29	—
O	53100	-0.987	8	36	10
S	21100	1.831	1	—	—
St	35900	0.208	3	23	—
T	25500	1.253	2	5	—
V	51000	-0.863	7	8	2
W	38900	-0.037	5	33	1
Oe Ges.	37600			156	18

malen Anzahl von Beratungsfällen pro Jahr herangezogen werden. Bei der Hochrechnung wurde eine Stratifikation nach Bundesländern und Trägertypen vorgenommen. Dabei ergab sich für Österreich ein Schätzwert von 220.000 Beratungsfällen pro Jahr. Diese Zahl entspricht in etwa der Größenordnung der Berichtsfälle (1986: 175.561 Beratungsfälle). Die durchschnittliche Auslastung der Beratungsstellen liegt somit bei etwa 80%. Berücksichtigt man allerdings die Angaben zu den Mannstunden pro Fall, so ergibt sich eine Fallzahl von etwa 95.000 Beratungen pro Jahr. Das würde bedeuten, daß ein Klient, der die Beratungsstelle aufsucht, durchschnittlich in etwa zwei Beratungsbereiche eingeordnet wird.

Weiters lassen sich die Angaben zum Anteil der Schwangerschaftskonfliktberatungen am gesamten Beratungsvolumen zu einer Schätzung verwenden, wieviele Klienten auch zu diesem Problem beraten wurden. Die Berechnung ergab eine Zahl von etwa 10.000 Schwangerschaftskonfliktberatungen pro Jahr. Für das Jahr 1986 wurden 5.835 Abbruchberatungen angegeben. Die Diskrepanz zwischen gemeldeten und hochgerechneten Schwangerschaftskonfliktberatungen läßt den Schluß zu, daß etwa jeder zweite Klient, der zu diesem Problem beraten wird, in andere Beratungskategorien eingeordnet wird. **Das zeigt auf, daß innerhalb der Beratungsinstitutionen dieser Beratungsfocus tabuisiert ist.**

1.2. Das Personal der Beratungsstellen

Der Großteil der Beratungsstellen besteht aus Teams von 4 bis 8 Personen. Darüber hinaus gibt es aber auch Beratungsstellen, die mit weniger

als 4 Mitarbeitern das Auslangen finden müssen (17%). Die größte Berufsgruppe stellen die Sozialarbeiter dar, gefolgt von den Ärzten; Psychologen und Juristen sind etwa gleich häufig in den Teams vertreten (siehe Tab. 7).

Tab. 7: Anzahl der Beschäftigten pro Beratungsstelle nach Berufsgruppen

Berufsgruppen	Md	S
Psychologen	1.4	(0-7)
Ärzte	1.8	(0-9)
Juristen	1.4	(0-3)
Schwestern	0.6	(0-3)
Sozialarbeiter	2.3	(0-8)
Sonstige	0.7	(0-4)
Gesamt	6.4	(1-34)

1.2.1. Teamstruktur

Beratungsstellen von Land und Gemeinde haben deutlich weniger Beschäftigte als jene von den anderen Trägergruppen. Mit über 8 weisen die kirchlichen Beratungsstellen die durchschnittlich höchste Anzahl von Beschäftigten auf (siehe Tab. 8).

Tab. 8: Anzahl der Beschäftigten in den Beratungsstellen nach Art der Trägerschaft

Träger	Anzahl (Md) Besch.	Beratungsstellen mit x-Beschäftigten (%)			
		-3	4-6	7-9	10-
Land, Gem.	4.9*	23	50	12	15
Kirchen	8.2	0	23	61	16
Vereine	6.8	18	36	18	28
Gesamt	6.4	17	39	24	20

In den Bundesländern Salzburg, Vorarlberg und Wien findet man die größten Beratungsteams (siehe Tab. 9).

Tab. 9: Anzahl der Beschäftigten in den Beratungsstellen nach Bundesländern

Bundesland	Anz. Mitarbeiter (Md)
K	4.4
N, B	5.2
O	5.0
S	9.8
St	5.7
T	5.0
V	8.0
W	6.8
Gesamt	5.4

Auch hinsichtlich der durchschnittlichen Anzahl von Beratern aus bestimmten Berufsgruppen unterscheiden sich die Beratungsstellen verschiedener Träger. Während Beratungsstellen von Land, Gemeinde und Kirchen im Durchschnitt nur einen Psychologen beschäftigen, so sind es bei Vereinsträgern zwei. Beratungsstellen von Land und Gemeinde haben meist nur einen Juristen, während die anderen oft mehr als einen beschäftigten. In den kirchlichen Beratungsstellen findet man eine große Zahl von Sozialarbeitern bzw. andere diplomierte Sozialberufe (siehe Tab. 10).

Tab. 10: Berufsgruppen in den Beratungsstellen nach Art der Trägerschaft

Träger	Berufsgruppe (Md der Anzahl)					
	Psych.	Ärzte	Juristen	Schwester	Sozialarb.	Sonstige
Land, Gem.	1.2	1.8	1.0*	0.6	1.8	0.6
Kirchen	0.9	1.9	1.6	0.8	4.5*	0.8
Vereine	2.1*	1.8	1.5	0.5	2.2	0.9
Gesamt	1.4	1.8	1.4	0.6	2.3	0.7

Während bei den Ärzten und insbesondere Juristen der Frauenanteil unter 50% liegt, dominieren in den anderen Berufsgruppen die Frauen. Eine Ausnahme bilden die Psychologen bei öffentlichen Trägern: mit durchschnittlich etwa 23% liegen sie signifikant unter den Quoten der anderen Trägerschaften, ebenfalls der Frauenanteil bei Ärzten. Die niedrigste Quote weisen mit etwa 9% die Frauen bei den Juristen in kirchlichen Einrichtungen auf (siehe Tab. 11).

Tab.11: Frauenanteil nach Berufsgruppen und Art der Trägerschaft

Träger	Berufsgruppe (Md der %-Anteile)					
	Psych.	Ärzte	Juristen	Schwester	Sozialarb.	Sonstige
Land, Gem.	22.9*	21.2*	30.8	100	86.4	66.7
Kirchen	55.6	42.4	9.1*	100	77.4*	80.0
Vereine	77.8	47.7	29.8	100	88.9	81.2
Gesamt	52.5	35.0	24.8	100	85.2	78.3

Etwas mehr als ein Viertel der Beratungsstellen verfügt über ein Team, das aus Psychologen, Ärzten, Juristen und Sozialarbeitern zusammengesetzt ist. Bei weiteren 18% der Beratungsstellen komplettiert anstelle des Sozialarbeiters ein Ehe- und Familienberater bzw. ein — von seiner Grundausbildung her — Lehrer das Team (siehe Tab. 12).

Tab. 12: Teamstruktur der Beratungsstellen insgesamt

P/A/J/S	28%
P/A/J/So	18%
A/J/S	15%
P/A/S	8%
A/K/S	5%
P/A/K/S	3%
Sonstige	23%

P . . . Psychologe

A . . . Arzt

J . . . Jurist

K . . . Krankenschwester

S . . . Sozialarbeiter

So . . . Sonstige

In Abhängigkeit von der Trägerorganisation unterscheiden sich die Beratungsstellen hinsichtlich der Teamstruktur signifikant.

Bei den öffentlichen Beratungsstellen bestehen die meisten Teams aus Psychologe/Arzt/Jurist/Sozialarbeiter, bei den kirchlichen aus Arzt/Jurist/Sozialarbeiter und bei den Vereinen aus Psychologe/Arzt/Jurist/Sozialarbeiter bzw. Psychologe/Arzt/Jurist/Sonstige (v. a. Ehe- und Familienberater) (siehe Tab. 13).

Tab. 13: Teamstruktur der Beratungsstellen nach Art der Trägerschaft

Träger	Teamstruktur (%)						
	A/J/S	P/A/S	P/A/J/S	P/A/J/So	A/K/S	P/A/K/S	Sonstige
Land, Gem.	8	15	31	0	12	8	26
Kirchen	31	0	15	23	0	0	31
Vereine	14	5	32	36	0	0	13
Gesamt	15	8	28	18	5	3	23

1.2.2. Verweildauer und Fluktuation der Berater

Insgesamt sind die Teams relativ stabil. Innerhalb der letzten beiden Jahre gab es in 48% der Beratungsstellen überhaupt keinen Personalwechsel. Bei Personalwechsel ist am häufigsten die Berufsgruppe der Ärzte, gefolgt von der Berufsgruppe der Psychologen betroffen. Juristen (85% kaum/gar nicht) und Sozialarbeiter (94% kaum/gar nicht) wechseln kaum (siehe Tab. 14).

Tab. 14: Fluktuation insgesamt

Berufsgruppe	stark	mittel	kaum	gar nicht
Arzt	10%	13%	20%	58%
Jurist	0%	14%	17%	69%
Psychologe	3%	27%	17%	53%
Sozialarbeiter	0%	6%	23%	71%

Entsprechend der geringen Fluktuation wurden nur wenige Angaben zu den Gründen angegeben. Bei den Ärzten stand überwiegend die emotionale und zeitliche Belastung im Vordergrund. In einigen Beratungsstellen ist die Ursache für die Fluktuation der Umstand, daß die Ärzte im Rahmen ihrer Ausbildung in die Beratungsstelle kommen. Auch bei den anderen Beratergruppen steht die emotionale und zeitliche Belastung im Vordergrund (siehe Tab. 15).

Tab 15: Gründe für die Fluktuation

Fluktuationsgründe	Arzt	Jurist	Psychologe	Sozialarb.
Teil d. Ausbildung	7%	—	—	—
Honorar	4%	—	2%	—
keine Aufstiegschancen	4%	2%	4%	2%
keine Profilierung	2%	2%	—	—
einseitige Arbeit	2%	2%	—	—
zeitliche Belastung	4%	6%	6%	2%
emotionale Belastung	10%	8%	4%	6%
zu intensive Auslastung	2%	4%	—	—

1.3. Bekanntheitsgrad, Zufriedenheit

Auf einer fünfstufigen Skala (1 = sehr bekannt bis 5 = ganz unbekannt) gaben die Träger ihre subjektive Einschätzung über den Grad der Bekanntheit ihrer Beratungsstellen in der Öffentlichkeit ab. Bekanntheitsgrad und Frequenz der einzelnen Beratungsstellen wurden relativ gut eingeschätzt (Durchschnittsnote 2,4 und 2,0) (siehe Tab. 16).

Tab. 16: Bekanntheit und Frequenz der Beratungsstellen in der Einschätzung der Träger insgesamt

Bekanntheit:	bekannt	53%
	unbekannt	11%
	Mittelbereich	36%
Frequenz:	stark	69%
	schwach	8%
	Mittelbereich	23%

Am bekanntesten sind nach Ansicht der Träger die kirchlichen Beratungsstellen (81%), am wenigsten bekannt die öffentlichen (14%). Entsprechend hoch ist auch die Frequenz der kirchlichen Beratungseinrichtungen (91%) und bei Vereinen (92%). Nur 57% der öffentlichen Einrichtungen geben an, stark frequentiert zu sein (siehe Tab. 17).

Tab. 17: Bekanntheit und Frequenz der Beratungsstellen in der Einschätzung der Träger nach Art der Trägerschaft

		Gemeinde	Kirche	Vereine
Bekanntheit:	bekannt	47%	81%	47%
	unbekannt	14%	9%	6%
	Mittelbereich	39%	10%	47%
Frequenz:	stark	57%	91%	92%
	schwach	10%	4%	6%
	Mittelbereich	33%	5%	2%

Die Beratungsstellen im Land Salzburg sind nach Ansicht der Trägerschaften am bekanntesten (100%), gefolgt von Niederösterreich/Burgenland (63%) und der Steiermark (63%). Entsprechend der Bekanntheit ist auch die Frequenz in Salzburg am höchsten (100%), gefolgt von Kärnten (80%). In diesem Bundesland gaben aber nur 40% der Trägerschaften an, eher bekannte Beratungsstellen zu führen. Daraus läßt sich schließen, daß die Beratungsstellen in der breiten Öffentlichkeit zwar nicht über einen sehr hohen Grad an Bekanntheit verfügen, die Auslastung aufgrund eines **sehr hohen Bekanntheitsgrades in der Zielgruppe bzw. eines gut funktionierenden Überweisungsmodus anderer Institutionen** dennoch sehr hoch ist (siehe Tab. 18).

Tab. 18: Bekanntheit und Frequenz der Beratungsstellen in der Einschätzung der Träger nach Bundesländern

		W	N/B	O	S	T/V	K	St
Bekanntheit:	bekannt	53%	63%	57%	100%	27%	40%	63%
	unbekannt	18%	0%	0%	0%	0%	40%	9%
	Mittelbereich	29%	37%	43%	0%	63%	20%	28%
Frequenz:	stark	76%	75%	29%	100%	66%	80%	64%
	schwach	6%	0%	14%	0%	0%	20%	0%
	Mittelbereich	18%	25%	57%	0%	34%	0%	36%

1.4. Aus- und Fortbildung

Regelmäßige Zusammenkünfte mit den Beratungsstellen geben mehr als die Hälfte der Trägerschaften an. Wenn man allerdings berücksichtigt, daß bei einigen Beratungsstellen der Träger und die Beratungsstelle

identisch sind, reduziert sich dies auf 40%. Immerhin ein Drittel gibt auch an, mit anderen Beratungsstellen der Region gemeinsame Meetings zu veranstalten (siehe Tab. 19).

Tab. 19: Meetings insgesamt:

regelmäßige Meetings mit Trägerschaft	55%
Anzahl/Jahr (Md)	12
mit anderen Ber.st.	34%
Anzahl/Jahr (Md)	8

Die häufigsten Meetings mit der Trägerschaft findet man bei kirchlichen Beratungsstellen (73%), die wenigsten bei öffentlichen Einrichtungen (46%). Daraus folgt, daß der Kontakt zwischen Trägerschaft und Beratungsstelle bei kirchlichen Institutionen intensiver ist als bei staatlichen. Bei Vereinen (67% regelmäßige Meetings mit dem Träger) muß man noch berücksichtigen, daß Träger und Beratungsstelle in vielen Fällen ident sind und sich von daher separate Meetings mit dem Träger oft erübrigen und allfällige Probleme in den Teambesprechungen geklärt werden können.

Die Anzahl der Meetings mit der Trägerorganisation ist über alle drei Arten von Trägerschaften gleich (10 bis 12 pro Jahr). Man kann also monatlich eine Trägerschaft-Beratungsteam-Sitzung annehmen, abzüglich der Urlaubszeit bzw. der Sommerpause. Den Kontakt mit Beratungsstellen anderer Trägerschaften pflegen v. a. kirchliche Trägerschaften (73%), wohingegen Beratungsstellen von Vereinen isolierter zu arbeiten scheinen (22% Meetings mit anderen Beratungsstellen der Region) (siehe Tab. 20).

Tab. 20: Meetings nach Art der Trägerschaft

	Gemeinde	Kirche	Vereine
mit Trägerschaft: regelmäßig	46%	73%	67%
Anzahl/Jahr (Md)	10	12	11
mit anderen Beratungsstellen	32%	73%	22%
Anzahl/Jahr (Md)	2	12	10

Die intensivsten Kontakte zwischen Trägerschaft und Beratungsstelle findet man in Tirol/Vorarlberg (100%), gefolgt von Kärnten (80%) und der Steiermark (73%); die lösesten Kontakte und die seltensten Meetings fin-

det man in Oberösterreich (14%). Entsprechend ist auch die Häufigkeit solcher Meetings (12 in Tirol/Vorarlberg, der Steiermark und Niederösterreich/Burgenland bis nurmehr 2 in Oberösterreich). Den engsten Kontakt zu anderen Beratungsstellen in der Region suchen die Salzburger Trägerschaften (100%), gefolgt von Wien (41%), Kärnten (40%) und Niederösterreich/Burgenland (37%). Die wenigsten Meetings zwischen Träger und Beratungsstelle findet man in Oberösterreich (2 = 14%) (siehe Tab. 21). Insgesamt scheint die Gruppenidentität bei kirchlichen Trägerschaften und Vereinen besser ausgeprägt zu sein. Es finden hier auch regelmäßige Kontakte zu anderen Beratungsstellen statt.

Tab. 21: Meetings nach Bundesländern

	W	N/B	O	S	T/V	K	St
mit Trägerschaft:							
regelmäßig	27%	50%	14%	33%	100%	80%	73%
Anzahl/Jahr (Md)	9	12	2	4	12	7	12
mit anderen Ber.st.	41%	37%	14%	100%	33%	40%	18%
Anzahl/Jahr (Md)	7	7	1	10	7	1	3

1.5. Finanzierung

Die überwiegende Mehrzahl der Beratungsstellen gab als Hauptsubventionsgeber das Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie an. **Aber auch die Diözesen und Länder und Gemeinden sind wichtige Finanzquellen** (siehe Tab. 22).

Tab. 22: Finanzquellen der Beratungsstellen insgesamt (Mehrfachangaben)

Familienministerium	86%
Diözese	23%
Land/Gemeinde	29%
Sonstige	11%

Die Subventionen des Bundesministeriums für Umwelt, Jugend und Familie stellen für die Beratungsstellen von Vereinen den größten Budgetteil dar (96%). Kirchliche Beratungsstellen (82%) und öffentliche (81%) müssen zirka ein Fünftel ihres Budgets aus anderen Quellen finanzieren.

Die kirchlichen Beratungsstellen werden im Bedarfsfall von der jeweiligen Diözese (55%), aber auch von Land/Gemeinde (9%) und aus sonstigen Quellen – z. B. Spenden – (9%) unterstützt. Öffentliche und Beratungsstellen von Vereinen werden jeweils zu 34% zusätzlich noch von Land/Gemeinde bezuschußt. Bei den sonstigen Finanzierungen liegen die Vereine mit 23% an der Spitze. Die Gelder hierfür sind meist Spenden bzw. werden von den Mitgliedsbeiträgen getragen (siehe Tab. 23).

Tab. 23: Finanzquellen der Beratungsstellen nach Art der Trägerschaft (Mehrfachangaben)

	Gemeinde	Kirche	Vereine
Familienministerium	81%	82%	96%
Diözese	0%	55%	4%
Land/Gemeinde	34%	9%	34%
Sonstige	8%	9%	23%

Das Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie ist v. a. in Kärnten ein wichtiger Subventionsgewährer. 100% der Beratungsstellen unserer Stichprobe gaben das Ministerium als wichtigsten Subventionsgeber an. In Salzburg stellt das Ministerium nur für 66% der Beratungsstellen den Hauptsubventionsgeber dar. Hier erhalten die Beratungsstellen auch noch sehr große finanzielle Unterstützung von der Diözese (33%), Land/Gemeinde (33%) und aus sonstigen Quellen (33%).

Die Diözese tritt als Subventionsgeber v. a. in der Steiermark (36%), Salzburg (33%) und Wien (12%) in Erscheinung. In den übrigen Bundesländern wurde keine Beratungsstelle unseres Samples von der Diözese unterstützt.

Land und Gemeinde subventionieren hauptsächlich in Salzburg (33%), Oberösterreich (29%), der Steiermark (27%), Wien (24%) und Tirol/Vorarlberg (22%). Die Kärntner Beratungsstellen unserer Stichprobe erhielten keine Zuwendungen von Land bzw. Gemeinde.

Auf sonstige Finanzquellen können v. a. die Beratungsstellen in Salzburg (33%), Oberösterreich (28%), Niederösterreich/Burgenland (25%) und Tirol/Vorarlberg (22%) zurückgreifen. In Kärnten gab es derartige Zuschüsse nicht (siehe Tab. 24).

**Tab. 24: Finanzquellen der Beratungsstellen nach Bundesländern
(Mehrfachangaben)**

	W	N/B	O	S	T/V	K	St
Familienministerium	89%	88%	72%	66%	77%	100%	81%
Diözese	12%	0%	0%	33%	0%	0%	36%
Land/Gemeinde	24%	12%	29%	33%	22%	0%	27%
Sonstige	6%	25%	28%	33%	22%	0%	9%

In bezug auf die Abrechnung mit der Trägerschaft gibt es unterschiedliche Modalitäten.

Jeweils ein Drittel der Beratungsstellen rechnet halb- bzw. vierteljährlich mit ihrer Trägerschaft ab (siehe Tab. 25).

Tab. 25: Abrechnung mit der Trägerschaft insgesamt

einmal im Jahr	2%
halbjährlich	30%
pro Quartal	38%
monatlich	23%
anders	2%
keine Angabe	5%

Die übliche Abrechnung mit den Subventionsgebern erfolgt pro Quartal bzw. halbjährlich. Lediglich 6% der Vereine können nur einmal pro Jahr abrechnen, d. h. sie müssen Vorarbeit von einem Jahr leisten ehe sie ihre Leistungen vom Subventionsgeber honoriert bekommen. Damit verbunden ist entweder eine hohe eigene Vorausleistung der Trägerschaften oder aber eine erst im Nachhinein späte Bezahlung der Berater (siehe Tab. 26).

Tab. 26: Abrechnung mit Trägerschaft nach Art der Trägerschaft

	Gemeinde	Kirche	Vereine
einmal im Jahr	0%	0%	6%
halbjährlich	36%	20%	39%
pro Quartal	32%	28%	44%
monatlich	28%	30%	11%
anders	4%	0%	0%
keine Angabe	0%	22%	0%

Beratungsstellen, die nur einmal pro Jahr mit ihrem Subventionsgeber abrechnen, befinden sich in Niederösterreich/Burgenland (13%) und in Tirol/Vorarlberg (11%). In Salzburg (100%), Kärnten (60%) und Tirol/Vorarlberg (56%) rechnen die meisten Beratungsstellen halbjährlich ab. In Oberösterreich (86%) und der Steiermark (50%) ist die übliche Abrechnung die quartalsmäßige, und in Wien (40%) und Niederösterreich/Burgenland (38%) rechnen die meisten Beratungsstellen monatlich ab (siehe Tab. 27).

Tab. 27: Abrechnung mit Trägerschaft nach Bundesländern

	W	N/B	O	S	T/V	K	St
einmal im Jahr	0%	13%	0%	0%	11%	0%	0%
halbjährlich	33%	25%	0%	100%	56%	60%	20%
pro Quartal	20%	25%	86%	0%	33%	40%	50%
monatlich	40%	38%	14%	0%	0%	0%	30%
anders	7%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Mit den Beratern selbst wird überwiegend stundenweise verrechnet. Eine pauschale Abrechnung erfolgt fast nur bei Sozialarbeitern. Die erbrachten Leistungen werden somit zumindest vom Zeitaufwand her honoriert (siehe Tab. 28).

Tab. 28: Abrechnung mit den Beratern insgesamt

nach Anzahl d. Beratungen	7%
nach Anzahl d. Klienten	0%
stundenweise	77%
pauschal	20%

Diese Ergebnisse ändern sich auch nicht, wenn man die Daten nach Art der Trägerschaft aufschlüsselt. Berater in öffentlichen Einrichtungen und bei Vereinen können zu drei Viertel (jeweils 78%), kirchliche Berater hingegen nur zu 64% alle geleisteten Beratungsstunden abrechnen; gut zwei Drittel der Berater in kirchlichen Institutionen werden für ihre Arbeit pauschal bezahlt. Daraus kann man folgern, daß kirchliche Institutionen auch bei angestelltem, also nicht geistlichem Personal ein hohes Maß an Idealismus und Engagement erwarten, diesen Einsatz aber nicht immer auch finanziell abdecken können (siehe Tab. 29).

Tab. 29: Abrechnung mit den Beratern nach Art der Trägerschaft

	Gemeinde	Kirche	Vereine
nach Anzahl der Beratungen	0%	18%	11%
nach Anzahl der Klienten	0%	0%	0%
stundenweise	78%	64%	78%
pauschal	25%	36%	6%

Geht man davon aus, daß die Abrechnung nach Stunden, also nach wirklich geleisteter Arbeit, für die Berater die gerechteste Honorierung darstellt, so werden die meisten Berater leistungsgerecht entlohnt.

Unterschiedliche Abrechnungssätze für die einzelnen Beratergruppen gibt es in 47% der Beratungsstellen. Dabei wird meist nur nach Akademikern und Nicht-Akademikern unterschieden.

59% der Beratungsstellen müssen außer den Beraterhonoraren noch weitere Kosten tragen. Welche Zusatzkosten und in welchem Ausmaß sie genannt wurden, zeigt Tab. 30.

Tab. 30: Zusätzliche Kosten insgesamt (Mehrfachausgaben)

Miete	48%
Gas/Strom	54%
Telefon	59%
Reinigung	43%
Büromaterial	48%
Schreibkraft	34%
Fachliteratur	46%
Prospekte	39%
Anschauungsmaterial	23%

Etwa die Hälfte der Beratungsstellen muß für die Betriebskosten aufkommen, aber auch andere Ausgaben wie Fachliteratur, Öffentlichkeitsarbeit und Anschauungsmaterial müssen häufig bestritten werden.

Schlüsselt man die zusätzlich anfallenden Kosten nach Art der Trägerschaft auf, so zeigt sich ein sehr deutlicher Unterschied zwischen öffentlichen Beratungsstellen einerseits und kirchlichen und Beratungsstellen von Vereinen andererseits. Kirchliche Organisationen und Vereine haben zu einem weit höheren Prozentsatz zusätzlich anfallende Kosten zu tragen, sind also in weitaus größerem Maße auf zusätzliche Subventionen, Spenden usw. angewiesen als öffentliche Beratungsstellen. Von ausschlaggebender Bedeutung ist hierbei der Umstand, daß sich die meisten Beratungsstellen in Amtsgebäuden bzw. auch in einigen öffentlichen Spitälern befinden. Aufgrund der Mitbenützung vorhandener Ein-

richtungen können die Nebenkosten sehr niedrig gehalten werden. Kirchliche und Beratungsstellen von Vereinen hingegen müssen sehr oft zur Etablierung einer Beratungsstelle erst eine Wohnung anmieten und dann auch alle anfallenden Nebenkosten tragen (siehe Tab. 31).

Tab. 31: Zusätzliche Kosten nach Art der Trägerschaft (Mehrfachangaben)

	Gemeinde	Kirche	Vereine
Miete	18%	73%	78%
Gas/Strom	21%	82%	83%
Telefon	21%	91%	94%
Reinigung	14%	73%	72%
Büromaterial	21%	82%	67%
Schreibkraft	11%	64%	56%
Fachliteratur	21%	91%	56%
Prospekte	11%	82%	50%
Anschauungsmaterial	14%	55%	17%

Aufgeschlüsselt nach Bundesländern zeigt sich ein teilweise sehr heterogenes Bild. Die Kärntner Beratungsstellen unserer Stichprobe gaben an, außer den Personalkosten keine weiteren Ausgaben zu haben. Hier zeigt sich sehr deutlich der finanzielle Vorteil öffentlicher Beratungsstellen. Von den insgesamt 10 Beratungsstellen im Bundesland Kärnten sind 8 öffentliche und 2 werden von der Kirche geführt.

Eine weitere Ausnahme stellt das Bundesland Salzburg dar. Hier bestand unsere Stichprobe überwiegend aus kirchlichen und Beratungsstellen von Vereinen mit zusätzlichen Nebenkosten (siehe Tab. 32).

Tab. 32: Zusätzliche Kosten nach Bundesländern (Mehrfachangaben)

	W	N/B	O	S	T/V	K	St
Miete	35%	38%	43%	100%	89%	0%	46%
Gas/Strom	41%	38%	43%	100%	89%	0%	64%
Telefon	59%	50%	43%	100%	100%	0%	64%
Reinigung	41%	50%	43%	67%	56%	0%	55%
Büromaterial	53%	25%	43%	100%	78%	0%	55%
Schreibkraft	41%	13%	29%	100%	44%	0%	36%
Fachliteratur	41%	38%	57%	100%	67%	0%	46%
Prospekte	29%	25%	43%	67%	67%	0%	55%
Anschauungsmaterial	12%	38%	29%	33%	44%	0%	27%

Das Auskommen mit den Subventionen beurteilen etwa 40% als weder gut noch schlecht (Note 3, 4). **Aber bei einem Viertel aller befragten Beratungsstellen zeigen sich deutliche finanzielle Probleme** (siehe Tab. 33).

Tab. 33: Auskommen mit den Subventionsbeiträgen insgesamt

gut	35%
schlecht	25%
Mittelbereich	40%
Durchschnittsnote	3,4

Am deutlichsten zeigen sich die finanziellen Probleme bei Beratungsstellen von Vereinen. Die Subventionen des Bundesministeriums für Umwelt, Jugend und Familie stellen den größten Etatposten dar. Zur Abdeckung aller real anfallenden Kosten reichen diese Beträge bei weitem nicht aus (siehe Tab. 34).

Tab. 34: Auskommen mit den Subventionsbeiträgen nach Art der Trägerschaft

Träger	Note (1–5) (Md)
Land, Gemeinde	3,11
Kirchen	3,30
Vereine	4,15*
Gesamt	3,44

In Kärnten (4,0), der Steiermark (3,6), Wien (3,5) und Oberösterreich ist das Auskommen mit den Subventionen am schwierigsten (Beurteilung auf einer Skala von 1 = sehr gut bis 5 = sehr schlecht) (siehe Tab. 35).

Tab. 35: Auskommen mit den Subventionsbeiträgen nach Bundesländern

Skala von 1–5	W	N/B	O	S	T/V	K	St
Durchschnittsnote	3,5	2,3	3,5	2,3	2,0	4,0	3,6

Entsprechend den Angaben zum finanziellen Auskommen sind auch etwas mehr als ein Viertel der Beratungsstellenleiter mit dem bisherigen finanziellen Abwicklungsmodus eher unzufrieden (siehe Tab. 36).

Tab. 36: Zufriedenheit mit bisheriger finanzieller Abwicklung insgesamt

zufrieden	46%
unzufrieden	29%
Mittelbereich	25%
Durchschnittsnote	3,2

Am wenigsten zufrieden mit der Abrechnung von Subventionen sind die Vereine, denn für sie stellt die öffentliche Förderung meist die Haupteinnahmequelle dar, während etwa bei den kirchlichen Beratungsstellen ein Teil der zusätzlichen Kosten von der Diözese übernommen wird. Bei den staatlichen Beratungsstellen wird in der Regel die Infrastruktur bereitgestellt (siehe Tab. 37).

Tab. 37: Zufriedenheit mit bisheriger finanzieller Abwicklung nach Art der Trägerschaft

Träger	Note (1–5) (Md)
Land, Gemeinde	3,13
Kirchen	2,42
Vereine	4,00*
Gesamt	3,17

1.6. Öffentlichkeitsarbeit

Über die Bemühungen zur Verbesserung des Kontaktes zur Bevölkerung und zu anderen Institutionen (Netzwerk) geben die Fragen zur Öffentlichkeitsarbeit Aufschluß. **Mehr als zwei Drittel der Beratungsstellen führen Öffentlichkeitsarbeit durch. Dabei setzen sie in erster Linie Presseaussendungen und Broschüren** ein bzw. halten Vorträge (z. B. in Schulen, Betrieben usw.) (siehe Tab. 38).

**Tab. 38: Durchführung von Öffentlichkeitsarbeit insgesamt
(Mehrfachangaben)**

Nennungen	
Tag der offenen Tür	7%
Presseaussendungen	55%
Vorträge	41%
Broschüren	45%
Fortbildungsveranstaltungen	20%
Rundfunk/Fernsehen	30%
Aktionstage	23%
Sonstige	17%
Öffentlichkeitsarbeit insgesamt	71%

Zwischen den Trägerorganisationen zeigen sich signifikante Unterschiede in bezug auf die Öffentlichkeitsarbeit. **In allen herkömmlichen Formen, die Arbeit der Beratungsstelle publik zu machen, sind die kirchlichen Beratungsstellen führend**, v. a. bei der Herstellung und Verteilung von Broschüren, bei der Organisation von Aktionstagen und Fortbildungsveranstaltungen. **Beratungsstellen von Land und Gemeinde rangieren an letzter Stelle. Das Engagement für die Beratungsstelle ist hier von seiten der Trägerschaft wesentlich niedriger als bei Vereinen und v. a. der Kirche** (siehe Tab. 39).

Tab. 39: Durchführung von Öffentlichkeitsarbeit nach Art der Trägerschaft (Mehrfachangaben)

Nennungen	Gemeinde	Kirche	Vereine
Tag der offenen Tür	8%	20%	0%*
Presseaussendungen	42%	68%	61%
Vorträge	27%	60%	50%
Broschüren	30%	70%*	50%
Fortbildungsveranstaltungen	11%	40%*	11%
Rundfunk/Fernsehen	19%	50%	33%
Aktionstage	15%	56%	17%
Sonstige	8%	10%	39%*
Öffentlichkeitsarbeit insgesamt	62%	80%	72%

Die intensivste Öffentlichkeitsarbeit wird im Bundesland Salzburg betrieben, die geringste in Kärnten. Je nach Bundesland verschieben sich auch die Schwerpunkte: in Salzburg und der Steiermark bevorzugt man Broschüren, in Wien geht man gerne in die Medien, in Niederösterreich/Burgenland, Oberösterreich und Tirol/Vorarlberg geht man in die Printmedien.

1.7. Zusammenfassung

In der regionalen Verteilung zeigen sich sehr deutliche Unterschiede. Salzburg weist – bezogen auf die Einwohnerzahl – die höchste Dichte von Beratungsstellen auf, in Kärnten kommen auf jede Beratungsstelle zweieinhalbmal so viele Einwohner und damit potentielle Ratsuchende.

Die derzeitige Auslastung der Beratungsstellen liegt bei ca. 80%.

Der Großteil der Beratungsstellen hat zwischen 4 und 8 Teammitglieder. Es gibt aber auch Beratungsstellen (17%), die mit weniger als 4 Mitarbeitern das Auslangen finden müssen. Die größte Gruppe der Berater stellen die Sozialarbeiter, gefolgt von den Ärzten, Psychologen und Juristen.

Etwas mehr als ein Viertel der Beratungsstellen verfügt über ein Team aus Psychologen, Ärzten, Juristen und Sozialarbeitern.

Fast nie wird auf den Arzt verzichtet (Förderungsrichtlinien!). Auch auf Sozialarbeiter wird nur selten verzichtet. Jeweils etwa ein Drittel der Beratungsstellen kommt ohne Psychologen bzw. ohne Juristen aus.

Die Teams sind relativ stabil; innerhalb der letzten zwei Jahre gab es in 48% der Beratungsstellen überhaupt keinen Personalwechsel.

Wenn fluktuiert wird, dann sind es vor allem die Ärzte, aber auch die Psychologen, die sehr oft nur im Rahmen eines Akademikertrainings eingestellt wurden und nach Ablauf der staatlichen Arbeitsmarktförderung das Team wieder verlassen müssen. Bei Ärzten ist die Fluktuation v. a. auf zeitliche und emotionale Belastung zurückzuführen. Darüber hinaus gehören viele Ärzte nur im Rahmen ihrer Spitalsausbildung zum Beratungsteam.

Der Bekanntheitsgrad und die Frequenz wird als relativ gut beurteilt (2,0 bis 2,4).

Regelmäßige Zusammenkünfte mit den Beratungsteams gibt mehr als die Hälfte der Träger an, bezogen auf Art und Häufigkeit der Meetings zeigen sich aber erhebliche Unterschiede (s. auch Kap. Berater).

Die überwiegende Mehrheit der Beratungsstellen wird in erster Linie vom Familienministerium finanziert. Mit den Beratern wird vorwiegend stundenweise verrechnet. **Unterschiedliche Abrechnungssätze für die einzelnen Beratergruppen gibt es in 47% der Beratungsstellen. Dabei wird meist nur nach Akademikern und Nicht-Akademikern unterschieden.**

In gut der Hälfte aller Beratungsstellen fallen neben den Beraterhonoraren auch noch **Nebenkosten** an, deren **Finanzierung** sich manchmal **schwierig gestaltet, v. a. bei Vereinen**, die meist — anders als staatliche und kirchliche Beratungsstellen - nur die Subventionen des Familienministeriums zur Verfügung haben und **über keine zusätzliche Infrastruktur verfügen**. Entsprechend diesen zusätzlichen Aufwendungen ist das Auslagen mit der Subvention eher recht als schlecht. **Ein Viertel der Beratungsstellen hat finanzielle Probleme.**

Um den Kontakt zur und dessen Verbesserung in der Bevölkerung sind gut zwei Drittel aller Beratungsstellen selbst bemüht. In erster Linie setzen sie Presseaussendungen und Broschüren ein bzw. halten Vorträge in Schulen, Betrieben usw.

2. Analyse der Interviews der Beratungsstellenleiter

In der zweiten Erhebungsphase wurden die Beratungsstellenleiter und die einzelnen Teammitglieder befragt. Im Vordergrund standen hier Fragen zu: Qualifikation, Berufserfahrung, Anstellungsverhältnis, Tätigkeitsspektrum, Arbeitszeit, Weiterbildung, Personal und Frauenanteil, Beratung, Beratungsschwerpunkte, Klientenprozedere und Klienten.

Insgesamt wurden 74 Beratungsstellenleiter befragt. **Nicht jede Beratungsstelle hat im formalen Sinn einen Leiter; manche Beratungsstellen verstehen sich als leitende Teams. Zumeist gibt es aber ein Teammitglied, das zusätzlich zu seiner Beratertätigkeit mehr administrative Aufgaben erledigt als die Kollegen.**

35% der Beratungsstellenleiter tragen die Verantwortung alleine. In 14% der Beratungsstellen gibt es keinen expliziten Leiter und in 50% übernimmt ein Kollektiv aus mehreren Personen die Leiterfunktion. Durchschnittlich bekleideten die als Leiter befragten Personen ihr Amt seit 6 Jahren (1—15 Jahre).

2.1. Fragen zur Person

Obwohl de jure nicht immer von einem Beratungsstellenleiter gesprochen werden kann, bezeichnen wir all jene Personen, die über allgemeine, die Beratungsstelle betreffende Aspekte befragt wurden, als Beratungsstellenleiter.

2.1.1 Soziodemographische Merkmale

Frauen stellen die Mehrheit der Beratungsstellenleiter (58%) (siehe Tab. 40). Der Altersbereich streut von 25 bis 60 Jahre (siehe Tab. 40), aber die Hälfte der Leiter sind zwischen 37 und 48 Jahren alt, der Mittelwert liegt bei 42 Jahren. Mehr als ein Drittel hat eine Berufsausbildung als Sozialarbeiter, jeweils etwa ein Sechstel sind Ärzte, Psychologen oder weisen eine andere Berufsausbildung auf (meist Ehe- und Familienberater).

Tab. 40: Soziodemographische Merkmale der Beratungsstellenleiter

Geschlecht	männlich	42%
	weiblich	58%
Alter	Md (Bereich)	42 Jahre (25—60 Jahre)
Beruf	Sozialarbeiter	38%
	Arzt	18%
	Psychologe	16%
	Jurist	8%
	Sonstige	18%

Betrachtet man die Leiter von Beratungsstellen in bezug auf ihre Trägerschaft, so zeigen sich signifikante Unterschiede sowohl bei Geschlecht und Alter, als auch beim Beruf. Während bei öffentlichen Einrichtungen sowie Vereinen die Mehrheit (bei Vereinen sogar die überwiegende Mehrheit) der Beratungsstellenleiter Frauen sind, sind es bei Beratungsstellen kirchlicher Träger nur etwa ein Drittel. Beim Alter weichen die Beratungsstellenleiter von Vereinen deutlich nach unten ab, sind also wesentlich jünger. Bedeutsame Unterschiede gibt es auch hinsichtlich der Berufsausbildung des Beratungsstellenleiters: mehr als die Hälfte der Leiter öffentlicher Beratungsstellen sind Sozialarbeiter, bei den kirchlichen Beratungsstellen ist der Leiter meist Ehe- und Familienberater (Dipl.) oder Priester. Psychologen stellen nur bei Vereinen einen größeren Anteil der Leiter (etwa 1/4), Sozialarbeiter und sonstige Berufe (meist Lehrer oder Personen mit einer Zusatzausbildung in Beratung) machen jeweils ein weiteres Viertel aus. Ärzte als Beratungsstellenleiter gibt es fast nur bei öffentlichen Trägerschaften (siehe Tab. 41).

Tab. 41: Soziodemographische Merkmale der Beratungsstellenleiter nach Art der Trägerschaft

Träger	Geschlecht (%)		Alter (Md) Jahre	Beruf (%)				
	m	w		SA	A	Ps	J	So
Land, Gemeinde	46	54	43	54	31	12	4	0
Kirchen	69	31	46	23	8	15	15	39
Vereine	19	81	37	27	9	23	9	27
Gesamt	42	58	42	38	18	16	8	18

2.1.2. Zusatzausbildung

Etwa 60% der Leiter können eine einschlägige Zusatzausbildung nachweisen, ein Viertel davon in Ehe- und Familienberatung (bzw. Familientherapie). Häufig findet man auch eine Zusatzausbildung im Rahmen der verschiedenen Formen der Psychotherapie bzw. Gesprächstherapie (siehe Tab. 42).

Tab. 42: Zusatzausbildung der Beratungsstellenleiter (Mehrfachangaben)

Ehe-/Familienberatung	25%
Gesprächstherapie	18%
Psychotherapie	10%
Gruppentherapie	2%
zusätzliche Facharztausbildung	3%
Sonstige	3%
keine	39%

2.1.3. Berufserfahrung und Anstellungsverhältnis

Im Durchschnitt verfügen die Beratungsstellenleiter über eine etwas mehr als 3 Jahre längere Berufserfahrung als Berater (siehe Tab. 43).

Tab. 43: Berufserfahrung der Beratungsstellenleiter allgemein

Tätigkeitsdauer	Md (Bereich)	13 Jahre (2—36 Jahre)
Vorerfahrung	Md (Bereich)	6 Jahre (1—20 Jahre)

Beratungsstellenleiter in öffentlichen und kirchlichen Institutionen weisen die längste Berufserfahrung (im Schnitt 14 bzw. 13 Jahre) auf. In Beratungsstellen von Vereinen sind die Leiter im Schnitt erst seit 6 Jahren tätig. Diese Unterschiede sind dadurch zu erklären, daß öffentliche und kirchliche Trägerschaften ab dem Zeitpunkt der Etablierung von Familienberatungsstellen ihre Arbeit aufnahmen, Beratungsstellen von Vereinen hingegen oft erst viele Jahre später eröffnet wurden und zum Teil erst wenige Jahre in Betrieb sind. Von daher lassen sich auch die Unterschiede zwischen den Vorerfahrungen der Berater bei öffentlichen und kirchlichen Beratungsstellen gegenüber den Leitern bei Vereinen erklären (siehe Tab. 44).

Tab. 44: Berufserfahrung der Beratungsstellenleiter nach Art der Trägerschaft

	Gemeinde Md (Bereich)	Kirche Md (Bereich)	Vereine Md (Bereich)
Tätigkeitsdauer	14 (2—20)	13 (2—20)	6 (2—10)
Vorerfahrung	8 (1—14)	6 (1—20)	4 (1—9)

Erwartungsgemäß sind die Leiter häufiger hauptberuflich in der Beratungsstelle tätig bzw. angestellt als die Berater. Auch bei den Leitern überwiegt die stundenweise Beschäftigung auf Honorarbasis (siehe Tab. 45).

Tab. 45: Anstellungsverhältnis der Beratungsstellenleiter allgemein

hauptberuflich	21%
nebenberuflich	8%
Werkvertrag	16%
angestellt	13%
stundenweise	34%
sonstige	8%

Schlüsselt man das Anstellungsverhältnis auf nach Art der Trägerschaft, so zeigt sich, daß v. a. in kirchlichen Institutionen die Beratungsstellenleiter hauptberuflich arbeiten (60%). Leiter in Vereinen gaben an, ihre Tätigkeit hauptberuflich auszuüben.

Die überwiegende Mehrzahl (63%) der Leiter in öffentlichen Einrichtungen arbeitet stundenweise, niemand hauptberuflich.

2.1.4. Tätigkeitsspektrum

Hinsichtlich des Tätigkeitsspektrums unterscheiden sich die Leiter kaum von anderen Beratergruppen, lediglich administrative Agenden und Öffentlichkeitsarbeit übernehmen sie etwas häufiger.

In kirchlichen Beratungsstellen übernehmen überwiegend die Beratungsstellenleiter die Familienberatung (55%, öffentl. = 21%, Ver. = 32%). Auch die juristische Beratung (36%, öffentl. = 18%, Ver. = 21%), administrative Arbeiten (55%, öffentl. = 14%, Ver. = 21%) und Öffentlichkeitsarbeit (46%, öffentl. = 18%, Ver. = 21%) werden in kirchlichen Beratungsstellen überwiegend vom Beratungsstellenleiter zentral durchgeführt.

2.1.5. Arbeitszeit in und außerhalb der Beratungsstelle

Die Arbeitszeit der Leiter ist deutlich höher als die der Berater. Dennoch erscheint die durchschnittliche Arbeitszeit von 4,5 Wochenstunden als relativ gering, ebenso die zusätzlich für die Beratungsstelle aufgewendete Zeit von im Mittel 6 Stunden im Monat (siehe Tab. 46).

Tab. 46: Arbeitszeit in und außerhalb der Beratungsstelle

h/Woche in Ber. st.	Md (Q1—Q3)	4,5 (2,5—18,0)
h/Monat zusätzlich	Md (Q1—Q3)	6,0 (4,0—11,3)

Ähnliche Unterschiede sind auch hinsichtlich der Arbeitszeit der Berater zu beobachten. Der einzelne Berater arbeitet in öffentlichen Einrichtungen signifikant weniger Stunden pro Woche als die Kollegen in kirchlichen und Beratungsstellen von Vereinen. Prinzipiell werden in allen Beratungsstellen zusätzliche Leistungen von den Beratern erbracht. Auch hier zeigt sich, daß in kirchlichen und Beratungsstellen von Vereinen der einzelne Berater signifikant mehr an zusätzlichen Stunden arbeitet als in öffentlichen Beratungsstellen (siehe Tab. 47).

Tab. 47: Arbeitszeit der Berater nach Art der Trägerschaft

Träger	Stunden/Woche in Beratungsstelle (Md)	Stunde/Monat zusätzlich (Md)
Land, Gemeinde	2,6*	2,1*
Kirchen	4,0	5,7
Vereine	5,1	4,3
Gesamt	3,6	3,5

2.1.6. Weiterbildung, Teambesprechungen und Supervision

Beratungsstellenleiter nehmen etwas häufiger als Berater an Weiterbildungsveranstaltungen teil. Ebenso sind sie erwartungsgemäß häufiger bei Teambesprechungen vertreten. Wo Gruppensupervision angeboten wird, nehmen die Leiter teil, Einzelsupervision beanspruchen sie seltener.

Teambesprechungen finden bei kirchlichen Beratungsstellen durchschnittlich einmal pro Woche und bei Beratungsstellen von Vereinen 14tägig statt; in öffentlichen Beratungsstellen finden signifikant weniger, im Durchschnitt nur einmal im Monat, derartige Besprechungen statt (siehe Tab. 48).

Tab. 48: Teambesprechungen nach Art der Trägerschaft

Träger	Anz. Teambesprechungen pro Jahr (Md)
Land, Gemeinde	10,0*
Kirchen	50,0
Vereine	23,8
Gesamt	18,9

Bei fast allen Beratungsstellen ist Weiterbildung vorgesehen, gefördert wird sie durchwegs jedoch nur von kirchlichen Trägerschaften (siehe Tab. 49).

Tab. 49: Förderung von Aus- und Fortbildung nach Art der Trägerschaft

Träger	Aus-/Fortbildung %	gefördert d. Träger %
Land, Gemeinde	85	50
Kirchen	100	100*
Vereine	95	65
Gesamt	92	67

Bei kirchlichen Beratungsstellen ist Supervision (insbesondere Teamsupervision) die Regel. Die geringste Betreuung in Form von Supervision weisen staatliche Beratungsstellen auf (siehe Tab. 50).

Tab. 50: Supervision nach Art der Trägerschaft

Träger	keine %	Einzel- %	Gruppens. %	E+G %
Land, Gemeinde	77	8	12	4
Kirchen	0*	15	23	62
Vereine	46	5	36	14
Gesamt	49	8	23	20

2.1.7. Zusatzausbildung

Auch bezüglich der Zusatzausbildung des Beratungsstellenleiters bestehen signifikante Unterschiede nach Trägerorganisationen. **Während bei Land und Gemeinde sowie Vereinsträgern die Leiter der Beratungsstellen häufig keine einschlägige Zusatzausbildung besitzen, gibt es in kirchlichen Beratungsstellen keinen einzigen ohne Zusatzausbildung. Ausbildungen in Ehe- und Familienberatung bzw. Familientherapie stehen im Vordergrund, bei Vereinen ist auch eine Ausbildung in Gesprächs- oder Psychotherapie häufig (siehe Tab. 51).**

Tab. 51: Zusatzausbildung der Beratungsstellenleiter nach Art der Trägerschaft (Mehrfachangaben)

Träger	Zusatzausbildung (%)						keine
	E/F	GT	PT	FA	Gr	So	
Land, Gemeinde	12	8	4	4	4	8	62
Kirchen	62	39	0	0	0	0	0*
Vereine	18	18	23	5	0	0	36
Gesamt	25	18	10	3	2	3	39

E/F . . . Ehe- und Familienberatung, Familientherapie

GT . . . Gesprächstherapie

PT . . . Psychotherapie (versch. analyt. Ausbildungen)

FA . . . zusätzliche Facharztausbildung

Gr . . . Gruppentherapie

So . . . Sonstige

2.2. Die Beratung

Aus der Sicht der Beratungsstellenleiter wurden für jede Beratungsstelle Beratung, Beratungsschwerpunkte, Beratungsthemen und zeitlicher Aufwand pro Beratung erhoben. Je nach Träger zeigten sich zum Teil sehr große Differenzen.

2.2.1. Beratungsschwerpunkte

Im Durchschnitt überwiegen die nicht näher spezifizierten Themen. Dennoch läßt sich sagen, daß Beratungsstellen von Vereinen häufiger Sexualberatungen durchführen als andere Beratungsstellen. **Beratungstätigkeit zum Schwangerschaftskonflikt und Abbruchwunsch nimmt durchschnittlich bei allen Trägerorganisationen eine untergeordnete Stellung ein. Betrachtet man jedoch die einzelnen Beratungsstellen näher, so ergibt sich eine deutliche Heterogenität, die nur auf eine Spezialisierung der Beratungsstelle zurückgeführt werden kann (siehe Tab. 52).**

Tab. 52: Beratungsschwerpunkte nach Art der Trägerschaft

Träger	Beratungsthemen (Md der %-Werte)			
	Sexualber.	SS-Konflikt	Kontrazept.	Sonstige
Land, Gemeinde	5.4	11.0	32.5	40.0
Kirchen	5.9	8.5	7.5*	57.5
Vereine	10.5*	10.0	11.0	65.0
Gesamt	6.0	10.5	16.5	50.5

2.2.1.1. Schwangerschaftskonfliktberatung

Aus der u-förmigen Verteilung kann man ablesen, daß die Beratungsstellen entweder nur gelegentlich und eher zufällig bei einem Schwangerschaftskonflikt beraten oder daß sie dies zu einem hohen Anteil und offenbar darauf spezialisiert tun. Bei den kirchlichen Beratungsstellen gibt es diese Heterogenität jedoch in geringerem Ausmaß (siehe Tab. 53).

Tab. 53: Prozentueller Anteil an Schwangerschaftskonfliktberatung nach Art der Trägerschaft.

Träger	SS-Konfliktberatung (%)			
	bis 5%	6—10%	11—20%	über 20%
Land, Gemeinde	31	19	12	38
Kirchen	46	23	15	16
Vereine	45	20	5	30
Gesamt	39	20	9	32

2.2.1.2 Kontrazeptionsberatung

Für die Kontrazeptionsberatung gilt ähnliches wie für die Beratung im Schwangerschaftskonflikt. Auch hier sind v. a. öffentliche und Beratungsstellen von Vereinen die erste Anlaufstelle der Ratsuchenden (siehe Tab. 54).

Tab. 54: Prozentueller Anteil an Kontrazeptionsberatung nach Art der Trägerschaft

Träger	Kontrazeptionsberatung (%)			
	bis 5%	6—10%	11—20%	über 20%
Land, Gemeinde	23	12	12	53
Kirchen	54	8	31	7
Vereine	30	20	30	20
Gesamt	32	14	21	33

Die niedrigsten Angaben zum Ausmaß der Schwangerschaftskonfliktberatung findet man in Niederösterreich/Burgenland, Oberösterreich und Tirol, die höchsten in Salzburg und der Steiermark (siehe Tab. 55).

Tab. 55: Beratungsthemen nach Bundesländern

Bundesland	Sex.ber.	SS-Konfl. (Md d. %-Werte)	Kontraz.	Sonstige
K	2.0	11.5	7.0	52.9
N, B	2.2	1.7	8.3	83.7
O	2.9	5.3	15.0	42.0
S	21.0	15.5	10.5	53.0
St	9.5	13.1	24.7	28.1
T	11.0	8.4	8.3	47.7
V	20.0	10.0	15.0	55.0
W	5.6	11.4	18.8	58.0
Gesamt	5.9	8.9	14.0	52.7

2.2.2. Zeitlicher Aufwand

Der durchschnittliche Zeitaufwand pro Beratungsfall beträgt 2 Stunden und 20 Minuten; die reine Beratungszeit beträgt im Durchschnitt 54 Minuten (siehe Tab. 56).

Tab. 56: Zeitlicher Aufwand für die Beratungen allgemein

Dauer einer Beratung (Md)	54 min
bis 15'	10%
16—30'	15%
31—60'	75%
„Mannstunden“ pro Fall (Md)	2.3 h
< 1 h	31%
1—3 h	35%
4—6 h	21%
> 6 h	13%

Aus der Dauer der Beratungszeit pro Klient läßt sich ebenfalls sehr deutlich die Spezialisierung der öffentlichen Beratungsstellen ablesen. Hier werden überwiegend kurzfristig zu beratende Klienten betreut (siehe Tab. 57).

Tab. 57: Dauer der Beratung nach Art der Trägerschaft

Träger	bis 15' %	16–30' %	31–60' %	Md Minuten
Land, Gemeinde	24	32	44	37.0*
Kirchen	0	0	100	56.9
Vereine	0	5	95	55.7
Gesamt	10	15	75	54.0

Auch hinsichtlich des zeitlichen Aufwandes pro Fall zeigen sich hochsignifikante Unterschiede. **Öffentliche Beratungsstellen weisen wesentlich niedrigere Betreuungszeiten aus** (siehe Tab. 58).

Tab. 58: „Mannstunden“ pro Fall nach Art der Trägerschaft

Träger	unter 1 h %	1–3 h %	4–6 h %	über 6 h %	Md (h)
Land, Gemeinde	65	30	4	0	1.27*
Kirchen	0	45	27	27	4.65
Vereine	6	33	39	22	4.83
Gesamt	31	35	21	13	2.33

2.3. Öffnungszeiten

Die Öffnungszeiten der Beratungsstellen sind sehr unterschiedlich. **In den westlichen Bundesländern Tirol (13 Stunden), Vorarlberg (8 Stunden) und Salzburg (8 Stunden) haben die Beratungsstellen häufiger und länger geöffnet** als in den anderen Bundesländern. Mit Ausnahme von Vorarlberg verfügen sie auch über mehr Beratungsstellen, so daß sich das Beratungsangebot für die übrigen Bundesländer dadurch noch zusätzlich verschlechtert (siehe Tab. 59).

Tab. 59: Öffnungszeiten nach Bundesländern

Bundesland	Tage/Woche	Stunden/Woche
K	1.02	2.43
N, B	1.00	2.00
O	1.00	2.80
S	3.00	8.00
St	1.35	6.50
T	2.74	12.88
V	2.00	8.00
W	2.70	6.17

Staatliche Beratungsstellen haben im Durchschnitt etwas weniger als zwei Tage pro Woche geöffnet; die anderen Beratungsstellen haben dreimal pro Woche geöffnet. **Kirchliche Beratungsstellen bieten etwa die doppelte und Beratungsstellen von Vereinen die dreifache Öffnungszeit der staatlichen Beratungsstellen an** (siehe Tab. 60).

Tab. 60: Öffnungszeiten nach Art der Trägerschaft

Träger	Tage/Woche (Md)	Stunden/Woche (Md)
Land, Gemeinde	1.7*	2.8*
Kirchen	3.2	7.0
Vereine	2.8	9.1
Gesamt	2.3	5.6

2.4. Wartezeiten

Der höhere zeitliche Aufwand pro Beratungsfall in den Beratungsstellen der kirchlichen und Vereinsträger bedingt längere Wartezeiten auf einen Beratungstermin. Allerdings wurde in diesen Beratungsstellen oft darauf hingewiesen, **daß bei einem Schwangerschaftskonflikt keine Wartezeiten auftreten** (siehe Tab. 61).

Tab. 61: Wartezeiten bis zum Beratungstermin nach Art der Trägerschaft

Träger	keine %	bis 1 Woche %	1-2 Wo %	über 2 Wo %	Md (Wo)
Land, Gemeinde	76	8	16	0	0.19*
Kirchen	23	23	23	31	2.17
Vereine	43	33	24	0	1.01
Gesamt	53	20	20	6	0.77

2.5. Procedere in der Beratungsstelle

Bei den meisten Beratungsstellen ist eine Voranmeldung nicht die Bedingung, aber möglich. 30% der Beratungsstellen verfügen über die Möglichkeit, sich auch außerhalb der Öffnungszeiten mittels Anrufbeantworter anzumelden. Fast die Hälfte aller Beratungsstellen gab Wartezeiten von durchschnittlich 5 Tagen zwischen Anmeldung und Erstinterview an. In der Mehrzahl (64%) der Institutionen wird schon bei der Anmeldung der Problemschwerpunkt (auch telefonisch) erhoben (siehe Tab. 62).

Tab. 62: Klientenprocedere insgesamt

Voranmeldung:	keine	4%
	persönlich	63%
	Anrufbeantworter	30%
	Voranmeldung Bedingung	6%
Wartezeiten:	keine	53%
	bis 1 Woche	20%
	1—2 Wochen	20%
	über 2 Wochen	6%
Problemschwerpunkt bei Anmeldung erhoben	ja	64%
	nein	36%

Für die interne Zuweisung des Klienten sind in erster Linie die Ausbildung des Beraters und der jeweilige Problemschwerpunkt ausschlaggebend (siehe Tab. 63).

Tab. 63: Interne Zuweisungsmodalitäten insgesamt

Zuweisungsmodalität	
Ausbildung	61%
persönliches Interesse	23%
Problemschwerpunkte	71%
Dienstzeiten	39%
Andere	7%

Bezogen auf die Trägerschaft legen kirchliche (73%) und Beratungsstellen von Vereinen (77%) wesentlich mehr Wert auf die Ausbildung des Beraters bei der Zuweisung eines Klienten als öffentliche (46%). In erster Linie wird nach Problemschwerpunkten (Kirche = 82%, öffentliche = 68%, Vereine = 72%) zugewiesen (siehe Tab. 64).

Tab. 64: Interne Zuweisungsmodalitäten nach Art der Trägerschaft

Zuweisungsmodalität	Gemeinde	Kirche	Vereine
Ausbildung	46%	73%	77%
persönliches Interesse	11%	27%	33%
Problemschwerpunkte	68%	82%	72%
Dienstzeiten	29%	64%	44%
Andere	14%	0%	0%

2.6. Zuweisende Institutionen

Bei Familienplanungsberatung erfolgt die Zuweisung sehr häufig vom niedergelassenen Arzt, dem Jugendamt sowie anderen Beratungsstellen. Zuweisungen zur Schwangerschaftskonfliktberatung erfolgen etwas seltener, aber im wesentlichen von den gleichen Institutionen (siehe Tab. 65).

Tab. 65: Zuweisende Institutionen insgesamt

Zuweisende Institution	bei Familienplanung	bei SSK-B
Niedergelassene Ärzte	54%	52%
Ambulanzen	29%	32%
Jugendamt	50%	39%
Schulen	22%	14%
Betriebe	8%	11%
andere Beratungsst.	34%	32%
Selbsthilfegruppen	20%	20%

Die Zuweisung zu Beratungsstellen der drei verschiedenen Trägerarten weist nur einige wenige Unterschiede auf: Selbsthilfeorganisationen vertrauen sowohl bei der Familienplanung, als auch beim Schwangerschaftskonflikt eher Beratungsstellen von Vereinen; Betriebe überweisen in erster Linie bei der Familienplanung an kirchliche und beim Schwangerschaftskonflikt an öffentliche Beratungsstellen, ebenso niedergelassene Ärzte. **Man kann aus diesen Ergebnissen recht gut ableiten, daß die zuweisenden Institutionen sehr oft nach persönlicher Bekanntheit (entweder einer Institution oder einer Person) zuweisen und nach dem eigenen Netzwerk, in dem sie selbst verankert sind (siehe Tab. 66).**

Tab. 66: Zuweisende Institutionen nach Art der Trägerschaft

Zuweisende Institutionen	bei Familienplanung			bei SSk-B		
	Gem.	Kir.	Ver.	Gem.	Kir.	Ver.
Niederg. Ärzte	68%	72%	29%	64%	45%	39%
Ambulanzen	29%	36%	22%	36%	36%	17%
Jugendamt	50%	63%	39%	43%	36%	22%
Schulen	25%	27%	16%	20%	18%	10%
Betriebe	14%	18%	0%	11%	9%	6%
andere Beratungsstellen	21%	54%	45%	25%	45%	33%
Selbsthilfegruppen	7%	36%	39%	11%	18%	39%

Aufgrund der Angaben der Beratungsstellenleiter erfahren die Klienten von der Existenz der Beratungsstellen auf verschiedensten Wegen, hauptsächlich aber durch Freunde und Bekannte, durch andere Institutionen, Ärzte und Medien (siehe Tab. 67).

Tab. 67: Information über Existenz der Beratungsstellen insgesamt

Zuweisende Institution	bei Familienplanung	bei SSk-B
Niedergel. Ärzte	55%	53%
Ambulanz, Klinik	36%	41%
andere Institutionen	59%	54%
Freunde, Bekannte	79%	75%
Zufall	36%	41%
Presse, Medien	55%	53%
Klient selbst	25%	41%

Die Hauptinformationsquelle über Beratungsstellen – unabhängig von der Trägerschaft – stellen Freunde und Bekannte, also Mundpropaganda, dar. Auf Platz zwei folgt der niedergelassene Arzt; die Plätze drei und vier teilen sich Medien und Printmedien mit anderen Institutionen (z. B. Jugendamt) (siehe Tab. 68).

Tab. 68: Informationen über Existenz der Beratungsstellen nach Art der Trägerschaft

Zuweisende Institutionen	bei Familienplanung			bei SSk-B		
	Gem.	Kir.	Ver.	Gem.	Kir.	Ver.
Niederg. Ärzte	64%	64%	44%	64%	54%	44%
Ambulanz, Klinik	39%	36%	32%	53%	45%	22%
andere Institutionen	50%	72%	60%	50%	54%	66%
Freunde, Bekannte	75%	91%	72%	75%	73%	78%
Zufall	42%	27%	22%	42%	27%	39%
Presse, Medien	50%	74%	66%	56%	63%	44%
Klient selbst	29%	22%	22%	39%	36%	51%

2.7. Die Klientel

Die Klientel der Beratungsstellen kommt zum größten Teil aus der Unter- und Mittelschicht (67%), ist überwiegend (80%) weiblich und durchschnittlich zwischen 30 und 40 Jahre alt (Md = 35). Der Einzugsbereich beträgt einen durchschnittlichen Radius von circa 24 km; zwischen den einzelnen Beratungsstellen bestehen allerdings große Unterschiede (3 bis 70 km) (siehe Tab. 69).

Weder zwischen den Trägern noch regional ergaben sich Unterschiede in Alter, Geschlecht und Schicht der Klienten. Überwiegend trifft man auf eine ratsuchende Frau von durchschnittlich 30 Jahren aus der unteren Mittelschicht.

Tab. 69: Die Klientel der Beratungsstellen allgemein

Alter (Md)	35 Jahre
bei Sexualberatung	31 Jahre
bei Kontraz. ber.	30 Jahre
bei SSk-Beratung	31 Jahre
Geschlecht weiblich	80%
bei Sexualberatung	82%
bei Kontraz. ber.	81%
– Paare	19%
bei SSk-Beratung	91%
– Paare	9%

Einzugsbereich (Md)	24 km
bei Sexualberatung	23 km
bei Kontraz. ber.	23 km
bei SSk-Beratung	23 km
<hr/>	
Soziale Schicht	
untere Schicht	11%
Mittelschicht	29%
U+M	27%
obere Schicht	6%
alle Schichten	14%

Das Einzugsgebiet der Beratungsstellen von Vereinen ist deutlich kleiner als das anderer Trägerschaften. Ein Grund dafür mag sein, daß die Vereine hauptsächlich in den Landeshauptstädten Beratungsstellen eröffnet haben (siehe Tab. 70).

Tab. 70: Einzugsbereich der Beratungsstellen nach Art der Trägerschaft

Träger	bis 10 km %	10—20 km %	über 20 km %	Md (km)
Land, Gemeinde	15	31	54	26.7
Kirchen	30	23	47	23.8
Vereine	59	18	23	13.9*
Gesamt	34	25	41	22.5

2.8. Erwartungen der Klienten

Aufgrund der Erfahrungen der Beratungsstellenleiter läßt sich sagen, daß die Mehrzahl der Klienten sich sowohl Hilfe als auch Anregungen und Denkanstöße von der Beratung erwarten. Etwa 20% der Berater vermuten bei den Klienten eher Passivität (Hilfe bzw. Abnehmen der Entscheidung) (siehe Tab. 71).

Tab. 71: Erwartungen der Klienten allgemein

Aktive Hilfe	17%
Anregungen	20%
Hilfe und Anregungen	60%
Entscheidung abnehmen	3%

In den vermuteten Erwartungen der Klienten unterscheiden sich die Beratungsstellen hoch signifikant. Fast ein Drittel der Berater in den Beratungsstellen von Land und Gemeinde gehen davon aus, daß ihre Klienten aktive Hilfe wünschen. Bei Beratern anderer Trägerschaften wurde diese Erwartung nur zu einem sehr geringen Prozentsatz genannt. Die Mehrheit der Berater in den kirchlichen Beratungsstellen gibt Anregungen und Anstöße zum Überdenken der eigenen Situation als Erwartung ihrer Klienten an, eine Kategorie, die in den Beratungsstellen von Land und Gemeinde überhaupt nicht genannt wurde (siehe Tab. 72).

Tab. 72: Vermutete Erwartungen der Klienten nach Art der Trägerschaft

Träger	Erwartungen der Klienten			
	Akt. Hilfe %	Anreg. %	Hi+Anr %	Entsch. abn. %
Land, Gemeinde	31*	0	62	8
Kirchen	8	54	39	0
Vereine	5	24	71	0
Gesamt	17	20	60	3

2.9. Charakterisierung von Beratungsstellen nach der Häufigkeit von Schwangerschaftskonfliktberatungen

Zum Zweck eines statistischen Screenings wurden die Beratungsstellen aufgeteilt nach:

- a) maximal 10% Schwangerschaftskonfliktberatung
- b) mehr als 10% Schwangerschaftskonfliktberatung.

Dabei ergaben sich deutliche Unterschiede in der Teamstruktur, der Ausbildung der Berater, der Länge der Beratung und zwischen den Bundesländern (siehe Tab. 73).

Tab. 73: Unterschiede zwischen den Beratungsstellen mit weniger bzw. mehr als 10% Schwangerschaftskonfliktberatungen

Teamstruktur	mehr Ärzte (2 im Durchschnitt) und häufig Krankenschwester bei mehr als 10% SSK-Beratung
Ausbildung	Zusatzausbildung häufiger in Beratungsstellen mit weniger als 10% (70% gegen 46%) SSK-B, ebenso Weiterbildung (97% gegen 83%)
Beratungsdauer	kürzere Beratungsdauer in Beratungsstellen mit mehr SSK-B (40 Minuten gegen 60 Minuten bzw. 2 gegen 3 Mannstunden)
Regionale Verteilung	Schwerpunkte in der SSK-B sind Wien und die Steiermark.

Diese Ergebnisse lassen den Schluß zu, daß eine Spezialisierung auf Schwangerschaftsberatung stattfindet, die ihren Niederschlag in der Teamstruktur, der Ausbildung und auch in den formalen Merkmalen der Beratung findet.

2.10. Zusammenfassung

Insgesamt wurden 74 Beratungsstellenleiter befragt. Auch wenn es im strengen Sinne nicht in jeder Beratungsstelle einen expliziten Leiter gibt, so ist doch zumindest ein Teammitglied zusätzlich mit mehr administrativen Aufgaben betraut.

Die meisten Leiter von Beratungsstellen sind Frauen, in kirchlichen Trägerschaften dominieren allerdings zu zwei Drittel die Männer.

60% der Leiter weisen eine einschlägige Zusatzausbildung auf, ein Viertel davon in Ehe- und Familienberatung. Häufig sind aber auch psychotherapeutische Zusatzausbildungen vorhanden.

Beratungsstellenleiter sind häufiger hauptberuflich in der Beratungsstelle tätig bzw. angestellt als Berater.

Hinsichtlich des Tätigkeitsspektrums unterscheiden sich die Leiter kaum von anderen Beratungssgruppen, abgesehen von dem Mehr an administrativen Tätigkeiten und Öffentlichkeitsarbeit.

Die Arbeitszeit der Leiter ist mit 4,5 Stunden pro Woche wesentlich länger als die der Berater, aber dennoch scheint sie uns für eine effektive Beratungstätigkeit zu gering.

Beratungsstellenleiter nehmen etwas häufiger als Berater an Weiterbildungsveranstaltungen, Teambesprechungen und Supervision teil.

Leiter in staatlichen Einrichtungen (62%) sowie in Vereinen (36%) verfügen häufig über keine einschlägige Zusatzausbildung. In kirchlichen Trägerschaften hingegen stellt die Zusatzausbildung eine Voraussetzung für die Leiterposition dar.

Beratungsstellen der öffentlichen Hand haben deutlich kleinere Teams als andere Trägerschaften. Mit mehr als 8 Mitarbeitern weisen die kirchlichen Beratungsstellen die durchschnittlich höchste Anzahl von Beschäftigten auf.

In Abhängigkeit von der Trägerorganisation unterscheiden sich die Beratungsstellen signifikant hinsichtlich der Teamstruktur. Während Arzt und Sozialarbeiter in keiner Beratungsstelle fehlen, gibt es Psychologen oder Juristen nur in etwa jeder dritten Beratungsstelle. Besonders häufig fehlen Psychologen in kirchlichen Beratungsstellen und Juristen in staatlichen.

Die Beratungstätigkeit zum Schwangerschaftskonflikt und Abbruchwunsch nimmt im Durchschnitt bei allen Trägerorganisationen nur eine untergeordnete Stellung ein. Betrachtet man jedoch die einzelnen Beratungsstellen näher, so ergibt sich eine deutliche Heterogenität, die nur auf eine **Spezialisierung der Beratungsstelle** zurückgeführt werden kann (z. B. geben 38% der staatlichen Beratungsstellen an, mehr als 20% ihrer gesamten Beratungskapazität für Schwangerschaftskonfliktberatungen zur Verfügung zu stellen).

Für die Kontrazeptionsberatung gilt ähnliches.

Der durchschnittliche zeitliche Aufwand pro Beratungsfall beträgt 2 Stunden 20 Minuten, die reine Beratungszeit allerdings nur 54 Minuten. Signifikant niedriger liegt die Betreuungszeit bei staatlichen Beratungsstellen (1,27 Stunden).

In bezug auf die Erreichbarkeit heben sich die westlichen Bundesländer Salzburg, Tirol und Vorarlberg durch häufigere und längere Öffnungszeiten ab.

Bei fast allen Beratungsstellen ist Weiterbildung vorgesehen, allerdings wird sie nur bei den kirchlichen durchwegs gefördert. **Supervision (v. a. Teamsupervision) ist bei kirchlichen Beratungsstellen die Regel.**

Das geringste Ausmaß an Supervision weisen die Beratungsstellen von Land und Gemeinde auf.

Mit der Finanzierung sind v. a. die Vereine unzufrieden, denn für sie stellt die öffentliche Förderung meist die Haupteinnahmequelle dar, während etwa bei den kirchlichen Beratungsstellen die Diözese ebenfalls Kosten übernimmt. Bei Beratungsstellen von Land und Gemeinde wird meist wenigstens die Infrastruktur zusätzlich vom Träger übernommen.

Öffentlichkeitsarbeit führen v. a. kirchliche Trägerschaften durch, d. h. auch, daß ihr Engagement, den Bekanntheitsgrad der Beratungsstelle zu heben und das Problembewußtsein an die Bevölkerung heranzutragen, weit ausgeprägter ist als bei Vereinen und v. a. bei staatlichen Trägerschaften.

Voranmeldung ist bei den meisten Beratungsstellen zwar nicht die Bedingung, aber möglich. Wartezeiten von ca. 5 Tagen treten bei der Hälfte der Beratungsstellen auf, **bei einem Schwangerschaftskonflikt gibt es aber keine Wartezeiten.**

Der Zuweisungsmodus innerhalb der Beratungsstelle erfolgt nach Kriterien der Ausbildung der Berater sowie deren Beratungsschwerpunkte.

Von der **Existenz der Beratungsstelle** erfahren die Ratsuchenden hauptsächlich durch Mundpropaganda von Freunden und erst in zweiter Linie von Institutionen, Ärzten und aus den Medien, **ein Indiz dafür, wie wenig Öffentlichkeitsarbeit für die Beratungsstellen und deren Arbeit betrieben wird.**

Die **Klientel** der Beratungsstellen **kommt aus der Unter- und Mittelschicht, ist überwiegend weiblich und durchschnittlich zwischen 30 und 40 Jahren alt.** Der Einzugsbereich liegt bei einer **durchschnittlichen Entfernung von ca. 24 km,** allerdings bestehen große Unterschiede zwischen den Beratungsstellen (3 bis 70 km).

In erster Linie erwarten die Klienten sowohl Hilfe als auch Anregungen und Anstöße zum Überdenken der eigenen Situation.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, daß eine Spezialisierung auf Schwangerschaftskonfliktberatung stattfindet, die ihren Niederschlag in der Teamstruktur, der Ausbildung und auch in den formalen Merkmalen der Beratung findet.

3. Analyse der Beraterinterviews

In der ersten Phase wurden die Träger, in der zweiten die Beratungsstellenleiter und in der dritten die Berater selbst befragt. Aufgrund der verschiedenen Positionen (der Träger ist meist selbst nicht in dem Team einer Beratungsstelle integriert, und als Berater kann man oft nur für seine eigene Klientel sprechen), ergeben sich im Vergleich der drei Gruppen sicherlich deutliche Unterschiede, z. B. in der Einschätzung dessen, was Klienten von einer Beratung erwarten.

Insgesamt wurden in den Beratungsstellen 278 Personen befragt, die sich auf fünf Berufsgruppen aufteilen (siehe Tab. 74).

Tab. 74: Berufsgruppen der Berater

Berufsgruppe	n	%
Psychologe	43	15,5%
Arzt	74	26,3%
Jurist	26	9,4%
Sozialarbeiter	101	36,5%
Sonstige	34	12,3%
Gesamt	278	100,0%

3.1. Fragen zur Person

Innerhalb der Beratungsstellen wurden 278 Mitarbeiter verschiedenster Berufsgruppen zu ihrer Beratertätigkeit und ihren Erfahrungen befragt.

3.1.1. Geschlecht

Überwiegend sind in den Beratungsstellen Frauen beschäftigt. In Tirol, Vorarlberg und Wien beträgt der Frauenanteil bei den Beratern sogar 72-75%. Lediglich in der Steiermark (60%) und Oberösterreich (61%) arbeiten mehr Männer als Frauen in den Beratungsstellen (siehe Tab. 75).

Tab. 75: Geschlecht der Berater

	Männlich %	Weiblich %
W	28	72
N, B	47*	53
O	61*	39
S	38	62
T, V	25	75
K	44*	56
St	60*	40
Gesamt	39	61

Vergleicht man die Berufsgruppen hinsichtlich der Geschlechterverteilung, so zeigt sich, **daß unter den Ärzten und Juristen signifikant weniger Frauen (35% und 25%) vertreten sind** als in den anderen Berufsgruppen (siehe Tab. 76).

Tab. 76: Berufsgruppen nach Geschlecht

Berufsgruppe	Frauenanteil (%)
Psychologen	53
Ärzte	35*
Juristen	25*
Sozialarbeiter	85

3.1.2. Alter

Das **Durchschnittsalter** der Berater liegt bei **38,8 Jahren**. Jünger sind die Berater in Tirol und Vorarlberg (36,9 Jahre) und Wien (37,1 Jahre). Signifikante Abweichungen vom Durchschnittsalter gibt es in Niederösterreich und dem Burgenland (43,3 Jahre), Kärnten (43,7 Jahre) und Oberösterreich (45,8 Jahre) (siehe Tab. 77).

Tab. 77: Alter der Berater

	Alter (Md)
W	37.1
N, B	43.3*
O	45.8*
S	36.9
T, V	36.1
K	43.7*
St	39.7
Gesamt	38.8 (Q1=33.4, Q3=47.1)

Betrachtet man die Berufsgruppen, so heben sich hier nur die Psychologen ab; im Schnitt sind sie zwei Jahre jünger als andere Berater. Bemerkenswert ist allerdings das relativ hohe Durchschnittsalter (siehe Tab. 78).

Tab. 78: Berufsgruppen nach Alter

Berufsgruppe	Alter (Md und Bereich)
Psychologen	37 (27-60)*
Ärzte	39 (31-61)
Juristen	41 (27-56)
Sozialarbeiter	42 (24-60)

3.1.3. Teamstruktur nach Berufen

Die Zusammenstellung der Beratungsteams ist oft sehr unterschiedlich, d. h. in manchen Bundesländern werden bestimmte Berufsgruppen vermehrt bzw. weit weniger häufig eingesetzt. Die meisten Psychologen gibt es in Salzburg (62%) und Kärnten (22%), die wenigsten in der Steiermark (6%). Hier (37%) und in Oberösterreich (30%) dominieren die Ärzte. In Kärnten führen die Juristen (26%), und in Wien (48%), Niederösterreich/Burgenland (42%) und Tirol und Vorarlberg (50%) sind vor allem Sozialarbeiter tätig (siehe Tab. 79).

Tab. 79: Teamstruktur nach Berufen

	Psychologen %	Ärzte %	Juristen %	Sozialarb. %	Sonstige %
W	10	21	9	48	9
N, B	11	32	5	42	5
O	17	30	4	26	22
S	62*	19	0	5	14
T, V	13	31	4	50	2
K	22*	22	26	22	9
St	6*	37	15	29	12
Gesamt	16	27	9	37	12

3.1.4. Zusatzausbildung

Eine Zusatzausbildung in Ehe- und Familienberatung und/oder Gesprächstherapie ist der übliche Zugang zur Beratungstätigkeit. Eine

psychotherapeutische Ausbildung findet man eher bei Beratern in Bal- lungszentren. Der Zugang zur Ausbildung spielt dabei eine große Rolle. Der hohe Grad an psychotherapeutischer Zusatzausbildung im Land Salzburg ist durch eine Beratungsstelle beeinflusst, deren Mitglieder **alle** eine Psychotherapieausbildung haben (siehe Tab. 80).

Tab. 80: Zusatzausbildung der Berater

	E/F %	PT %	GT %	FA %	GrT %	So %
W	14	22	14	0	5	13
N, B	11	5	16	5	0	11
O	13	4	13	0	4	22
S	19	38	19	0	10	14
T, V	21	10	23	0	4	10
K	13	4	13	0	0	4
St	29	2	21	2	4	12
Gesamt	18	13	17	1	4	12

Hochsignifikante Unterschiede bestehen zwischen den Beratergruppen. Während 96% der Psychologen und 66% der Sozialarbeiter eine Zusatzausbildung entweder schon abgeschlossen haben oder gerade absolvieren, sind es bei den Ärzten nur 50% und bei den Juristen nur 37% (siehe Tab. 81).

Tab. 81: Berufsgruppen nach Zusatzausbildung (Mehrfachangaben):

Berufsgruppen	keine %	in Ausb. %	teils/teils %	abgeschl. %
Psychologen	5	18	33	43
Ärzte	50*	31	9	9
Juristen	63*	21	4	13
Sozialarbeiter	34*	10	21	34

Am besten ausgebildet sind die Psychologen, gefolgt von den Sozialarbeitern. Berücksichtigt man die Mehrfachangaben, so zeigt sich, daß mehr als die Hälfte der Psychologen und Sozialarbeiter psychotherapeutisch ausgebildet ist, knapp die Hälfte verfügt über eine Gesprächs- therapieausbildung, ein knappes Drittel ist in Ehe- und Familienberatung ausgebildet und etwa ein Drittel hat eine andere therapeutische Ausbildung absolviert.

Von den 50% Ärzten, die derzeit eine Zusatzausbildung machen, stehen 16% in rein medizinischer Ausbildung (Turnus- oder Facharztausbildung). Da der Großteil der Ärzte von der Ausbildung her praktischer Arzt oder Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe ist (nur 2% sind Fachärzte für Neurologie/Psychiatrie), besteht für diese Gruppe ein **gewisses Ausbildungsdefizit**, das auch durch die — nach eigenen Angaben — enge Kooperation mit dem Psychologen und Sozialarbeiter nicht kompensiert werden kann (siehe Tab. 82).

Tab. 82: Berufsgruppen nach Art der Zusatzausbildung (Mehrfachangaben)

Berufsgruppen	E/F	GT	Zusatzausbildung (%)		Gr	So
			PT	FA		
Psychologen	23	48	53	0	8	23
Ärzte	9	6	12	3	3	22 ⁺
Juristen	16	8	4	0	2	4
Sozialarbeiter	37	21	10	0	5	8

+) Turnus oder FA-Ausbildung

E/F . . . Ehe- und Familienberatung

GT . . . Gesprächstherapie

PT . . . Psychotherapie (versch. analyt. Ausbildungen)

FA . . . zusätzliche Facharztausbildung

Gr . . . Gruppentherapie

So . . . sonstige (insbes. Familientherapie)

Unsere Daten, daß innerhalb der Beratungsstellen Psychologen und Sozialarbeiter am besten ausgebildet sind, in der Regel mehr als eine therapeutische Schule kennen, Mediziner hingegen weit weniger häufig über eine Zusatzausbildung verfügen, **decken sich auch mit den Ergebnissen der Studie „Psychotherapeutische Versorgung in Österreich“ von JANDL-JAGER et al. (1987)** (siehe Tab. 83).

Tab. 83: Berufsverteilungen in den einzelnen Erhebungen

	Therapeuten- erhebung		Institutionen- erhebung		Berufsgruppen- erhebung		Versorgung im engeren Sinn		Versorgung im weiteren Sinn	
	(n = 1200) primär psycho- therapeutisch/ psychologisch beratend Tätige		(n = 1800) primär bzw. be- dingt primär psychotherap./ psychologisch beratend Tätige		(n = 4260) bedingt primär und sekundär psychotherap./ psychologisch beratend Tätige		(n = 2150) psychothera- peut./psychol. beratende Ver- sorgung im en- geren Sinn: pri- mär und bedingtsekundär prim.		(n = 3410) psychothera- peutische/psy- chol. beratende Versorgung im weiteren Sinn:	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Psycholo. Ärzte inkl.	504	44,6	638	35,2	290	6,8	759	35,3	35	1,0
Psychiater	229	20,3	432	23,8	2700	63,4	499	23,2	2430	71,3
Sozialarb.	89	7,9	360	19,9	600	14,1	374	17,4	315	9,2

„Diese Tabelle (die die drei wichtigsten Berufsgruppen berücksichtigt) veranschaulicht den generellen Unterschied über alle Einzelerhebungen bzw. Versorgungsebenen hinweg: Im Bereich der „Versorgung im engeren Sinn“, dessen Personal auf der Basis psychotherapeutischer Zusatzausbildung bzw. Fortbildung tätig ist, herrscht eine vollkommen andere Berufsverteilung als im Bereich der „Versorgung im weiteren Sinn“, dessen Personal zum überwiegenden Teil (über 95%) ohne psychotherapeutischer Zusatzausbildung tätig ist.

Psychotherapeutisch/psychologisch beratende **Versorgung im engeren Sinn** (hier werden alle Personen subsummiert, die in der Therapeuten-erhebung und in der Institutionenerhebung erfaßt wurden. Die primär Tätigen haben einen hohen psychotherapeutischen Ausbildungsstandard, die bedingt primär Tätigen weisen Fortbildungen und/oder institutionsinterne Ausbildungen auf).

Hier sind die Psychologen die stärkste Berufsgruppe. Sie stellen mit 759 Tätigen rund ein Drittel des Personals dieser Versorgungsebene.

Von den primär, also den auf Basis einer psychotherapeutischen Zusatzausbildung Tätigen **stellen sie mit 44,6% fast die Hälfte des Personals. Die Ärzte stellen mit ca. 23% (n=499) fast ein Viertel des Personals der Versorgung im engeren Sinn; davon haben ca. 230 eine psychotherapeutische Zusatzausbildung abgeschlossen oder sind im Ausbildungsverlauf soweit, daß sie von der sie ausbildenden Vereinigung berechtigt sind, Psychotherapie bzw. psychologische Beratung zu machen.**

Die Sozialarbeiter stellen mit 17,4% vorwiegend in Institutionen beschäftigten Personen ebenfalls noch einen beachtlichen Teil der Versorgung im engeren Sinn. (JANDL-JAGER et al, 1987).“ (siehe Tab. 83).

3.2. Verantwortlichkeit und Zuständigkeit innerhalb der Beratungsstelle

Überwiegend verstehen die Berater ihre Tätigkeit als eigenverantwortliche Handlungen. Am autonomsten erleben sich die Berater in Tirol und Vorarlberg (65%), in Oberösterreich (64%), der Steiermark (59%) und in Kärnten (53%). In Niederösterreich und dem Burgenland hingegen sind die Berater in erster Linie dem Träger gegenüber verantwortlich (59%). Das impliziert bestehende Beratungsrichtlinien, an die sich der einzelne Berater zu halten hat. Die geringste Verantwortlichkeit gegenüber dem Träger gaben ebenfalls die Berater aus Tirol und Vorarlberg (16%) an (siehe Tab. 84).

Tab. 84: Verantwortlichkeit nach Bundesländern

	g. Träger %	g. Leiter %	selbst %
W	33	24	42
N, B	59*	12	29
O	36	0*	64
S	38	25	38
T, V	16*	19	65
K	47	0*	53
St	20	22	59
Gesamt	24	13	38

Die größte Autonomie gegenüber dem Träger erleben Berater in kirchlichen Einrichtungen. Hier gaben nur 8% an, dem Träger gegenüber verantwortlich zu sein. Berater bei Vereinen sind zu einem Viertel (25%) und Berater in Beratungsstellen der öffentlichen Hand sogar zu einem Drittel (31%) dem Träger gegenüber für ihre Tätigkeit verantwortlich (siehe Tab. 85).

Tab. 85: Verantwortlichkeit nach Art der Trägerschaft

	Gemeinde	Kirche	Ver.
gegenüber Träger	31%	8%	25%
gegenüber Leiter	7%	28%	11%
selbst	31%	51%	46%

3.3. Kenntnis der Trägerschaft

Die beste Kenntnis in bezug auf die eigene Trägerschaft haben oberösterreichische Berater (91%). In Kärnten ist **das Wissen über die eigene Trägerschaft, deren Struktur und Zuständigkeit für weitere Beratungsstellen** am geringsten (61%). Eine weitere Analyse der Daten ergab, **daß dort, wo Trägerschaft und Beratungsstelle ident sind und bei katholischen Trägerschaften mit übersichtlicher Struktur und regelmäßigen Zusammenkünften von Trägern und Beratern, die Kenntnis am größten ist. Am wenigsten informiert über die eigene Trägerschaft sind Berater in öffentlichen Beratungsstellen**, wo oft auch kein fixes Team arbeitet, sondern z. B. die Sozialarbeiter nach Dienstplänen zugewiesen werden bzw. Ärzte im Rahmen ihres Turnus oder ihrer Facharztausbildung Dienst tun (siehe Tab. 86).

Tab. 86: Kenntnis der Trägerschaft

	richtige Angabe der Trägerschaft %
W	72
N, B	90
O	91
S	71
T, V	65
K	61
St	75
Gesamt	73

3.4. Funktion und Aufgabengebiet innerhalb der Beratungsstelle

Wichtig für die gute Arbeit einer Beratungsstelle ist v. a. das Team; Fluktuation, Verweildauer im Team, Berufserfahrung, Arbeitsbedingungen und Tätigkeitsschwerpunkte spielen dabei eine sehr große Rolle.

3.4.1. Fluktuation

In ihrer derzeitigen Funktion arbeiten alle Berater im Schnitt seit ca. 6 Jahren in der Beratungsstelle. Ausnahmen stellen hier nur Wien mit 4,1 Jahren und Niederösterreich/Burgenland mit 11,7 Jahren dar. Das heißt, daß in Niederösterreich/Burgenland die geringste **Fluktuation** innerhalb der Beratungsstellen besteht. In Wien spielt bei der geringen Dauer der Beratungstätigkeit auch noch die Tatsache mit, daß viele derzeit bestehende Beratungsstellen erst seit einigen wenigen Jahren in Betrieb sind.

Die Berater in Niederösterreich/Burgenland weisen die niedrigste Fluktuation auf und verfügen mit großem Abstand über die größte **Berufserfahrung** (17,7 Jahre).

3.4.2. Berufserfahrung

Die durchschnittliche Beratungserfahrung vor Eintritt in die Beratungsstelle betrug drei Jahre. Eine Ausnahme findet sich nur bei den Beratern aus Niederösterreich/Burgenland, die schon über 7–8 Jahre Berufserfahrung verfügten. In Salzburg betrug die Vorerfahrung in unserem Sample im Schnitt nur ein Jahr. Dieses Ergebnis ist beeinflusst durch eine neu gegründete Beratungsstelle mit ganz jungem engagiertem Team.

Zwischen den Trägerschaften zeigen sich signifikante Unterschiede sowohl in bezug auf die Dauer der derzeitigen Funktion, als auch in bezug auf die Verweildauer innerhalb der Beratungsstelle und der Vorerfahrungen als Berater. Im Schnitt liegen die Werte bei Vereinen um 40% niedriger als bei öffentlichen und kirchlichen Beratungsstellen. Wesentlich ist hier die Tatsache, daß die meisten Vereine erst im Laufe der letzten Jahre eigene Beratungsstellen eröffneten (siehe Tab. 87).

Tab. 87: Dauer der Beratungstätigkeit und Vorerfahrungen

	dzt. Fkt Md	in Bst. Md	d. Gebiet Md
Land, Gemeinde	6.8	6.9	10.6
Kirchen	6.1	6.2	10.7
Vereine	3.7*	3.9*	6.7*

Über die größte Berufserfahrung verfügen Juristen und Sozialarbeiter. Im Schnitt arbeiten sie schon seit 11 Jahren auf diesem Gebiet. **Die geringste Berufserfahrung bringen Ärzte mit,** durchschnittlich 7,4 Jahre. Hier spielt der Umstand mit, daß einerseits in den privaten (Kirche und Vereine) Beratungsstellen die Ärzte von Anfang an mit zum Team gehörten und es keine Fluktuation gab, aber andererseits bei Beratungsstellen in Spitälern sehr oft die diensthabenden Turnus- oder in Facharzt-ausbildung stehenden Ärzte für den Beratungsdienst eingeteilt werden, unabhängig von persönlicher Qualifikation, Vorerfahrungen, Interesse und Engagement.

3.4.3. Verweildauer

Betrachtet man die **Verweildauer** der einzelnen Berater in den Beratungsstellen, so sieht man, daß Sozialarbeiter die meisten Dienstjahre und die niedrigste Fluktuationsrate aufweisen. Psychologen haben die wenigsten Dienstjahre innerhalb der Beratungsstelle. Die Relation zwischen Sozialarbeitern und Psychologen beträgt 1,75 : 1, d. h., daß Sozialarbeiter fast doppelt so lange in ein- und derselben Beratungsstelle arbeiten wie Psychologen. Ein Grund dafür ist die Tatsache, daß in den Beratungsstellen oft **nicht von Anfang an** auch ein Psychologe zum Team gehörte. Einen zweiten Grund stellen die **finanziellen Überlegungen** dar. Oft wurde ein Psychologe über Akademikertraining und anschließend Aktion 8000 ins Team geholt, mußte aber, wenn die staatliche Förderung auslief, das Team wieder verlassen. Die finanzielle Situation der Trägerschaften erlaubte keine Daueranstellung für einen Psychologen und trug somit zur Fluktuation unter Psychologen bei. Wenn sie sich eingearbeitet hatten, mußten sie das Team wieder verlassen, und oft einem Anfänger auf dem Beratungsgebiet weichen. Der Beratungsqualität war das nur abträglich (siehe Tab. 88).

Tab. 88: Dauer der Tätigkeit nach Berufsgruppen

Berufsgruppe	in Ber. st.	auf diesem Gebiet (Md, Jahre)
Psychologen	4.8	8.4
Ärzte	6.3	7.4
Juristen	5.8	11.0
Sozialarbeiter	7.4	11.0

3.4.4. Beschäftigungsbasis

Überwiegend sind die Berater stundenweise beschäftigt, mit Werkvertrag. Der Anteil an Beratern, der hauptberuflich eine Beratungstätigkeit ausübt, ist allerdings wesentlich höher als der Teil mit einem anderen Hauptberuf. Das heißt, daß einige Berater (u. a. in Salzburg, 33%) die Tätigkeit innerhalb der Beratungsstelle als ihren Hauptberuf ansehen, der damit auch die Haupteinnahmequelle für sie darstellt. In Niederösterreich und dem Burgenland stellt die Beratungstätigkeit eine nebenberufliche, also zusätzliche Arbeit dar. Die meisten Angestellten – und damit auch Versicherten – findet man in Wien (siehe Tab. 89).

Tab. 89: Beschäftigungsbasis

	hauptb. %	nebenb. %	Werkv. %	angest. %	Üebst. %	stdw. %	so %
W	15	2	11	19*	5	38	3
N, B	11	16*	16	0	0	47	11
O	4*	0	9	9	0	74*	0
S	33*	5	14	0	0	33	0
T, V	13	4	13	6	0	56	0
K	0*	0	9	0	0	61	4
St	4*	2	25*	6	2	56	0
Gesamt	11	4	14	9	2	50	2

Die Berufsgruppen unterscheiden sich signifikant in der Beschäftigungsbasis. Ärzte sind überwiegend stundenweise beschäftigt, ebenso Juristen. Psychologen sind zwar auch mehrheitlich stundenweise beschäftigt, ein Fünftel ist aber auch hauptberuflich in den Beratungsstellen tätig, 8% sind angestellt.

Sozialarbeiter üben ihre Tätigkeit in den Beratungsstellen zu einem Viertel auf Überstundenbasis aus, ein Drittel stundenweise und 20% haupt- oder nebenberuflich, 10% sind angestellt (siehe Tab. 90).

Tab. 90: Beschäftigungsbasis in und außerhalb der Beratungsstelle

Berufsgruppe	std.weise %	Werkver. %	hauptber. %	nebenber. %	angest. %	so %
Psychologen	55	10	20	0	8	8
Ärzte	72	16	0	3	3	12
Juristen	58	17	8	0	4	12
Sozialarbeiter	31	16	13	7	10	24 ⁺⁾

⁺⁾ Überstunden

3.4.5. Arbeitszeit in und außerhalb der Beratungsstelle

Im Schnitt arbeiten die Berater 3,4 Stunden (zwischen 1,9 in Niederösterreich und dem Burgenland, vorwiegend nebenberuflich und 5 Stunden in Salzburg, vorwiegend hauptberuflich) pro Woche **innerhalb** der Beratungsstelle (siehe Tab. 91).

Tab. 91: Wochenstunden in Beratungsstelle

	Stunden Md
W	3.6
N, B	1.9
O	3.8
S	5.0*
T, V	3.1
K	2,8
St	2.5
Gesamt	3.4

Zusätzlich sind die Berater noch durchschnittlich 2,9 Stunden (zwischen 0,4 in Kärnten und 4,1 in Tirol und Vorarlberg) **für** die Beratungsstelle tätig, z. B. durch Öffentlichkeitsarbeit (siehe Tab. 92).

Tab. 92: Zusätzlich für Beratungsstelle tätig

	Stunden/Monat Md
W	2.2
N, B	2.1
O	1.4
S	3.2
T, V	4.1
K	0.4*
St	1.7
Gesamt	2.9

Bei der **Arbeitsdauer innerhalb der Beratungsstelle** nach Berufsgruppen können **signifikante Unterschiede** festgestellt werden. Die Hauptarbeit fällt auf Sozialarbeiter und Psychologen, wobei sich hier sehr große Streubreiten ergeben, die durch doppelte Besetzung von Sozialarbeitern und Psychologen in privaten Beratungsstellen (Kirchen und Vereine) und durch längere Öffnungszeiten eben dieser Beratungsstellen entstehen (siehe Tab. 93).

Tab. 93: Arbeitsdauer in den Beratungsstellen nach Berufsgruppen

Berufsgruppen	Wochenstunden in Beratungsstelle (Md, Q1—Q3)
Psychologen	3.7 (1.8—10.0)
Ärzte	1.8 (1.2— 3.1)
Juristen	2.0 (1.0— 4.0)
Sozialarbeiter	4.1 (2.1—12.3)

Auch bezüglich der **Tätigkeit außerhalb der Öffnungszeiten der Beratungsstellen** gibt es deutliche und signifikante Unterschiede: Ärzte und Juristen wenden für solche Tätigkeiten (**meist auch unbezahlt**) weniger als halb soviel Zeit auf als Sozialarbeiter und Psychologen, fast die Hälfte der Ärzte und Juristen überhaupt keine (gegen 25% der Psychologen und 37% der Sozialarbeiter). **D. h. Ärzte und Juristen machen in erster Linie nur das, was sie auch finanziell entgolten bekommen; Sozialarbeiter und Psychologen hingegen bringen weit mehr Idealismus und Engagement auf und stellen auch einen großen Teil ihrer Arbeitskraft unentgeltlich zur Verfügung. Dieser Zustand stellt für die Berater eine weitere Belastung dar. In ihrer klassischen Helfer-Rolle tragen sie zwar den größten Teil der Beratungsstelle und fördern dessen positives Image, werden aber in bezug auf die eigenen Ressourcen ausgepowert** (siehe Tab. 94).

Tab. 94: Tätigkeitsdauer außerhalb der Beratungsstellen nach Berufsgruppen

Berufsgruppen	Monatsstunden zusätzlich für Beratungsstelle tätig (Md, Q1—Q3)	gar nicht (%)
Psychologen	3.4 (0.0—5.3)	25
Ärzte	1.1 (0.0—4.1)	47
Juristen	1.1 (0.0—3.2)	46
Sozialarbeiter	2.3 (0.0—6.2)	37

3.4.6. Tätigkeitsspektrum

Betrachtet man das **Tätigkeitsspektrum** nach den Bundesländern, so lassen sich hier eindeutige Schwerpunkte bzw. untergeordnete Tätigkeiten klar erkennen:

- **Telefon- und Anwesenheitsdienst** stellen in Oberösterreich und Kärnten nur einen Bruchteil der anfallenden Arbeit dar, d. h. daß die Berater durch organisatorische Einteilungen kaum beansprucht werden und sie ihre Kapazität auch wirklich für Gespräche nützen können.

- Die Kärntner Berater sind darüber hinaus auch noch weitestgehend von **Terminvereinbarungen** befreit, d. h. daß nicht die Berater selbst den Erstkontakt mit der ratsuchenden Person haben.
- Auch **Erstinterviews** werden in Kärnten signifikant selten von Beratern selbst durchgeführt.
- In Oberösterreich (13%) und Wien (10%) stellen die **gynäkologischen Untersuchungen** einen wesentlichen Bestandteil der Beratungsstelle dar, wohingegen in Niederösterreich/Burgenland, Kärnten und der Steiermark **keine** gynäkologischen Untersuchungen angege- ben wurden.
- Die geringste Nachfrage nach **Familienplanung** findet man in Nieder- österreich/Burgenland (16%), die höchste in Tirol/Vorarlberg (46%).
- Signifikante Unterschiede zeigen sich bei der **Aidsberatung**, die in Ti- rol und Vorarlberg mit 4% am niedrigsten und in Salzburg mit 29% am höchsten liegt.
Die österreichische Aids-Hilfe offeriert bereits für alle Bundesländer einschlägige Beratungsangebote, die aber in Salzburg entweder nicht ausreichen, von einer bestimmten Klientel nicht wahrgenommen wer- den bzw. tritt oft erst im Rahmen einer Sexual- bzw. Kontrazeptionsbera- tung diese Problematik auf.
- **Kinder- und Jugendberatung** ist in Oberösterreich (9%) kaum ge- fragt.
- Ebenfalls keine Rolle (0%) spielt in Oberösterreich die **Schulbera- tung**, wohingegen die Nachfrage in Niederösterreich und dem Bur- genland (37%) extrem hoch ist. Offensichtlich reicht die Versorgung durch den schulpsychologischen Dienst in diesen Bundesländern nicht aus.
- Der **Alkoholberatung** kommt in Niederösterreich/Burgenland (21%) sehr große Bedeutung zu, aber auch in Kärnten (17%).
- Mit 21% stellt auch die **Drogenberatung** in Niederösterreich/Burgen- land einen wichtigen Bestandteil der gesamten Beratungstätigkeit dar, wohl auch aus Mangel an einschlägigen Beratungsstellen als einzige Anlaufstelle für die Ratsuchenden.
- Die Beratungsnachfrage ist in Niederösterreich/Burgenland zwar sehr groß, aber **Einzeltherapien** werden hier – das einzige Bundesland – nicht abgeboten (0%).
- **Sozialberatung** ist in Oberösterreich (9%) und in Salzburg (10%) si- gnifikant selten ein Thema in den Beratungsgesprächen.
- Ebenfalls selten (5%) kommt es in Salzburg zu **juristischen Beraten- gen**.
- In Wien sind die Berater signifikant stark (18%) mit **administrativen Belangen** ausgelastet.
- In bezug auf die **Öffentlichkeitsarbeit** macht nur Kärnten mit 0% eine Ausnahme.

- Betrachtet man die **Schwangerschaftskonfliktberatung**, so gab rund ein Drittel der Berater in jedem Bundesland an, daß er auch Schwangerschaftskonfliktberatung durchführt, lediglich in Tirol/Vorarlberg lag der Prozentsatz höher (52%). Hier zählt also jeder zweite Berater auch die Schwangerschaftskonfliktberatung zu seinen Agenden (siehe Tab. 95).

Tab. 95: Tätigkeiten der Berater insgesamt

Tätigkeiten	W %	N, B %	O %	S %	T, V %	K %	St %	Gesamt %
Telefondienst,								
Anwesenheitsd.	35	26	9*	19	31	13*	23	26
Terminvereinb.	22	16	17	24	21	9*	15	18
Schreibarbeiten	16	16	4	19	21	9	12	14
Erstinterviews	51	42	30	57	44	17*	50	45
gyn. Untersuch.	10*	0	13*	5	4	0	0	5
Fam.pl.ber.	35	16*	35	33	46	26	35	35
Kontraz. ber.	33	26	26	33	40	26	35	33
SSk-Beratung	38	37	22	33	52	26	31	37
Betr. n. Interr.	22	21	13	29	21	17	12	19
Sexualber.	28	16	26	33	33	17	23	27
Aids-Beratung	10	11	13	29*	4*	9	10	11
Partnerberatung	49	37	52	62	58	39	37	48
Kinder/Jugendber.	26	37	9*	33	25	35	19	26
Schulberatung	18	37*	0*	14	6	26	15	16
Familienberatung	42	42	39	43	42	39	37	40
Alkoholberatung	9	21*	4	5	8	17*	14	11
Drogenberatung	8	21*	4	10	6	8	12	9
Einzeltherapie	30	0*	22	33	23	22	35	26
Gruppentherapien	7	5	9	5	2	4	8	6
Sozialberatung	26	26	9*	10*	27	22	21	22
jur. Beratung	21	21	9	5*	17	26	21	18
Administration	18*	5	13	5	2	9	11	11
Öffentlichkeitsarb.	11	5	13	19	17	0*	14	12

Das **Tätigkeitsspektrum nach den einzelnen Berufsgruppen** zeigt erwartungsgemäß deutliche Unterschiede. Administrative Tätigkeiten werden zwar von allen Berufsgruppen durchgeführt, hauptsächlich aber von Sozialarbeitern und Psychologen. Sexual-, Kontrazeptions-, Familienplanungs- und Schwangerschaftskonfliktberatung werden hauptsächlich vom Arzt, aber auch vom Psychologen und insbesondere vom Sozialarbeiter durchgeführt. Partner-, Familien- und Jugendberatung führt hauptsächlich der Psychologe durch, ebenso die Einzeltherapien.

Die hohe Rate von **psychotherapeutischen Aktivitäten in den Beratungsstellen** wirft im übrigen ein deutliches Licht auf die **psychohygienische Versorgung** in Österreich und zeigt, welche **wichtigen Funktionen** diesen Beratungsstellen im Sinne der **Volksgesundheit** und der Entlastung der Sozialversicherungsträger zukommen (siehe Tab. 96.)

Tab. 96: Tätigkeiten nach Berufsgruppen

Tätigkeit	Psychol. %	Ärzte %	Juristen %	Soz. arb. %
Telefondienst,				
Anwesenheitsd.	18	13	8	37
Terminvereinb.	15	9	0	26
Schreibarbeiten	13	3	4	24
Erstinterviews	45	28	17	58
gyn. Untersuch.	0	19	0	0
Fam.pl.ber.	13	56	4	39
Kontraz. ber.	13	72	0	29
SSk-Beratung	23	44	0	40
Betr. n. Interr.	13	28	0	23
Sexualber.	28	47	0	18
Aids-Beratung	23	13	4	10
Partnerberatung	60	44	29	45
Kinder/Jugendber.	40	22	8	26
Schulberatung	25	13	8	15
Familienberatung	50	22	29	44
Alkoholberatung	13	6	4	15
Drogenberatung	23	9	0	13
Einzeltherapie	55	16	13	26
Gruppentherapien	8	6	13	8
Sozialberatung	10	0	38	40
jur. Beratung	0	3	67	19
Administration	2	9	21	18
Öffentlichkeitsarb.	13	13	13	16

3.4.7. Beratungsschwerpunkte

Betrachtet man die **Themenschwerpunkte Sexualberatung, Schwangerschaftskonfliktberatung und Kontrazeptionsberatung**, so sieht man, daß sie insgesamt nur einen **Bruchteil der gesamten Beratungstätigkeit** ausmachen. Es zeigt sich auch kein wesentlicher Unterschied zwischen den einzelnen Bundesländern. Nur in Salzburg ist der durchschnittliche Anteil an Beratungen bei diesen Themen signifikant größer und stellt wesentlich häufiger den Beratungsschwerpunkt dar (siehe Tab. 97).

Tab. 97: Beratungsthemen (Durchschnittlicher Anteil an Beratungen)

	Sexualber Md	SSK-Ber Md	Kontr.b. Md	andere Md
W	2.2	2.8	4.8	47.8
N, B	11.9	5.0	6.7	85.7
O	2.1	2.8	2.8	84.6
S	16.1*	6.9*	8.5*	20.6
T, V	1.1	3.0	1.6	34.6
K	7.5	5.5	1.8	32.7
St	3.6	4.7	3.9	47.0
Gesamt	8.9	5.2	5.4	52.7

In der Tabelle 98 sind die Berater nach Bundesländern aufgeschlüsselt, die je **mehr als 10%** ihrer Beratungstätigkeit für die im Zentrum der Untersuchung stehenden Themen (**Sexualberatung, Schwangerschaftskonfliktberatung und Kontrazeptionsberatung**) aufwenden.

Sexualberatung nimmt in Wien nur bei 15% aller Berater 10% und mehr der gesamten Beratungstätigkeit ein, in Niederösterreich/Burgenland bei 42% und in Salzburg gar bei 48%. In Wien gibt es für sexuelle Probleme auch andere Anlaufstellen.

Für die **Schwangerschaftskonfliktberatung** zeigt sich ein signifikantes Ergebnis in Salzburg. 38% der Berater geben hier an, mehr als 10% ihrer Gesamtberatungskapazität für Schwangerschaftskonfliktberatung aufzuwenden.

Kontrazeptionsberatung wird ebenfalls signifikant von mehr Salzburger Beratern (43%) im Umfang von mehr als 10% durchgeführt. Signifikant selten (15%) stellt Kontrazeptionsberatung bei den Beratern in Tirol/Vorarlberg eine Tätigkeit dar, die mehr als 10% der Arbeitszeit beansprucht (siehe Tab. 98).

Tab. 98: Anteil Berater, die folgende Beratungen zu mehr als 10% durchführen

	Sex.ber. %	SSk-Ber %	Kontraz.ber. %
W	15	23	23
N, B	42*	26	32
O	18	18	27
S	48*	38*	43*
T, V	17	21	15*
K	22	30	18
St	20	25	31
Gesamt	18	21	27

Der Umfang der Sexual-, Schwangerschaftskonflikt- und Kontrazeptionsberatung nach den einzelnen Berufsgruppen zeigt Tabelle 99.

Tab. 99: Umfang best. Beratungsthemen nach Berufsgruppen

Berufsgruppe	Sexualber. %	SS-Konfl. %	Kontraz. %	Sonstige %
Psychologen	11	10	14	65
Ärzte	6	6	16	72
Juristen	1	0	0	99
Sozialarbeiter	3	10	5	82

Wie die Übersicht zeigt, nehmen diese Themenbereiche bei keiner der Berufsgruppen einen großen Umfang ein. **Schwangerschaftskonfliktberatung macht nur durchschnittlich etwa 10% der Beratungen durch Psychologen und Sozialarbeiter aus, bei Ärzten kommt dieses Thema nur in 6% der Beratungen vor. Die sehr hohen Prozentsätze bei den Angaben „sonstige Beratungstätigkeit“ zeigen wieder sehr deutlich, welche wichtigen Funktionen im Sinne der psychohygienischen Versorgung diesen Beratungsstellen zukommen. So bilden doch gerade sie die Anlaufstellen für Partner-, Ehe- und Familienprobleme, aber auch bei Alkohol- und Drogenproblemen (in Niederösterreich/Burgenland) v. a. im Sinne der therapeutischen Erstversorgung.**

3.5. Beruflicher Werdegang, berufliche Vorerfahrungen und Einstellungskriterien

In bezug auf die **Vorerfahrungen als Berater** zeigen sich zwischen den Bundesländern keine bedeutenden Unterschiede – mit einer Ausnahme: Salzburg. Hier weisen nur 24% der Berater einschlägige Vorerfahrungen auf. Von Bedeutung ist hier, daß eine Beratungsstelle unseres Samples sich aus einem jungen engagierten Team zusammensetzt. Jeder einzelne von ihnen verfügt zwar über eine fundierte Ausbildung, aber – auch aufgrund des niedrigen Alters – noch nicht über viel Berufserfahrung.

Tab. 100: Vorerfahrungen als Berater

	%
W	57
N, B	37
O	48
S	24*
T, V	54
K	30
St	48
Gesamt	47

Bei den **Einstellungskriterien** wurden neben den rein formalen Berufsqualifikationen noch Alter, Zusatzausbildung, Geschlecht und – v. a. in Salzburg signifikant oft – Engagement genannt. Die **berufliche Qualifikation** wurde in Salzburg (19%) und in Kärnten (21%) signifikant selten als Einstellungskriterium genannt. In Salzburg handelte es sich um psychotherapeutisch ausgebildete Psychologen und in Kärnten um Ärzte, bei denen aufgrund der Hochschulabschlüsse die Qualifikation oft als gegeben erschien. Ebenso wie die berufliche Qualifikation spielte das **Alter** in Salzburg (15%) und Kärnten (13%) signifikant selten eine Rolle bei der Einstellung.

In Kärnten handelte es sich um junge, im Spital tätige Ärzte und in Salzburg bei einer Beratungsstelle um ein junges Team, das diese Beratungsstelle gegründet hatte.

Das Geschlecht des Beraters spielt in Kärnten keine (0%), aber in Wien (15%) und in Tirol/Vorarlberg (27%) eine große Rolle; Frauen erhielten den Vorrang bzw. es wurden nur Frauen eingestellt.

Eine **Zusatzausbildung** spielt in Salzburg, Niederösterreich und dem Burgenland (0%) keine Rolle. In Salzburg verfügen aber 38% aller Berater über eine psychotherapeutische Ausbildung, 19% über eine Ehe- und Familienberatungsausbildung und 19% über eine Gesprächstherapieausbildung. **Hier ist die Zusatzausbildung anscheinend schon so verankert, daß sich von vornherein nur Bewerber mit einer Zusatzausbildung für die Beratungstätigkeit melden.**

Engagement wird signifikant häufig (19%) in Salzburg von zukünftigen Beratern erwartet.

Das religiöse Bekenntnis spielt bei der Einstellung nur eine untergeordnete Rolle (0% in Oberösterreich, 10% in der Steiermark) (siehe Tab. 101).

Tab. 101: Einstellungskriterien

Einstellungskriterien	W %	N, B %	O %	S %	T, V %	K %	St %	Gesamt %
berufl. Qual.	54	57	50	19*	51	21*	51	47
Zus.ausbildung.	9	0	30*	0	12	4	23*	12
Engagement	5	0	4	19*	6	0	4	5
Alter	32	37	39	15*	19	13*	35	28
Geschlecht	15*	5	4	5	27*	0	8	12
Rel. bek.	2	5	0	5	6	9	10	5

Aufgeschlüsselt nach Berufsgruppen zeigte sich, daß das Alter hauptsächlich bei Ärzten und Sozialarbeitern ein Einstellungskriterium darstellt. Explizit heißt das, daß die Trägerschaften bei der Einstellung ein Mindestalter von etwa 28–30 Jahren voraussetzen. Es wird davon ausgegangen, daß ältere Berater schon Berufserfahrungen nachweisen können und aufgrund ihres Alters über eine gefestigte Persönlichkeit verfügen, um mit auftretenden Problemen besser umgehen zu können.

Neben der beruflichen Qualifikation stellte eine abgeschlossene oder laufende Zusatzausbildung nur zu einem sehr geringen Prozentsatz eine Voraussetzung für die Anstellung dar, und zwar bei Sozialarbeitern zu 9%, bei Psychologen zu 5% und bei Juristen zu 4%. **Bei Ärzten hingegen war bei keinem der Befragten irgendeine (auch nicht in Familienplanung) Zusatzqualifikation die Voraussetzung für die Aufnahme ins Team** (siehe Tab. 102).

Tab. 102: Einstellungskriterien nach Berufsgruppen

Kriterien	Psych. %	Ärzte %	Juristen %	Soz.arb. %
berufl. Qualif.	38	62	43	41
Zusatzausb.	5	0*	4	9
Engagement	10	6	0	5
Teamgeist	5	0	0	2
Alter	13	44	25	36
Geschlecht	5	15	11	11
Rel.bek.	0	9	8	5

3.6. Anschauungsmaterial und Hilfsmittel bei der Kontrazeptionsberatung

Im Schnitt verfügen zwei Drittel aller Berater über Anschauungsmaterial für die Kontrazeptionsberatung; zwischen den einzelnen Bundesländern, Trägerschaften und Berufsgruppen gibt es keine signifikanten Unterschiede.

Betrachtet man die zur Verfügung stehenden **Hilfsmittel zur Kontrazeptionsberatung** en detail, so ergeben sich **erhebliche Unterschiede, die z. T. sogar zu einer nicht hinlänglich ausreichenden und v. a. nicht anschaulichen Beratung führen können**. Um die verschiedenen Verhütungsmittel später auch 100%ig sicher anwenden zu können, ist es von wesentlicher Bedeutung, ob man diese Mittel schon einmal in der Hand hatte und damit üben konnte, z. B. beim Diaphragma, dem Kondom, Schaumzäpfchen, aber auch dem Thermometer und dem Zykluskalender.

Beratungsstellen in Niederösterreich/Burgenland, in Oberösterreich, Salzburg, Tirol, Vorarlberg und der Steiermark sind – nach eigenen Angaben – gut ausgerüstet. In Niederösterreich/Burgenland (je 16%) und in Tirol/Vorarlberg (je 15%) verfügt man sogar über Filme als Anschauungsmaterial. In Wien und Kärnten sind die Berater mit den ihnen zur Verfügung stehenden Hilfsmitteln zur Kontrazeptionsberatung am schlechtesten ausgerüstet. Oft fehlen Thermometer, Schaumzäpfchen, Kalender, Diaphragmen, Abbildungen der inneren Geschlechtsorgane, Kondome, Spiralen, Pillenpackungen und Broschüren. Im Schnitt verfügen 60% aller Berater über die Möglichkeit, den Ratsuchenden eine Broschüre mit den Abbildungen und Beschreibungen der einzelnen Verhütungsmittel mit nach Hause geben zu können, um dort in Ruhe noch einmal alles an-

schaufen zu können und erst dann die Entscheidung für eine bestimmte, bevorzugte Verhütungsmethode zu treffen und auch um später immer wieder – im Sinne einer Gebrauchsanweisung – nachlesen zu können. Am besten ausgerüstet sind die Berater in Tirol und Vorarlberg (71%), am schlechtesten die Berater in Kärnten (30%). **Hier müßte im Rahmen der Kontrazeptionsberatung dringend ein Nachschub von Broschüren an alle Beratungsstellen verschickt werden, so daß auch gewährleistet ist, daß die Ratsuchenden zu Hause all jene Informationen, die sie während des Beratungsgespräches erhielten, immer wieder nachlesen können, zumal man sich die vielen Einzelheiten und wichtigen Details, auf die man gerade im Rahmen der Kontrazeption achten muß, nicht alle sofort merken kann** (siehe Tab. 103).

Tab. 103: Anschauungsmaterial für Kontrazeptionsberatung

	W %	N, B %	O %	S %	T, V %	K %	St %	Gesamt %
Pille	19*	37	44	43	33	26	50	34
Spirale	11*	21	30	33	25	22	33	23
Diaphragma	8*	11	17	19	27	9*	21	16
Kondom	17*	32	44	38	42	17*	29	29
Schaumzäpfchen	10*	26	44	43	33	4*	25	24
Frauenthermo- meter	5*	16	13	38	21	0*	14	13
Kalender	18	32	30	38	33	9*	29	25
Broschüren	53	63	57	67	71	30*	69	60
Abbildungen	18*	32	61	62	48	9*	48	36
Plakate	12	21	17	38*	19	13	19	18
Filme	1	16*	4	5	15*	0	4	5

Pro Familia in Deutschland und die ÖGF (Österreichische Gesellschaft für Familienplanung) haben in Form eines Koffers alle gängigen Verhütungsmethoden zusammengestellt. Im Bundesdurchschnitt verfügen 11% aller Berater über ein nach diesen Vorbildern **zusammengestelltes Anschauungsmaterial**, das übersichtlich und nebeneinander diese Verhütungsmethoden vorstellen und erklären hilft. Am häufigsten findet man derartige Aufklärungsbehalte in Salzburg, Tirol/Vorarlberg (19%) und signifikant selten benutzen ihn die Berater in Wien (2%) und Niederösterreich/Burgenland (5%) (siehe Tab. 104).

Tab. 104: Aufklärungsbeihilfe

	%
W	2*
N, B	5*
O	13
S	19
T, V	19
K	9
St	17
Gesamt	11

Die **Abgabe von Kontrazeptiva** ist in einem Drittel aller befragten Beratungsstellen möglich. Signifikant weniger werden Kontrazeptiva nur in Kärnten (22%) und Wien (24%) an die Ratsuchenden abgegeben (siehe Tab. 105).

Tab. 105: Abgeben von Kontrazeptiva

	%
W	24*
N, B	26
O	48
S	38
T, V	35
K	22*
St	42
Gesamt	33

In erster Linie wird die Pille abgegeben, und zwar überwiegend kostenlos (Bundesdurchschnitt 22%). Signifikant seltener kostenlos erhält man die Pille nur in Kärnten (siehe Tab. 106).

Tab. 106: Abgabe der Pille nach Bundesländern

	kostenlos %	verbill. %	Rezept %
W	18	0	3
N, B	26	5	0
O	17	0	13
S	24	0	0
T, V	17	2	4
K	9*	0	9
St	37	2	0
Gesamt	22	1	5

3.7. Aus- und Fortbildung

Teambesprechungen, Supervision und Aus- und Fortbildung stellen wesentliche Merkmale in bezug auf die Klientenbetreuung und die Teamarbeit einerseits dar, andererseits sind sie sehr wichtig für die Flexibilität, Reflexion und Psychohygiene des einzelnen Beraters selbst.

3.7.1. Teambesprechungen

Die durchschnittliche Anzahl der **Teambesprechungen** liegt bei 11. Am seltensten finden Teambesprechungen in Kärnten (2 pro Jahr) und in der Steiermark (8 pro Jahr) statt, am häufigsten in Salzburg (34 pro Jahr). In einem Drittel aller Beratungsstellen gibt es **keine** Teambesprechungen, in Kärnten sind sogar 52% aller Beratungsstellen ohne Teambesprechungen. Am besten schneiden Niederösterreich/Burgenland ab, wo **nur** in 5% der Beratungsstellen keine Teambesprechungen abgehalten werden.

Für den hohen Prozentsatz von Beratungsstellen, in denen es keine Teamsitzungen gibt, ist in erster Linie die finanzielle Situation verantwortlich. Teamsitzungen sind in den Plänen der Beratungsstellen nicht generell vorgesehen und für sie ist auch meist kein Budgetposten reserviert. Über die große Bedeutung von Möglichkeiten zum gegenseitigen Austausch, zur Besprechung anfallender Probleme und für Fallbesprechungen sind sich alle Berater einig und wünschen sich auch Teamsitzungen. Derzeit müssen sie aber entweder in der Freizeit und unentgeltlich abgehalten werden, oder aber eine Beratungsstunde muß dafür umfunktioniert werden. Die Ideallösung sollte aber die zusätzliche und bezahlte Stunde ein- bis zweimal im Monat (bzw. einmal in der Woche bei Beratungsstellen mit großem Beratungsangebot) sein (siehe Tab. 107).

Tab. 107: Teambesprechungen nach Bundesländern

	Md	Anzahl pro Jahr	keine (%)
W	10		33
N, B	14		5
O	12		26
S	34		29
T, V	10		35
K	2		52
St	8		31
Gesamt	11		33

Betrachtet man die Teilnahme an Teambesprechungen nach Art der Trägerschaft, so zeigen sich hier **signifikante Unterschiede**. In kirchlichen Beratungsstellen gibt es die meisten, in öffentlichen die wenigsten. **Im Schnitt gibt es in öffentlichen Beratungsstellen nur 2 Teamsitzungen pro Jahr. In 47% aller öffentlichen Beratungsstellen gibt es überhaupt keine Teamsitzungen.** Die Geldmittel werden hier voll für die Beratungshonorare verbraucht; oft verfügen die kirchlichen Trägerschaften hingegen noch über weitere finanzielle Zuwendungen, so daß hier für die Teamsitzungen Mittel zur Verfügung stehen (siehe Tab. 108).

Tab. 108: Teambesprechungen (Teilnahme) nach Art der Trägerschaft

	Md	Anzahl pro Jahr	keine (%)
Land, Gemeinde	2*		47*
Kirchen	18		19
Vereine	11		27

Auch zwischen den verschiedenen Berufsgruppen zeigen sich Unterschiede bezüglich der Teilnahme an Teambesprechungen. **Ärzte und Juristen nehmen im Durchschnitt nur an etwa halb so vielen Teambesprechungen teil wie Psychologen und Sozialarbeiter. Daraus folgt, daß sie weniger ins Team integriert und informiert sind, aber auch weniger Informationen über gemeinsame Klientel an die Kollegen weitergeben** (siehe Tab. 109).

Tab. 109: Teilnahme an Teambesprechungen nach Beratergruppen

Beratergruppen	Anzahl Teambesprechungen pro Jahr (Md)
Psychologen	25.3
Ärzte	11.4
Juristen	14.2
Sozialarbeiter	20.6

3.7.2. Besuch von Aus- und Fortbildung

Fortbildungsveranstaltungen werden im Bundesdurchschnitt von 61% aller Berater besucht. Zwischen den Bundesländern zeigen sich keine großen Unterschiede, lediglich die Berater in Kärnten besuchen signifikant seltener und weniger Fortbildungsprogramme (siehe Tab. 110).

Tab. 110: Fortbildungsveranstaltungen nach Bundesländern

	%
W	65
N, B	68
O	78
S	62
T, V	56
K	34*
St	52
Gesamt	61

Auch in bezug auf den Besuch von Fortbildungsveranstaltungen ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen den Beratern kirchlicher (64%) und öffentlicher Trägerschaften (42%). Auch hier kommt der finanziellen bzw. mangelnden Unterstützung durch die Trägerschaft eine große Bedeutung zu (siehe Tab. 111).

Tab. 111: Fortbildungsveranstaltungen nach Art der Trägerschaft

	%
Land, Gemeinde	42*
Kirchen	64
Vereine	61

Zwischen den Berufsgruppen zeigen sich ähnliche Ergebnisse wie beim Besuch von Teambesprechungen. Etwa die Hälfte der Psychologen und Sozialarbeiter nimmt an einschlägigen Weiterbildungsveranstaltungen teil, Juristen nur zu einem Viertel und Ärzte nur zu einem Fünftel. **Die gut ausgebildeten (ein bis zwei Zusatzausbildungen) Psychologen und Sozialarbeiter unternehmen sehr viel für ihre Weiterbildung, die therapeutisch schlecht bis gar nicht ausgebildeten Ärzte hingegen kaum etwas** (siehe Tab. 112).

Tab. 112: Weiterbildung nach Beratergruppen

Beratergruppen	Teilnahme an Weiterbildungsveranst. (%)
Psychologen	53
Ärzte	19
Juristen	25
Sozialarbeiter	50

3.7.3. Supervision

Knapp die Hälfte aller Berater nimmt in irgendeiner Form an **Supervision** teil. Zwischen den einzelnen Bundesländern zeigen sich hier signifikante Unterschiede. Am häufigsten ist die Gruppensupervision, v. a. in Wien (40%) und Tirol/Vorarlberg (38%), am signifikant seltesten in Kärnten (4%). In Salzburg wurde keine Gruppensupervision angegeben, dafür aber in signifikant hohem Ausmaß die Kombination von Einzel- und Gruppensupervision (29%). **Einzel-supervision ist eher die Ausnahme und muß in der Regel auch selbst finanziert werden** (siehe Tab. 113).

Tab. 113: Supervision nach Bundesländern

	Einzel %	Gruppen %	Einzel + Gruppen %
W	2	40	6
N, B	11	16	5
O	4	35	17
S	10	0*	29*
T, V	6	38	13
K	0	4*	4
St	2	27	12
Gesamt	4	29	11

Betrachtet man den Besuch von Supervision nach den Trägerschaften, so zeigen sich bei öffentlichen Einrichtungen signifikant niedrigere Angaben. **Nur 12% der Berater und öffentlichen Einrichtungen erhalten Gruppensupervision, hingegen 35% der kirchlichen und sogar 40% der Berater bei Vereinen.** Die Kombination Einzel- und Gruppensupervision findet sich am häufigsten bei kirchlichen Trägerschaften (21%) und signifikant selten (3%) bei öffentlichen Trägerschaften. Die Berater selbst versuchen dieses strukturelle Manko durch **Eigeninitiative und Eigenfinanzierung** zu beseitigen. Der Prozentsatz der Berater, die in Einzelsupervision gehen, ist – wenn auch immer noch sehr niedrig – doch insgesamt am höchsten bei öffentlichen Trägerschaften (7%) gegenüber 2% bei Vereinen und 3% bei kirchlichen Trägerschaften (siehe Tab. 114).

Tab. 114: Supervision nach Art der Trägerschaft

	Einzel %	Gruppen %	E+G %
Land, Gemeinde	7	12*	3*
Kirchen	3	35	21
Vereine	2	40	12

Aufgeschlüsselt nach Berufsgruppen bestätigt die Analyse der Supervisionsfrequenz die bisherigen Ergebnisse. Ärzte und Juristen nehmen – wenn überhaupt, dann – nur an Gruppensupervisionssitzungen teil. Von den Psychologen und Sozialarbeitern geht allerdings auch nur jeder zweite in Supervision. Einen entscheidenden Punkt stellt die Bezahlung dar bzw. nicht finanzierte oder auf andere Weise vergütete Supervision. Den meisten Trägerschaften fehlen hierfür die Mittel. **Andererseits zeigt sich aber auch wiederum, daß Psychologen und Sozialarbeiter weit eher als Ärzte und Juristen bereit sind, sich selber Supervision zu suchen und auch zu zahlen. Supervision sollte aber einen wesentlichen Bestandteil der gesamten Arbeit in der Beratungsstelle darstellen, auch im Sinne der Psychohygiene der Berater, und von daher auch vom Träger bezahlt werden (siehe Tab. 115).**

Tab. 115: Supervision nach Beratergruppen

Beratergruppen	keine %	Einzel-%	Gruppens. %	E+S %
Psychologen	47	13	23	18
Ärzte	81	0	19	0
Juristen	75	0	21	4
Sozialarbeiter	50	5	31	14

3.8. Eigene Klientel

Von großem Interesse ist die Analyse der Klienten im Hinblick auf Alter, Geschlecht, Einzugsgebiet, Schicht, Erwartungen an Beratung, Zufriedenheit, Motivation und Leidensdruck im Vergleich zu den Angaben der Beratungsstellenleiter.

3.8.1. Alter

Das **Durchschnittsalter** der Klienten in Familienberatungsstellen beträgt 31,8 Jahre (von 29,8 in der Steiermark bis 37,6 in Oberösterreich). Bei den Schwerpunktthemen der vorliegenden Untersuchung waren die Ratsuchenden im Schnitt wesentlich jünger und zwar:

- **Sexualberatung** 27,1 Jahre (24,2 Jahre in Niederösterreich/Burgenland bis 29,6 Jahre in Oberösterreich und Salzburg),
- **Kontrazeptionsberatung** 26,3 Jahre (von 24,1 Jahre in Kärnten bis 32,2 Jahre in Oberösterreich),
- **Schwangerschaftskonfliktberatung** 25,1 Jahre (von 24,0 Jahre in Salzburg bis 34,7 Jahre in Oberösterreich).

Obwohl es zwischen den Bundesländern keine signifikanten Altersunterschiede gibt, zeigt sich doch ein deutlicher Trend: die ältesten Ratsuchenden fanden sich in Oberösterreich. **Hier scheint für eine bestimmte Altersstufe zum ersten Mal die Möglichkeit zu bestehen, sich Rat und Informationen in allen sexuellen Belangen zu holen.**

Aufschlußreich ist auch die Tatsache, daß Klienten mit Schwangerschaftskonflikt die jüngsten sind. Oft wird beim Geschlechtsverkehr nicht bzw. unzureichend verhütet. **Den meisten Frauen mangelt es an Wissen über ihren eigenen Körper, über das Zyklusgeschehen und die Fertilität.** Daß die Klienten im Schnitt erst mit 26 Jahren zur Kontrazeptionsberatung gehen, läßt ebenfalls auf vorherige Uninformiertheit schließen. Ein Teil der Frauen hat bisher die ja leicht handhabbare Pille genommen, möchte nun aber — aus den verschiedensten Gründen — eine andere Methode anwenden, weiß aber nicht welche und wie diese Methoden zu praktizieren sind.

Sexuelle Probleme werden erst in einem noch späteren Alter in den Beratungsstellen thematisiert, was allerdings nicht impliziert, daß sie erst in diesem Alter auftreten. **Im Gegenteil. Oft hat das Paar schon eine jahrelange Geschichte und viele Versuch hinter sich, bevor sie den Mut fassen, eine Beratungsstelle aufzusuchen bzw. war die Information, daß in den Familienberatungsstellen auch Sexualberatung möglich ist, kaum verbreitet** (siehe Tab. 116).

Tab. 116: Alter der Klienten nach Bundesländern

	Durchschnitt Md	Sex.ber Md	Kontrzb. Md	SSk-B Md
W	34.3	25.5	28.5	25.0
N, B	32.8	24.2	28.0	32.6
O	37.6	29.6	32.2	34.7
S	30.1	29.6	28.7	24.0
T, V	32.9	29.0	29.6	26.0
K	33.5	27.5	24.1	28.3
St	29.8	27.3	25.0	24.9
Gesamt	31.8	27.1	26.3	25.1

Betrachtet man die Altersverteilung nach den unterschiedlichen Trägerschaften, so zeigt sich, daß jüngere Klienten (28.9 Jahre) weit eher zu Vereinen gehen, ältere hingegen zu kirchlichen Beratungsstellen (34,2 Jahre).

Bezogen auf die Themenschwerpunkte Sexualberatung, Kontrazeptionsberatung und Schwangerschaftskonfliktberatung zeigt sich dassel-

be Ergebnis bei der Sexualberatung: jüngere Klienten bevorzugen Vereine, ältere kirchliche Beratungsstellen. Bei der Kontrazeptionsberatung wenden sich auch die älteren Klienten eher an die Kirche. Bei der Schwangerschaftskonfliktberatung wenden sich die mittleren Jahrgänge an die Kirche, die älteren an öffentliche Stellen und die jüngeren an Vereine. **Das zeigt, daß diese Beratungsstellen für jüngere Klienten ein anderes, ansprechenderes Image haben als kirchliche und v. a. öffentliche.** Im Rahmen einer Schwangerschaftskonfliktberatung wirken demnach öffentliche Stellen auf jüngere Leute weit weniger vertrauenerweckend als Vereine und kirchliche Stellen (siehe Tab. 117).

Tab. 117: Alter der Klienten nach Art der Trägerschaft

	Durchschnitt Md	Sex.ber Md	Kontraz. Md	SSk-B Md
Land, Gem.	31.4	28.8	26.0	27.7
Kirchen	34.2	29.8	29.1	25.0
Vereine	28.9*	26.5	27.2	24.8

Hinsichtlich der Altersverteilung zeigen sich bei den Berufsgruppen keine signifikanten Unterschiede, allerdings lassen sich Trends aufspüren. Die jüngste Klientel hat der Arzt (31 Jahre), die älteste der Jurist (37,1 Jahre). **Auch bei sexuellen Problemen wenden sich jüngere Klienten erst einmal an den Arzt – oft in der Hoffnung, daß es sich um ein organisches Problem handelt! Ältere Klienten, die meist schon erkannt haben, daß es sich bei sexuellen Problemen in der Regel um psychische Probleme handelt, wenden sich an den Psychologen.**

Bei der Kontrazeptionsberatung suchen jüngere Klienten eher einen Sozialarbeiter auf, ältere einen Psychologen.

Im Schwangerschaftskonflikt wenden sich ebenfalls die jüngeren Klienten eher an Sozialarbeiter und die älteren eher an Ärzte. **Daraus schließt, daß für viele junge Frauen ein Gespräch über die momentane Gesamtsituation sehr wichtig ist und nicht alleine die medizinische Information über einen eventuellen Abbruch im Vordergrund steht. Diese klärenden Gespräche sind aber – beim derzeitigen mangelnden Ausbildungsstand der meisten Ärzte – in den Beratungsstellen nur bei Sozialarbeitern und Psychologen möglich** (siehe Tab. 118).

Tab. 118: Alter der Klienten

	Durchschnitt Md	Sex.ber Md	Kontraz. Md	SSk-B Md
Psychologen	34.2	30.0	29.5	26.2
Ärzte	31.0	25.1	26.3	29.4
Juristen	37.1	—	—	—
Sozialarb.	34.8	27.8	25.0	24.7

3.8.2. Geschlecht

In der überwiegenden Mehrzahl sind es Frauen, die eine Beratungsstelle aufsuchen (78%). Auch bei sexuellen Problemen (74%), Verhütungsfragen und Schwangerschaftskonflikten (84%) zeigt sich das gleiche Bild. Paare lassen sich im Schnitt nur zu 23% gemeinsam über Kontrazeptionsmethoden informieren, am häufigsten (33%) in Tirol/Vorarlberg, am seltensten (7%) in Oberösterreich.

Bei einem Schwangerschaftskonflikt ist die Frau in der Regel auf sich selbst gestellt. Nur 9% der Männer (von 6% in Kärnten bis 12% in Niederösterreich/Burgenland) begleiten ihre Partnerin. **Diese Zahlen zeigen sehr deutlich, wie allein die meisten Frauen mit ihren Problemen gelassen sind und wie sehr sie der Hilfe und Beratung bedürfen** (siehe Tab. 119).

Tab. 119: Geschlechtsverteilung nach Bundesländern

	Gesamt Frauen %-Md	Sex.ber. Frauen %-Md	Kontraz. Frauen %-Md	Paare %-Md	SSk Frauen %-Md	Paare %-Md
W	81	71	75	25	91	7
N, B	74	69	73	27	82	12
O	79	80	93	7	85	10
S	77	74	53	30	82	7
T, V	75	74	64	33	75	11
K	72	87	71	12	90	6
St	72	72	74	24	82	8
Gesamt	78	74	74	23	84	9

Betrachtet man die Präferenz der Trägerarten auf dem Hintergrund des Geschlechts der Klienten, so zeigen sich sehr deutliche Unterschiede.

Insgesamt bevorzugen Frauen öffentliche Beratungsstellen gegenüber Vereinen und v. a. kirchliche Stellen. Das gilt sowohl für allgemeine Probleme als auch für Probleme im sexuellen Bereich und bei Fragen zur Kontrazeption. **Nur bei Schwangerschaftskonflikten vertrauen Frauen mit Abstand eher den Vereinen und am wenigsten öffentlichen Stellen.**

Suchen Frauen eine Beratung im Rahmen der Verhütung, so wenden sie sich in erster Linie an **öffentliche Beratungsstellen (84,7%)**, Paare hingegen suchen Rat und Hilfe überwiegend bei **kirchlichen Beratungsstellen (33,4%)** und erst mit großem Abstand bei öffentlichen Stellen (13%). Die Einbeziehung des Partners in die Kontrazeptionsberatung impliziert meistens, daß auch der Mann aktiv zur Verhütung beitragen möchte, **also auch Informationen über die natürlichen Verhütungsmethoden gefragt sind und solche Veranstaltungen sehr oft von kirchlichen Beratungsstellen angeboten werden.**

Beim Schwangerschaftskonflikt wendet sich die Frau meist an Vereine (89,2%) und seltener an kirchliche (81,7%) und öffentliche Stellen (79,8%), **das Paar hingegen wendet sich überwiegend an öffentliche Stellen (20,4%)** und seltener an kirchliche (9,6%) bzw. an Vereine (5,2%); die Situation ist hier also umgekehrt. Sehr deutlich zeigen diese Zahlen, **daß mit den Trägerschaften von vornherein ganz bestimmte Assoziationen verknüpft sind, und zwar: „Bei einem Verein finde ich eher die Möglichkeit, über meine Probleme zu sprechen und meine persönlichen Konflikte zu bearbeiten und zu lösen; bei öffentlichen Stellen erhalte ich Informationen über die finanziellen und strukturellen (z. B. Wohnung, Krippenplatz) Möglichkeiten“** (siehe Tab. 120).

Tab. 120: Geschlechtsverteilung der Klienten nach Art der Trägerschaft

	Gesamt w-%	Sex.ber w-%	Kontrazb. w-%	Paare-%	SSk-B w-%	Paare-%
Land, Gemeinde	83.2	86.4*	84.7*	13.0*	79.8	20.4
Kirchen	71.0*	68.8	56.5	33.4	81.7	9.6
Vereine	76.6	76.0	60.5	27.1	89.2*	5.2

Bezogen auf die Berufsgruppen zeigen sich beim Geschlecht der Klienten lediglich Trends. Der Arzt sieht überwiegend Frauen, und zwar sowohl bei allgemeinen Fragestellungen als auch bei sexuellen Problemen,

Fragen zur Kontrazeption und beim Schwangerschaftskonflikt. Paare lassen sich sowohl über Verhütungsmaßnahmen als auch bei Schwangerschaftskonflikten eher vom Sozialarbeiter beraten (siehe Tab. 121).

Tab. 121: Geschlecht der Klienten nach Berufsgruppen

	Durchschnitt w-%	Sex.ber w-%	Kontrazb. w-%	Paare-%	SSk-B w-%	Paare-%
Psychologen	74	70	79	13	89	11
Ärzte	91	85	87	12	94	5
Juristen	70	—	—	—	—	—
Sozialarbeiter	77	77	71	26	84	12

3.8.3. Einzugsgebiet

Beim **Einzugsgebiet der Beratungsstellen** sind keine bedeutenden Unterschiede zwischen den Bundesländern zu beobachten. **Im Schnitt beträgt die zurückgelegte Entfernung 18 km (von 9 km in Salzburg bis 25 km in Niederösterreich/Burgenland).** Betrachtet man die Themenschwerpunkte Sexualberatung, Kontrazeptionsberatung und Schwangerschaftskonfliktberatung, so zeigen sich dieselben Trends. Daraus läßt sich ersehen, **daß schon rein von der Entfernung eine lange Anreise zur Beratungsstelle besteht, die oft noch durch mangelnde Infrastruktur und schlecht koordinierte öffentliche Verkehrsmittel verlängert wird** (siehe Tab. 122).

Tab. 122: Einzugsbereich (km) der Beratungsstellen nach Bundesländern

	Durchschnitt Md	Sex.ber. Md	Kontraz.b. Md	SSk-B Md
W	10	15	15	15
N, B	25	26	26	30
O	19	17	17	20
S	9	9	9	9
T, V	12	14	12	14
K	19	18	17	16
St	24	20	15	20
Gesamt	18	16	15	18

In etwa die gleichen Entfernungen geben auch die verschiedenen Trägerschaften an, wobei kirchliche Stellen eher aus der näheren Umgebung her (12 km) aufgesucht werden, öffentliche haben ein größeres Einzugsgebiet (19 km) (siehe Tab. 123).

Tab. 123: Einzugsgebiet nach Art der Trägerschaft

	km (Md)
Land, Gemeinde	19.0
Kirchen	12.0
Vereine	14.8

Den weitaus längsten Weg (29,1 km) muß man bei der Suche nach einem juristischen Rat zurücklegen, die kürzeste Entfernung hat man zum Psychologen (19,8 km) (siehe Tab. 124).

Tab. 124: Einzugsgebiet nach Berufsgruppen

	km (Md)
Psychologen	19.8
Ärzte	20.0
Juristen	29.1*
Sozialarbeiter	22.7

3.8.4. Schicht

Der überwiegende Teil (rund 50%) der Ratsuchenden stammt aus der **Mittelschicht**, ein erheblicher Prozentsatz (gut ein Drittel) aus der Unterschicht, nur sehr wenige aus der Oberschicht, und bei vielen Klienten konnten keine Angaben zur sozialen Schicht gemacht werden. Im Schnitt gaben 17% (von 3% in der Steiermark bis 38% in Salzburg) der Berater an, Klienten aus allen sozialen Schichten zu betreuen.

Zwischen den Bundesländern und auch bezogen auf die Trägerschaften zeigten sich keine wesentlichen Unterschiede in bezug auf die Schichtzugehörigkeit der Klienten. Unterschichtklienten bevorzugen Vereine, Mittelschichtklienten öffentliche Einrichtungen. Aber alle Trägerschaften stellen Anlaufstellen dar für prinzipiell jeden Klienten, unabhängig von der sozialen Schicht und dem Bildungsgrad. Auch die einzelnen Berufsgruppen betreuen Klienten aus allen sozialen Schichten. Präferenzen gegenüber bestimmten Berufen bestehen nur minimal, sind aber nicht von Bedeutung.

3.8.5. Erwartungen an die Beratung

Die Berater waren aufgefordert, die von den Klienten explizit und implizit an sie herangetragenen Wünsche zu formulieren. **In erster Linie gehen die Klienten davon aus, Hilfe und Anregungen zu erhalten (34%), gefolgt von Anregungen (27%), aktive Hilfe (16%) und die Abnahme von Entscheidungen (11%).** Zwischen den Bundesländern gibt es keine bedeutenden Unterschiede.

Zwischen den Trägerschaften zeigten sich bis auf eine Ausnahme auch keine signifikanten Ergebnisse. **Aktive Hilfe wird vor allem von Beratern in öffentlichen Beratungsstellen erwartet (siehe Tab. 125).**

Tab. 125: Erwartungen der Klienten nach Art der Trägerschaft

	Aktive Hilfe %	Anregungen %	Hilfe + Anreg. %	Entscheid. abn. %
Land. Gem.	28*	15	35	18
Kirchen	13	52	32	4
Vereine	9	31	45	13

Die Erwartung von aktiver Hilfeleistung erleben Ärzte signifikant häufiger (27%) bei ihrer Klientel als andere Berufsgruppen, was aber einerseits durch die Sozialisation des Arztes als Helfer bei akuten gesundheitlichen Problemen und das bei ihnen vorherrschende Berufsbild zu erklären ist, andererseits aber auch durch die reale Inanspruchnahme der medizinischen Kompetenz des Arztes. **Die Abnahme von Entscheidungen als Anspruch des Klienten erleben signifikant häufig (30%) Juristen,** was ebenfalls aus ihrer spezifischen Aufgabe und Ausbildung heraus zu erklären ist. Juristen verfügen über eine Fachkompetenz, aus der heraus sie beurteilen können, ob gewisse Dinge leicht, schwer oder gar nicht bzw. mit welchen Vor- und Nachteilen durchführbar sind (z. B. „Soll ich mich scheiden lassen oder nicht?“).

Psychologen erleben ihre Klientel in erster Linie als Menschen, die sich im Gespräch mit ihnen Anregungen für ihre zukünftige Lebensplanung erhoffen.

An Sozialarbeiter geht in erster Linie die Botschaft, sowohl Hilfe als auch Anregungen erhalten zu wollen. Bei der Hilfe handelt es sich oft um finanzielle, aber auch organisatorische Unterstützungen (z. B. Rechte am Arbeitsplatz, Wohnung usw.) (siehe Tab. 126).

Tab. 126: Erwartungen der Klienten nach Berufsgruppen

	Aktive Hilfe %	Anregungen %	Hilfe + Anreg. %	Entscheid. abn. %
Psychologen	9	53	22	16
Ärzte	27*	19	43	8
Juristen	10	15	40	30*
Sozialarb.	16	29	43	11

Auch bei der Schwangerschaftskonfliktberatung steht an erster Stelle die Suche nach Hilfe und Anregung (30%). Nur 8% haben den Wunsch, daß ihnen die Entscheidung abgenommen wird. Die Unterschiede zwischen den Bundesländern sind nicht signifikant (siehe Tab. 127).

Tab. 127: Erwartung bei SSK nach Bundesländern

	Aktive Hilfe %	Anregungen %	Hilfe + Anreg. %	Entscheid. abn. %
W	11	10	36	7
N, B	16	5	26	11
O	9	26	17	9
S	5	28	19	10
T, V	10	19	31	17
K	9	4	30	4
St	23	21	33	2
Gesamt	13	16	30	8

Signifikant häufiger (30%) erleben Berater in öffentlichen Beratungsstellen den Wunsch der Ratsuchenden nach aktiver Hilfeleistung (medizinisch, materiell usw.). Mit finanziellen Problemen wendet man sich in erster Linie an den Staat und nicht an Vereine (13%), die ja nicht über die Erteilung von Sozialleistungen entscheiden können, aber auch nicht an kirchliche Stellen (4%), die hingegen sehr wohl über finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten für Ratsuchende verfügen. **Die Präferenz für öffentliche Stellen zeigt sehr deutlich, daß es sich eben nicht um eine momentane finanzielle Unterstützung oder eine Überbrückung handelt, sondern daß die gesamte Lebenssituation der ratsuchenden Frau mit all ihren Rechten und Pflichten als Staatsbürger neu konzipiert werden muß. D. h. eine einmalige Finanzhilfe genügt der Frau**

nicht; sie benötigt vielmehr Hilfe nach der Geburt, während des Karenzjahres und für die gesamte Zeit der Sorgspflicht für das Kind. Und gerade in diesem Bereich kommt den öffentlichen Beratungsstellen mit ihrem Netzwerk innerhalb der sozialen Versorgung eine — bedingt durch die steigende Arbeitslosigkeit unter Frauen — zunehmend größere Rolle zu (siehe Tab. 128).

Tab. 128: Erwartungen der Klienten von SSk-Beratung nach Art der Trägerschaft

	Aktive Hilfe %	Anregungen %	Hilfe + Anreg. %	Entscheid. abn. %
Land, Gem.	30*	12	41	12
Kirchen	4	36	38	13
Vereine	13	26	49	7

Aktive Hilfe als Anspruch der Ratsuchenden erleben in erster Linie Ärzte. Anregungen suchen die Klienten bei Psychologen; Anregung gepaart mit Hilfe sucht man am ehesten beim Sozialarbeiter. Psychologen erleben bei sehr vielen Klienten, daß man ihnen die Entscheidung abnehmen soll (siehe Tab. 129).

Tab. 129: Erwartungen der Klienten bei SSk nach Berufsgruppen

	Aktive Hilfe %	Anregungen %	Hilfe + Anreg. %	Entscheid. abn. %
Psychologen	13	50	21	16
Ärzte	40*	7	43	7
Juristen	0	31	39	8
Sozialarb.	17	27	52	6

3.8.6. Zufriedenheit

Die **Zufriedenheit der Klienten mit der erhaltenen Beratung** wird von den Beratern selbst im bundesweiten Durchschnitt mit 5,5 (auf einer Skala von 1—7) zwar als recht hoch erlebt, keineswegs aber überbewertet. Sie räumen auch ein, daß viele Ratsuchende mit dem, was sie in der Beratungsstelle vorfinden, nicht zufrieden sind, v. a. solche Klienten, die von der Erwartung ausgehen, daß man ihnen dezidiert sagt, was sie tun sollen und die Entscheidung abnimmt.

Die erlebte Zufriedenheit nach Trägerschaften liegt ähnlich hoch wie im gesamten Überblick nach Bundesländern. Katholische Trägerschaften erleben ihre Klienten am zufriedensten (5,4), öffentliche geben den niedrigsten Grad von Zufriedenheit an (5,2).

Zwischen den Berufsgruppen zeigen sich auch keine signifikanten Unterschiede. **Sozialarbeiter erleben ihre Klienten als zufriedener (5,4) als Ärzte (5,1).**

3.8.7. Motivation

Die **Motivation der Klienten** wird allgemein als etwas niedriger eingeschätzt als die Zufriedenheit mit der Beratung, und zwar sowohl auf der Länderebene als auch innerhalb der Trägerschaften und der Berufsgruppen. Auf der Ebene der Bundesländer liegt der Grad der Motivation im Schnitt bei 5,2 (Skala von 1–7) mit einer Streubreite von 4,7 bis 5,5 d. h. im Schnitt bringen alle Ratsuchenden eine hohe Motivation mit in die Beratung.

Von den Trägerschaften werden ähnliche Werte angegeben. Auch hier erleben – statistisch nicht gesichert – Berater kirchlicher Stellen eine höhere Motivation (5,1) als die öffentlichen Stellen (5,0) und in Vereinen (4,9).

Von den einzelnen Berufsgruppen erleben Sozialarbeiter die höchste Motivation (5,2) und Ärzte die niedrigste (4,8).

Die Motivation zur Beratung beim Schwangerschaftskonflikt wird auf Länderebene als **bedeutend niedriger erlebt**. Der Grad der erlebten Motiviertheit beträgt 4,1 (bei einer Skala von 1–7) mit einer Streuung von 3,7 bis 5,1.

Auch die Trägerschaften liegen mit Werten von 4,5 (Vereine) und 4,4 (öffentliche und kirchliche Stellen) weit niedriger als bei Beratungen im allgemeinen (siehe Tab. 130).

Tab. 130: Motivation der Klienten bei SSK nach Art der Trägerschaft

	Skala 1–7 Md
Land, Gemeinde	4.4
Kirchen	4.4
Vereine	4.5

Bezogen auf die Berufsgruppen zeigen sich auch deutliche Unterschiede beim Grad der erlebten Motivation zur Schwangerschaftskonfliktberatung. Juristen erleben signifikant die niedrigste Motivation (3,7), Sozialarbeiter die höchste (4,7) (siehe Tab. 131).

Tab. 131: Motivation der Klienten bei SSk nach Berufsgruppen

	Skala 1—7 Md
Psychologen	4.4
Ärzte	4.5
Juristen	3.7*
Sozialarbeiter	4.7

Ein Grund für die **niedrigere Motivation**, bei Schwangerschaftskonflikten eine Beratungsstelle aufzusuchen, mag auch darin liegen, **daß ein exaktes Wissen über die Rechtslage und das Gesetz zur Fristenlösung bei den meisten Frauen kaum vorhanden ist. Die überwiegende Mehrzahl der befragten Frauen ist der Ansicht, in Österreich bestehe eine Indikationenlösung und man müsse in der Beratung seine schon getroffene Entscheidung verteidigen. Auf der Basis solch falscher Informationen fällt der Weg in die Beratungsstelle sehr schwer, bzw. viele Frauen suchen sie erst gar nicht auf, sondern gehen gleich zum Arzt in die Ordination und lassen dort den Abbruch durchführen. Auf diese Weise kommt es auch zu Schwangerschaftsabbrüchen, die durch eine Beratung hätten abgefangen werden können. Die Angst, in der Beratung manipuliert und vom Abbruch abgehalten zu werden, treibt viele Frauen gerade in die entgegengesetzte Richtung und direkt — ohne Reflexion der Situation — in die Abbruchpraxen. Informationskampagnen über Beratung und vermehrte Öffentlichkeitsarbeit für die Beratungsstellen in bezug auf die Schwangerschaftskonfliktberatung, deren Inhalte und Bedeutung, sind dringend indiziert.**

3.8.8. Leidensdruck

Den **Leidensdruck** der Klienten erleben die Berater als hoch, im Schnitt liegt er bei 2,3 (Skala von sehr hoch = 1 bis sehr niedrig = 7), mit einer Streuung von 2,0 in der Steiermark bis 2,7 in Salzburg (siehe Tab. 132).

Tab. 132: Leidensdruck der Klienten nach Bundesländern

	Skala 1—7 Md
W	2.2
N, B	2.3
O	2.4
S	2.7
T, V	2.4
K	2.5
St	2.0
Gesamt	2.3

Aufgeschlüsselt nach den Trägerschaften zeigen sich die gleichen Eindrücke vom Leidensdruck der Klienten, wobei Berater in kirchlichen Stellen den höchsten Leidensdruck erleben (2,1) und die in öffentlichen den niedrigsten (2,5) (siehe Tab. 133).

Tab. 133: Leidensdruck der Klienten nach Arten der Trägerschaft

	Skala 1—7 Md
Land, Gemeinde	2.5
Kirchen	2.1
Vereine	2.2

Betrachtet man den Leidensdruck nach dem Aspekt der Berufsgruppe, so findet man die gleichen Werte. Den höchsten Leidensdruck erleben Sozialarbeiter (2,0) und den niedrigsten die Ärzte (2,7). **Diese Zahlen verdeutlichen sehr anschaulich, daß die Klienten mit ihren Problemen in erster Linie Sozialarbeiter und Psychologen konsultieren, bzw. von den Ärzten aufgrund mangelnder Kompetenz und Erfahrung im Umgang mit Problemen an Sozialarbeiter und Psychologen weiterverwiesen werden. Ärzte ihrerseits gaben ja auch an, daß sie im Team am intensivsten mit Sozialarbeitern und Psychologen zusammenarbeiten, d. h. an sie weiterverweisen (siehe Tab. 134).**

Tab. 134: Leidensdruck der Klienten nach Berufsgruppen

	Skala 1—7 Md
Psychologen	2.2
Ärzte	2.7
Juristen	2.3
Sozialarbeiter	2.0

Der Leidensdruck beim Schwangerschaftskonflikt ist in jedem Fall bedeutend größer als bei allen anderen Problemen, mit denen die Klienten in die Beratungsstelle kommen. Auf der Länderebene liegt der Leidensdruck hier im Schnitt bei 1,9 (Skala von sehr hoch = 1 bis sehr niedrig = 7), wobei die Berater in Oberösterreich den höchsten Leidensdruck (1,6) erleben und die in Niederösterreich/Burgenland den niedrigsten (2,3); die Unterschiede sind aber statistisch nicht relevant (siehe Tab. 135).

Tab. 135: Leidensdruck bei SSk nach Bundesländern

	Skala 1—7 Md
W	2.0
N, B	2.3
O	1.6
S	2.0
T, V	1.9
K	1.7
St	1.7
Gesamt	1.9

Auch den Leidensdruck beim Schwangerschaftskonflikt erleben kirchliche Berater höher (1,7) als Berater in öffentlichen Einrichtungen (2,0). Ein Grund dafür mag sein, daß die Kirche für viele Frauen, v. a. für die ohne Beruf und soziales Auffangnetz, die letzte Rettung darstellt, **bzw. sich auch in erster Linie solche Frauen an kirchliche Beratungsstellen wenden, die primär die Schwangerschaft austragen wollen und eine rasche und v. a. unbürokratische Hilfe suchen** (siehe Tab. 136).

Tab. 136: Leidensdruck bei SSk nach Art der Trägerschaft

	Skala 1—7 Md
Land, Gemeinde	2.0
Kirchen	1.7
Vereine	1.9

Wie bei allgemeinen Problemen werden auch beim Schwangerschaftskonflikt Sozialarbeiter mit den größten Problemen konfrontiert und erleben den größten Leidensdruck bei ihren Klienten (1,7). Die Unterschiede sind zwar nicht signifikant, aber dennoch tendieren Ärzte zu einer etwas niedrigeren Einschätzung (2,1). **Insgesamt wird der Leidensdruck aber als bekanntermaßen hoch erachtet. Dies deutet darauf hin, daß ein lange diskriminierendes Vorurteil wie „Die Frauen nehmen diesen Konflikt zu leicht!“ abgelegt wurde** (siehe Tab. 137).

Tab. 137: Leidensdruck der Klienten bei SSk nach Berufsgruppen

Skala 1–7 Md

Psychologen	1.8
Ärzte	2.1
Juristen	1.9
Sozialarbeiter	1.7

Insgesamt zeigen die Daten über den Leidensdruck der Klienten, **welch große Bedeutung innerhalb einer Beratungsstelle sowohl im Rahmen einer allgemeinen Beratung als auch der speziellen Schwangerschaftskonfliktberatung den Sozialarbeitern und Psychologen zukommt. Sie tragen die Hauptlast bei der Bewältigung von Problemen, werden mit den größten Problemen konfrontiert und stellen auch für die nicht therapeutisch ausgebildeten Ärzte eine höhere Instanz zwecks Weiterverweisung bei Problemen dar. Dieser Wichtigkeit von Sozialarbeitern und Psychologen innerhalb der Beratungsstelle entspricht aber andererseits die Bezahlung oft nicht.**

3.9. Wertorientiertheit bei Schwangerschaftskonfliktberatung

Auf einer Skala von 1 = völlig wertfrei bis 7 = völlig wertorientiert beurteilen die Berater ihre eigene Wertorientiertheit im Sinne von: wie voreingenommen bzw. frei und in jeder Situation flexibel erlebe ich meine Berater-tätigkeit. Die Angaben liegen im Mittelbereich, aber näher zum Pol Wertfreiheit. Zwischen den Bundesländern gibt es nur tendenzielle, aber keine statistisch gesicherten Unterschiede. Die Berater in Kärnten erleben sich am wertfreisten (2,0), gefolgt von Salzburg (2,5) und Niederösterreich/Burgenland (2,7). Am wertorientiertesten sehen sich die Tiroler/Vorarlberger (3,8) (siehe Tab. 138).

Tab. 138: Wertorientiertheit der Berater nach Bundesländern

Md (Skala 1 = völlig wertfrei bis 7 = völlig wertorientiert)

W	3.5
N, B	2.7
O	3.0
S	2.5
T, V	3.8
K	2.0
St	3.5

Betrachtet man die Wertorientiertheit nach den Arten der Trägerschaften, so zeigt sich auch hier **im Durchschnitt die Tendenz zur Wertfreiheit der Beratung**. Zwischen den Trägerschaften zeigen sich aber deutliche Unterschiede. **Berater in kirchlichen Institutionen sehen ihre Beratungstätigkeit weit wertfreier** (3,33 auf einer Skala von 1 = völlig wertfrei bis 7 = völlig wertorientiert) **als Berater in öffentlichen Einrichtungen (3,5). Signifikant wertorientierter (4,0), also genau im Mittelbereich zwischen Wertfreiheit und Wertorientiertheit, sehen sich Berater in Vereinen** (siehe Tab. 139).

Tab. 139: Wertorientiertheit der Berater nach Art der Trägerschaft

Träger	Md (Skala 1 = völlig wertfrei, bis 7 = völlig wertorientiert)
Land, Gemeinde	3.50
Kirchen	3.33
Vereine	4.00*
Gesamt	3.59

Bei den einzelnen Berufsgruppen tendiert das Selbstverständnis von Beratung zur Wertfreiheit, mit einer statistisch signifikanten Ausnahme: **Ärzte sehen ihre Beratungstätigkeit eher in Richtung Wertorientiertheit** (4,4 auf einer Skala von 1 = völlig wertfrei bis 7 = völlig wertorientiert). Mit Abstand am wertfreiesten erleben Juristen ihre Beratungen (1,8); sie verstehen sich von ihrem Berufsethos und ihrer beruflichen Sozialisation her als Informanten über bestehendes Recht, sind vollkommen abgehoben vom konkreten Ratsuchenden als Person und mehr interessiert am Fall und der Auslotung aller Eventualitäten. Psychologen (3,0) und Sozialarbeiter (3,1) erleben sich in gleich hohem Ausmaß als wertfrei bei der Beratung, ein Indiz für die klientenzentrierte Orientierung dieser beiden Sozialberufe.

3.10. Belastende Beratungen

Im Rahmen der Schwangerschaftskonfliktberatung treten für die Berater selbst viele als starke Belastungen empfundene Probleme auf (siehe Tab. 140).

Tab. 140: Belastende Beratungen (Mehrfachangaben)

— Schwangerschaftskonfliktberatung an sich	(57%)
— nicht lösbare äußere Probleme	(49%)
— sprachliche Probleme	(35%)
— nicht lösbare innere Konflikte	(23%)
— Abbruch als Symptom eines fundamentalen Konflikts	(14%)
— Mehrfacher Abbruch	(14%)
— Überschrittener Termin	(11%)
— Sozialfälle	(8%)

Die Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern sind zwar tendenziell manchmal groß, aber nur in drei Fällen statistisch gesichert: nicht lösbare äußere Probleme stellen v. a. für die Berater in der Steiermark (24%) ein sehr großes Problem dar, und **die Schwangerschaftskonfliktberatung an sich wird insbesondere in Tirol/Vorarlberg (20%) und wiederum in der Steiermark (18%) als sehr problematisch erlebt, drei Bundesländer, in denen praktisch keine öffentlichen Institutionen (Spitäler) bereit sind, den Schwangerschaftsabbruch im Rahmen der Fristenlösung durchzuführen.** Dieses Wissen um das Fehlen entsprechender Einrichtungen in unmittelbarer Nähe bzw. dem eigenen Bundesland wird von den Beratern als große Belastung bei den Gesprächen empfunden. Sie erleben sich als ohnmächtig, den Frauen keine – v. a. in Sozialfällen – adäquate Hilfe anbieten zu können. Oft bleibt den Frauen nur noch die Reise nach Wien oder gar ins Ausland, verbunden mit weiteren finanziellen Aufwendungen (siehe Tab. 141).

Tab. 141: Belastungen der Berater nach Bundesländern

	W %	N,B %	O %	S %	T,V %	K %	St %
nicht lösb. äußere Probleme	5	2	0	4	10	4	24*
nicht lösb. innere Konflikte	0	0	0	4	10	0	9
Abbruch Symptom fundam. Konflikt	5	2	2	0	5	0	0
Mehrfachabbruch	5	0	0	0	0	0	9
Termin überschritten	3	0	0	4	0	0	4
sprachliche Probleme	3	10	6	12	0	4	0
Sozialfälle	6	2	0	0	0	0	0
SSk-Beratung an sich	3	10	6	0	20*	0	18*

Betrachtet man diese Belastungen nach der Art der Trägerschaft, so zeigt sich, daß keine einzige einen höheren Prozentsatz als 9 erreicht.

Durch die häufigere Schwangerschaftskonfliktberatung in öffentlichen Beratungsstellen treten dort auch die damit in Zusammenhang stehenden Belastungen etwas häufiger auf. **Bei kirchlichen Beratungsstellen tritt, bedingt durch die Einstellung der katholischen Kirche zum Schwangerschaftsabbruch, der höchste Prozentsatz von Problemen bei der Schwangerschaftskonfliktberatung auf** (siehe Tab. 142).

Tab. 142: Belastungen der Berater nach Art der Trägerschaft

	Land, Gem. %	Kirchen %	Vereine %
nicht lösb. äußere Probleme	7	8	9
nicht lösb. innere Konflikte	1	1	2
Abbruch Symptom fundam. Konflikt	7	1	1
Mehrfachabbruch	6	1	0
Termin überschritten	1	0	1
sprachliche Probleme	7	0	9
Sozialfälle	2	2	1
SSk-Beratung an sich	7	8	0

Ebenso wie zwischen den Bundesländern gibt es hinsichtlich der Belastung zwischen den Berufsgruppen kaum Unterschiede. Die stärkste Belastung wird bei nicht lösbaren äußeren Problemen erlebt (Juristen 14%, Ärzte 11%, Sozialarbeiter 10%). Lediglich Psychologen erleben sich dadurch signifikant wenig (2%) belastet. **Die Schwangerschaftskonfliktberatung an sich wird signifikant häufig von Ärzten (16%) als Belastung erlebt, was z. T. damit erklärt werden kann, daß Ärzte kaum über Zusatzausbildung verfügen und auch wenig Möglichkeiten haben — aber auch aktiv nicht suchen — ihre Arbeit und die damit auftretenden Probleme supervidieren zu lassen** (siehe Tab. 143).

Tab. 143: Belastungen der Berater nach Berufsgruppen

	Psych. %	Arzt %	Jurist %	Soz.-Arb. %
nicht lösb. äußere Probleme	2*	11	14	10
nicht lösb. innere Konflikte	9	0	4	3
Abbruch Symptom fundam. Konflikt	2	2	0	5
Mehrfachabbruch	0	2	0	5
Termin überschritten	0	5	0	3
sprachliche Probleme	9	5	2	3
Sozialfälle	2	0	0	2
SSk-Beratung an sich	2	16*	6	7

3.11. Schwierige Klienten

Nicht nur das Problem der Klienten, auch Klienten selbst können den Beratern im Rahmen der Schwangerschaftskonfliktberatung Schwierigkeiten bereiten (siehe Tab. 144).

Tab. 144: Als schwierig erlebte Klienten (Mehrfachangaben)

– Klienten mit Widerstand	(46%)
– Klienten, die eine Patentlösung erwarten	(44%)
– junge Klienten	(40%)
– Paare im Streit	(40%)
– Ausländer	(21%)
– sozial und finanziell besser Gestellte (v. a. Oberschicht)	(20%)
– psychisch gestörte Klienten	(17%)
– Partner mit unterschiedlichen Einstellungen	(13%)

Signifikante Unterschiede zwischen den Bundesländern zeigen sich v. a. in Tirol/Vorarlberg, wo Klienten mit Widerstand (25%), Klienten, die eine Patentlösung erwarten (25%), Paare im Streit (20%) und besser Gestellte (10%), (ebenso in Wien mit 10%) als weit schwieriger erlebt werden als in den anderen Bundesländern; junge Klienten hingegen bereiten den Beratern in Tirol/Vorarlberg keine Probleme (0%), ebenso nicht in Salzburg (0%) (siehe Tab. 145).

Tab. 145: Als schwierig erlebte Klienten nach Bundesländern

	W %	N,B %	O %	S %	T,V %	K %	St %
junge Klienten	3	10	8	0*	0*	10	9
Ausländer	5	4	2	10	0	0	0
besser Gestellte	10*	0	0	0	10*	0	0
Paare im Streit	8	0	12	0	20*	0	0
untersch. Einstellung der Partner	5	2	0	2	0	4	0
Klienten d. Patentlösung erwarten	3	4	0	12	25*	0	0
Widerstand	8	4	6	0	25*	0	3
psychisch gestörte Klienten	3	0	6	0	0	2	6

Auf der Ebene der Trägerschaften zeigte sich hier nur ein statistisch gesicherter Unterschied: In kirchlichen Beratungsstellen werden Klientinnen aus „besseren Kreisen“, die einen Abbruch wünschen, relativ häufig als schwierig empfunden (siehe Tab. 146).

Tab. 146: Als schwierig erlebte Klienten nach Art der Trägerschaft

	Land, Gem. %	Kirchen %	Vereine %
junge Klienten	7	0	0
Ausländer	2	2	9
besser Gestellte	2	17*	5
Paare im Streit	7	8	5
untersch. Einstellung der Partner	2	8	5
Klienten d. Patentlösung erwarten	7	2	7
Widerstand	7	2	5
psychisch gestörte Klienten	2	2	7

Für Psychologen stellen die schwierigsten Klienten junge Frauen dar, Ausländerinnen und Klienten, die eine Patentlösung erwarten, die Psychologen aber nicht geben können und wollen. Ihre Beratungstätigkeit sehen sie in der „Hilfe zur Selbsthilfe“, im Geben von Anregungen und nicht im Erteilen von Ratschlägen. Klienten, die vom Berater eine für sie maßgeschneiderte Lösung präsentiert haben möchten, sind mit den Angeboten des Psychologen oft nicht zufrieden, und für den Psychologen selbst stellen sie schwierige Klienten dar (9%).

Ähnliches gilt für Sozialarbeiter. Auch sie verstehen ihre Beratungstätigkeit nicht als aktive Hilfe und Problemlösung und haben daher ebenfalls große Schwierigkeiten (8%) mit Klienten, die sich eine Patentlösung erwarten. Am schwierigsten erleben Sozialarbeiter Klienten mit Widerstand (16%), etwas, auf das sie in ihrer Aus- und Weiterbildung bisher anscheinend nicht genügend vorbereitet wurden. Auch „besser Gestellte“ bilden für Sozialarbeiter weit häufiger ein Problem (10%) als für die anderen Berufsgruppen. **Ärzte haben die größten Probleme mit streitenden Paaren (16%) und Klienten im Widerstand (11%), Umstände, mit denen sie im Rahmen ihres Studiums nicht konfrontiert wurden. Aufgrund der oft fehlenden zusätzlichen Qualifikation fühlen sie sich in Konfliktsituationen daher oft überfordert.**

Juristen geben kaum nennenswerte Probleme an (siehe Tab. 147).

Tab. 147: Als schwierig erlebte Klienten nach Berufsgruppen

	Psych. %	Arzt %	Jurist %	Soz.-Arb. %
junge Klienten	9	2	2	8
Ausländer	9	0	0	5
besser Gestellte	2	5	4	10
Paare im Streit	2	16	0	8
untersch. Einstellung der Partner	0	0	0	8
Klienten d. Patentlösung erwarten	9	0	2	8
Widerstand	7	11	0	16
psychisch gestörte Klienten	7	5	4	2

3.12. Einstellung zur Fristenlösung

Im Schnitt halten zwei Drittel der Berater die derzeit bestehende Form der Fristenlösung als für die unter den gegebenen Umständen beste Form, d. h. sie begrüßen, daß es diese legale Form eines Schwangerschaftsabbruches gibt, Frauen nicht in die Hände von Kurpfuschern geraten oder ins Ausland reisen müssen, denn die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche würde durch eine restriktivere Handhabung nicht gesenkt, sondern lediglich verlagert, z. T. in die Illegalität, ohne sachgemäße medizinische Betreuung, Durchführung und Nachsorge, und die betroffenen Frauen und Ärzte wieder kriminalisiert.

Auf der anderen Seite würde der Schwangerschaftsabbruch wieder zu einem Geschäft werden mit undurchsichtigen Praktiken und für sozial schwächere Schichten finanziell nicht erschwinglich. Dem Weg zum billigeren Kurpfuscher wären alle Türen geöffnet.

Die positive Einstellung zur derzeitigen Fristenlösung liegt mit 59% in Oberösterreich am niedrigsten und mit 80% in Niederösterreich/Burgenland am höchsten.

In Oberösterreich (24%) und in Niederösterreich/Burgenland (20%) ist ein hoher Prozentsatz der Berater der Ansicht, daß im Rahmen einer Abbruchberatung die Vermeidung des Abbruchs zwar im Vordergrund stehen sollte, helfen der Frau aber dennoch in deren Sinn weiter, wenn sie sich trotz Ausschöpfung aller finanziellen Ressourcen für einen Abbruch entscheidet.

Eine Indikationenlösung wünschen sich zwischen 4% (Niederösterreich/Burgenland) und 13% (Wien) der Berater.

Völlig negativ zur Fristenlösung eingestellt sind zwischen 0% der Berater in Salzburg und 20% in Niederösterreich/Burgenland (siehe Tab. 148).

Tab. 148: Einstellung zur Fristenlösung nach Bundesländern (Mehrfachangaben)

	W %	N,B %	O %	S %	T,V %	K %	St %
positiv	73	80	59	75	60	65	64
als Indikationenlösung ausgelegt	13	4	12	8	10	8	9
Vermeidung Abbr. im Vordergrund	0	20	24	0	10	8	9
negativ	13	20	6	0	10	8	9

Auch auf der Ebene der verschiedenen Trägerschaften zeigen sich keine signifikanten Unterschiede, aber sehr deutliche Trends. **Nur knapp die Hälfte (42%) der Berater in kirchlichen Beratungsstellen sieht die derzeitige Fristenlösung als positiv an, 68% der Berater in Vereinen**

und 87% der Berater in öffentlichen Beratungsstellen stehen ihr positiv gegenüber. Ein Viertel aller Berater in kirchlichen Institutionen wünscht sich eine Indikationenlösung gegenüber 18% in Vereinen und 7% in öffentlichen Beratungsstellen. Die Vermeidung des Abbruchs steht bei 17% aller kirchlichen Berater im Vordergrund der Schwangerschaftskonfliktberatung gegenüber bei 5% in Vereinen und 0% der Berater in öffentlichen Einrichtungen. Negativ gegenüber der derzeitigen Fristenlösung eingestellt ist ein Viertel der kirchlichen Berater, aber nur 3% der in Vereinen und 2% in öffentlichen Beratungsstellen (siehe Tab. 149).

Tab. 149: Einstellung zur Fristenlösung nach Art der Trägerschaft (Mehrfachangaben)

	Land, Gem. %	Kirchen %	Vereine %
positiv	87	42	68
als Indikationenlösung ausgelegt	7	25	18
Vermeidung Abbr. im Vordergrund	0	17	5
negativ	2	25	3

Auch die Berufsgruppen unterscheiden sich — bis auf eine Ausnahme — kaum in ihren Ansichten über die Fristenlösung. Am positivsten sehen Sozialarbeiter das Gesetz (74%), gegenüber Juristen, von denen nur 57% positiv zur Fristenlösung stehen.

Ärzte (5%) und Sozialarbeiter (8%) treten kaum für eine Indikationenlösung ein gegenüber 14% der Juristen und 18% der Psychologen. **Die Vermeidung des Abbruchs** steht nur bei 2% der Juristen im Vordergrund der Beratung, aber **signifikant häufiger (21%) bei Ärzten. Aufgrund ihrer beruflichen Sozialisation verstehen sie sich in erster Linie als Helfer und in diesem Fall als Geburtshelfer** (siehe Tab. 150).

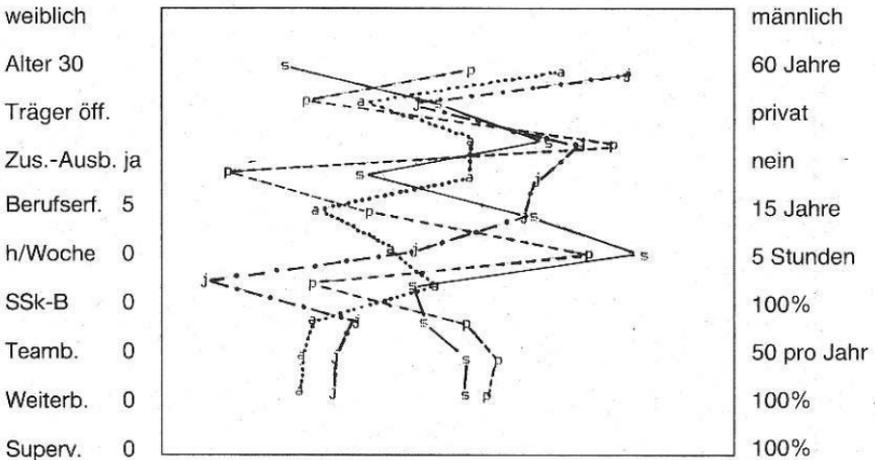
Tab. 150: Einstellung zur Fristenlösung nach Berufsgruppen (Mehrfachangaben)

	Psych. %	Arzt %	Jurist %	Soz.-Arb. %
positiv	64	63	57	74
als Indikationenlösung ausgelegt	18	5	14	8
Vermeidung Abbr. im Vordergrund	9	21*	2	3
negativ	9	11	11	8

3.13. Spezifika der einzelnen Berufsgruppen

Erstellt man die Profile der einzelnen Berufsgruppen, so zeigen sich einerseits Parallelen (z.B. teilweise bei Psychologen und Sozialarbeitern einerseits und Juristen und Ärzten andererseits) aber auch Entwicklungen in verschiedene Richtungen (siehe Abb. 4).

Abb. 4: Profile der Berufsgruppen



3.13.1. Psychologe

- Bei der Geschlechtsverteilung besteht ein Überhang hin zu den Männern
- im Durchschnitt sind sie 36 Jahre alt
- arbeiten eher in privaten Institutionen (Verein, Kirche)
- haben fast alle mindestens eine Zusatzausbildung
- verfügen über ca. 8 Jahre Berufserfahrung
- arbeiten etwa 4 Stunden pro Woche in der Beratungsstelle
- knapp ein Viertel von ihnen führt Schwangerschaftskonfliktberatungen durch
- im Schnitt nehmen sie an ca. 25 Teambesprechungen pro Jahr teil
- gut die Hälfte von ihnen besucht Fortbildungsveranstaltungen
- und 50% lassen ihre Arbeit supervidieren.

3.13.2. Sozialarbeiter

- Etwa 83% aller Sozialarbeiter in Familienberatungsstellen sind weiblich
- im Durchschnitt sind sie 43 Jahre alt
- zwei Drittel arbeiten bei privaten Trägerschaften (Verein, Kirche)
- ein Drittel verfügt über eine therapeutische Zusatzausbildung
- im Schnitt haben sie eine Berufserfahrung von 11 Jahren
- arbeiten 4 Stunden pro Woche in der Beratungsstelle
- Schwangerschaftskonfliktberatung führen 40% von ihnen durch
- sie nehmen an rund 20 Teambesprechungen pro Jahr teil
- die Hälfte besucht Fortbildungsveranstaltungen
- ebenfalls 50% lassen ihre Arbeit supervidieren.

3.13.3. Arzt

- Knapp 70% sind männlich
- im Schnitt sind sie 39 Jahre alt
- arbeiten je zur Hälfte in öffentlichen bzw. privaten Trägerschaften
- 50% weisen eine Zusatzausbildung auf, aber vor allem den Facharzt-titel für Geburtshilfe und Frauenheilkunde
- sie haben 7 Jahre Berufserfahrung
- arbeiten knapp 2 Stunden pro Woche in der Beratungsstelle
- knapp 50% von ihnen führen Schwangerschaftskonfliktberatung durch
- im Schnitt nehmen sie an 11 Teambesprechungen im Jahr teil
- an Weiterbildung sind 20% interessiert
- ebenfalls ein Fünftel geht in Supervision.

3.13.4. Jurist

- Etwa 80 % aller in Beratungsstellen tätigen Juristen sind Männer
- im Schnitt sind sie 42 Jahre alt
- arbeiten zu 70% in privaten Institutionen (Verein, Kirche)
- nur ein Drittel von ihnen hat irgendeine Zusatzausbildung, meist in Familienrecht
- sie weisen etwa 7 Jahre Berufserfahrung auf
- arbeiten 2 Stunden pro Woche in der Beratungsstelle
- führen praktisch **keine** Schwangerschaftskonfliktberatung durch
- nehmen an ca. 15 Teamsitzungen im Jahr teil
- etwa 20% von ihnen besuchen Fortbildungsveranstaltungen (vorwiegend zum Thema Familienrecht)
- und ebenfalls 20% lassen ihre Arbeit supervidieren (Teamsupervision).

3.14. Zusammenfassung

Die **278 befragten Berater** verteilen sich auf die Berufsgruppen **Psychologe, Arzt, Jurist, Sozialarbeiter und sonstige Berufe**. Die größte Gruppe stellen die Sozialarbeiter dar (36,5%), gefolgt von den Ärzten (26,3%) und Psychologen (15,5%).

Die überwiegende Mehrzahl der Berater sind Frauen, bei Juristen und Ärzten dominieren allerdings die Männer.

Das Durchschnittsalter der Berater liegt bei 38,8 Jahren. **Meist wird bei der Einstellung ein Mindestalter von 28–30 Jahren vorausgesetzt. Man geht davon aus, daß ältere Berater schon über Berufserfahrung verfügen und aufgrund ihres Alters eine gefestigte Persönlichkeit darstellen und mit den an sie herangetragenen Problemen besser umgehen können.**

In der Zusammensetzung der Teams besteht wenig Kongruenz. Die meisten Psychologen findet man in Salzburg (62%) und Kärnten (22%). In der Steiermark (37%) und Oberösterreich (30%) dominieren die Ärzte, in Kärnten die Juristen (26%) und in Wien, Niederösterreich/Burgenland (42%) und Tirol/Vorarlberg (50%) die Sozialarbeiter.

Am besten ausgebildet sind die Psychologen (96% Zusatzausbildung), gefolgt von den Sozialarbeitern (66% Zusatzausbildung). Für die Gruppe der Ärzte besteht ein gewisses Ausbildungsdefizit – siehe auch JANDL-JAGER, 1987 –, das auch durch die enge Kooperation und Teamarbeit mit Psychologen und Sozialarbeitern nicht kompensiert werden kann.

Überwiegend erleben sich die Berater ihrem Träger gegenüber als autonom und nicht weisungsgebunden, allerdings zeigen sich hier starke regionale Unterschiede sowohl in Richtung Autonomie als auch implizit bestehender Beratungsrichtlinien.

Am besten informiert über die eigene Trägerschaft und deren Struktur sind Berater in Vereinen und kirchlichen Institutionen, also dort, wo regelmäßige Kontakte zwischen Träger und Beratungsteam bestehen. **Der vermeintliche Freiraum in öffentlichen Beratungsstellen gegenüber der Trägerschaft behindert oft die Identifikation mit der Beratungsstelle und die Integration der einzelnen Berater.** Oft bestehen keine bzw. nur flüchtige (man kennt sich vom Sehen her) Beziehungen untereinander und das Aufkommen eines schlagkräftigen Teams mit starkem Teamgeist ist dadurch erschwert.

Über die größte Berufserfahrung verfügen Sozialarbeiter und Juristen, über die geringste Ärzte, die auch am stärksten fluktuieren.

Die meisten Berater arbeiten stundenweise auf Werkvertragsbasis, bei den Psychologen (8%) und Sozialarbeitern (10%) findet man schon viele Angestellte.

Im Schnitt arbeiten die Berater 3,4 Stunden pro Woche innerhalb und darüber hinaus noch 2,9 Stunden außerhalb der Beratungsstelle, z. B. durch Vorträge. **Auffallend ist hier, daß Ärzte und Juristen meist nur die bezahlten Beratungsstunden durchführen, darüber hinaus, v. a. wenn es nicht extra honoriert wird, kaum noch etwas für die Beratungsstelle leisten, Sozialarbeiter und Psychologen hingegen sehr viel ihrer Freizeit unentgeltlich in den Dienst der Beratungsinstitution stellen.**

Damit fördern sie zwar das positive Image der Beratungsstelle, beuten sich aber in ihrer klassischen Helferrolle auch aus.

Etabliert wurden die Familienberatungsstellen als flankierende Maßnahmen zur Fristenlösung. Inzwischen ist die **Palette** ihrer Angebote aber so breit geworden, **daß ihnen im Rahmen der psychohygienischen Versorgung und im Sinne der Volksgesundheit eine entscheidende Funktion zukommt. Oft sind gerade die Familienberatungsstellen die einzig möglichen Anlaufstellen für Partner-, Ehe- und Familienprobleme, aber auch bei Alkohol- und Drogenmißbrauch.**

Die Hälfte der Berater verfügt bei Eintritt in die Beratungsstelle über einschlägige Berufserfahrungen, v. a. Sozialarbeiter, Psychologen und Juristen.

Bei den **Einstellungskriterien** waren neben den rein formalen Berufsqualifikationen v. a. das Geschlecht (bei Sozialarbeitern und Psychologen wurden Frauen bevorzugt), das Alter (Mindestalter von ca. 28–30 Jahren) und vorhandene Zusatzausbildung(en) von Bedeutung, **außer bei Ärzten. Bei keinem der Befragten war irgendeine Zusatzqualifikation (auch nicht in Familienplanung) Voraussetzung für die Aufnahme ins Team.**

Das **religiöse Bekenntnis** spielte bei der Einstellung nur eine untergeordnete Rolle.

Im Schnitt verfügen nur zwei Drittel aller Beratungsstellen über Anschauungsmaterial zur Kontrazeptionsverhütung, eine ausreichende und v. a. anschauliche Beratung ist dadurch oft nicht gewährleistet.

Wichtig ist, daß die Ratsuchenden die in Frage kommenden Verhütungsmittel in der Beratungsstelle sowohl anschauen als auch damit üben können (z. B. Kondome, Diaphragma). Aber auch Prospekte, die man mit nach Hause nehmen kann und dort noch einmal in Ruhe die wichtigsten Informationen nachlesen kann, sind für die richtige Anwendung der Kontrazeptiva von großer Bedeutung.

Teamsitzungen finden im Schnitt nur 11 pro Beratungsstelle statt, in öffentlichen sogar nur 2 im Jahr. Von echten Teams kann man oft nicht mehr sprechen. **V. a. in öffentlichen Beratungsstellen arbeiten die Berater nebeneinander her und Informationsaustausch findet entweder gar nicht statt oder nur aus Eigeninitiative.**

Fortbildung wird zwar von allen Trägerschaften gerne gesehen, aber **v.a. kirchliche Institutionen gewähren hier auch finanzielle Unterstützung.**

Auch in bezug auf **Supervision** haben Berater in **Vereinen (40%)** und **kirchlichen Institutionen (35%)** weitaus bessere Bedingungen als in **öffentlichen Beratungsstellen (12%)**. **Supervision sollte aber einen wesentlichen Bestandteil der gesamten Arbeit in der Beratungsstelle darstellen, auch im Sinne der Psychohygiene der Berater, und daher auch vom Träger bezahlt werden.**

Die Klientel der Berater besteht überwiegend aus Frauen zwischen 20 und 45 Jahren. **Bei der Schwangerschaftskonfliktberatung wenden sich v.a. jüngere Frauen an die Sozialarbeiter. Daraus läßt sich erkennen, daß für viele junge Frauen ein Gespräch über die momentane Gesamtsituation sehr wichtig ist und nicht die medizinische Information über einen eventuellen Abbruch im Vordergrund steht.**

Diese fokussierenden Gespräche sind aber – beim derzeitigen mangelnden Ausbildungsstand der meisten Ärzte – in den Beratungsstellen nur bei Sozialarbeitern und Psychologen möglich.

In erster Linie erwarten die Klienten von einem Beratungsgespräch Hilfe und Anregungen (34%), ferner Anregungen (27%), aktive Hilfe (16%) und die Abnahme von Entscheidungen (11%).

Bei Schwangerschaftskonfliktberatungen werden öffentliche Stellen präferiert. Das zeigt sehr deutlich, daß die Frauen bei diesem Problem einer neutralen Institution mehr Vertrauen schenken, aber auch, daß ihnen bei der Entscheidung für das Kind nicht mit einer einmaligen Finanzhilfe gedient ist, sondern daß ihre gesamte Lebenssituation neu überdacht werden muß und sie v. a. nach der Geburt, während des Karenzjahres und für die gesamte Zeit der Sorgepflicht für das Kind Hilfe benötigen. Und gerade in diesem Bereich kommt den öffentlichen Beratungsstellen mit ihrem Netzwerk innerhalb der sozialen Versorgung eine bedeutende Rolle zu.

Die Motivation der Klienten bei einer Schwangerschaftskonfliktberatung liegt deutlich unter der bei anderen Problemen. Ein wesentlicher Grund dafür ist sicher auch, **daß das Wissen über die Rechtslage und das Gesetz zur Fristenlösung bei den meisten Frauen fehlt bzw. sie von falschen Voraussetzungen ausgehen. Die überwiegende Mehrzahl der Frauen glaubt, in Österreich bestehe eine Indikationenlösung und man müsse in der Beratung seine Entscheidung verteidigen. Auf der Basis solch falscher Informationen fällt der Weg in die Beratungsstelle sehr schwer bzw. viele Frauen suchen sie erst gar nicht auf, sondern gehen gleich zum Arzt in die Ordination und lassen dort den Abbruch durchführen.**

Auf diese Weise kommt es auch zu Schwangerschaftsabbrüchen, die durch eine Beratung hätten abgefangen werden können. Die Angst, in der Beratung manipuliert und vom Abbruch abgehalten zu werden, treibt viele Frauen gerade in die entgegengesetzte Richtung und direkt – ohne Reflexion der Situation – in die Abbruchpraxen.

Der Leidensdruck beim Schwangerschaftskonflikt ist bedeutend höher als bei anderen Problemen, mit denen sich die Klienten an die Beratungsstelle wenden. Hilfe suchen die Klienten überwiegend bei Sozialarbeitern und Psychologen, an die sie auch von den Ärzten aufgrund mangelnder eigener Kompetenz weiterverwiesen werden.

Im Schnitt sehen die Berater ihre Tätigkeit als wertfrei und klientenzentriert an. Signifikant wertorientierter handeln Berater in Vereinen und v. a. Ärzte.

Schwangerschaftskonfliktberatung wird von allen Berufsgruppen als große Belastung erlebt. Die Intensität der Belastung ist aber abhängig vom Hintergrund der Berater. In Bundesländern, in denen praktisch keine öffentlichen Institutionen bereit sind, den Schwangerschaftsabbruch im Rahmen der Fristenlösung durchzuführen, wird die Belastung der Berater als weit größer empfunden als in Bundesländern mit Abbruchmöglichkeiten. Entscheidend für die Belastung ist auch, über welche Zusatzausbildung der Berater verfügt. Für Ärzte (ohne Zusatzausbildung) stellt die Schwangerschaftskonfliktberatung eine wesentlich höhere Belastung dar als für Psychologen und Sozialarbeiter. Ein weiteres Kriterium für die Größe der Belastung ist, ob die Berater ihre Arbeit supervidieren lassen (können) oder nicht.

Ohne Supervision (Ärzte) kann die Belastung nur schwerer abgebaut werden.

Die vorhandene oder fehlende Zusatzausbildung zeigt sich auch in der Bewertung dessen, wer als schwieriger Klient erlebt wird. **Hat man gelernt (Psychologen und Sozialarbeiter), mit Widerständen und falschen Erwartungen der Klienten umzugehen, so erlebt man diese Ratsuchenden auch nicht so problematisch wie Berater ohne Zusatzausbildung (Ärzte).**

Im Schnitt sehen zwei Drittel der Berater die derzeit bestehende Form der Fristenlösung als die unter den gegebenen Umständen beste Form an, d. h. sie begrüßen, daß es diese legale Form eines Schwangerschaftsabbruches gibt, Frauen nicht in die Hände von Kur-

pfuschern geraten oder ins Ausland reisen müssen, denn die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche würde durch eine restriktivere Handhabung nicht gesenkt, sondern lediglich verlagert, z. T. in die Illegalität, ohne sachgemäße medizinische Betreuung, Durchführung und Nachsorge, und die betroffenen Frauen und Ärzte wieder kriminalisiert (vgl. WIMMER-PUCHINGER et al., 1982).

Eine Indikationenlösung wünschen sich vor allem kirchliche Berater (25%). Die Vermeidung des Abbruches als Ziel des Beratungsgesprächs steht ebenfalls bei kirchlichen Beratern (17%) im Vordergrund, und innerhalb der Berufsgruppen signifikant häufiger bei Ärzten (21%).

4. Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse der Studie

Ausgehend von einer internationalen Vergleichsstudie zur Schwangerschaftskonfliktberatung sollen hier die wichtigsten Ergebnisse der vorliegenden empirischen Studie noch einmal hervorgehoben und die daraus resultierenden Empfehlungen zusammengefaßt werden.

4.1. Ausgangsüberlegungen und Fragestellungen

In einer Studie über „die Situation des Schwangerschaftsabbruchs in der Gesetzgebung und der Praxis im internationalen Vergleich“ (KETTING; PRAAG, 1985) wurde zur Problemlage für Österreich festgestellt, daß die im europäischen Vergleich eher liberale gesetzliche Regelung Österreichs keine entsprechende Enttabuisierung dieser Thematik in der Öffentlichkeit und somit auch nur eine weiterhin begrenzte Transparenz dieser Problematik bewirkt hat. Vielmehr wird von den Autoren angemerkt, daß die Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs in Österreich durch den Arzt „sich noch immer in einer Sphäre der Illegalität bewegt“ (KETTING, PRAAG, 1985, S. 35).

In einem Forschungsprojekt des Max-Planck-Instituts für ausländisches und internationales Strafrecht in Freiburg (BRD) (ESER, KOCH, 1986) wird ebenfalls festgehalten, daß in Österreich eine starke Diskrepanz zwischen der legislativen Regelung einerseits und der praktischen Durchführung andererseits im Vergleich zu anderen europäischen Ländern besteht. Will man diesen Aussagen konkrete empirische Fakten zu den tatsächlichen Rahmenbedingungen, vor allem im Hinblick auf regionale Unterschiede, gegenüberstellen, so zeigt sich ein prekärer Mangel an wissenschaftlich exakten und somit verwertbaren Informationen.

Es wurde daher erstmalig in Österreich eine quantitative und qualitative Analyse der Beratungssituation aus der Sicht der Berater sowie der Klientel durchgeführt.

Gegenstand der Untersuchung war eine Analyse der Beratungssituation in geförderten Familienberatungsstellen.

Ziel der Erhebung stellte ein Aufzeigen von strukturellen Schwachstellen dieser wichtigen präventiven Einrichtungen dar.

4.2. Aufbau der Studie

Von den insgesamt 74 Trägerschaften wurden 55 (= 73%), von den 202 Beratungsstellen 84 (=42%) in die Stichprobe aufgenommen, verteilt auf alle Bundesländer und gestreut über alle Arten von Trägerschaften.

Innerhalb der Trägerschaften wurden 278 Personen (43 Psychologen, 74 Ärzte, 26 Juristen, 101 Sozialarbeiter und 34 Berater mit anderen Berufsausbildungen befragt).

Die Interviews wurden in zwei Phasen von **speziell geschulten graduierten Psychologinnen mündlich und einzeln** durchgeführt anhand eines standardisierten Fragebogens und eines zusätzlichen Interviewleitfadens. In der ersten Phase wurden die Träger befragt, in der zweiten die Beratungsteams.

4.3. Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Träger wurden zu den objektiven strukturellen und organisatorischen Gegebenheiten befragt. Diesen Daten konnten dann in der zweiten Phase die **persönlichen Erfahrungen** der Beraterteams (Leiter, Berater) gegenübergestellt werden.

4.3.1. Zur Situation der Trägerschaften und Beratungsstellenleiter

Nach detaillierter Studie zur Situation Österreichs zeigt sich, daß dort, wo Trägerorganisation und Beratungsstelle **nicht ident** sind, die Bedeutung des Trägers für das Funktionieren und die Erreichbarkeit der Zielgruppen unterschätzt wird.

Dies ist unter folgenden Gesichtspunkten zu betrachten:

- Der Träger entscheidet über die Zusammensetzung des Teams und über Kompetenz und Ausbildung der einzelnen Berater.
- Inhaltliche Richtlinien für die Beratung (wenn auch indirekt) werden ebenfalls zum Teil vom Träger vorgegeben.
- Der Modus für die finanzielle Abwicklung mit den Beratern wird ebenfalls vom Träger bestimmt.

Aus diesen Gründen erscheint eine Aufwertung der Trägerschaften in ihrer weitreichenden Wirkung notwendig. Zusammenfassend stellt sich, entsprechend den Ergebnissen, die Situation der Trägerschaft folgendermaßen dar:

- **Die häufigste Teamzusammensetzung** besteht aus **Psychologe, Arzt, Jurist und Sozialarbeiter**. Ein Drittel aller befragten Träger arbeitet **in dieser Teamstruktur**. In diesem Fall kann man von einer ausgewogenen Teamzusammensetzung sprechen, die ein breites Problemspektrum betreuen kann.
- **Als unverzichtbar wurde die Teamzusammenarbeit mit einem Arzt und einem Sozialarbeiter bezeichnet**.
- Die Fluktuation ist bei den Ärzten am größten, wurde jedoch auch bei Psychologen häufig festgestellt (Psychologen werden oft nur als Konsultanten eingesetzt oder im Rahmen des Akademikertrainings kurzfristig in das Team eingebunden).
- Supervision und Weiterbildungsveranstaltungen werden von öffentlichen Trägerschaften (Land und Gemeinde) in geringerem Umfang gefördert als etwa in kirchlichen. Hier gelten sie als verpflichtende Auflage der Beratung.

Im selben Sinn zeigte sich, daß Zusatzausbildungen bei kirchlichen

Trägern häufiger anzutreffen sind als bei öffentlichen.

- Insgesamt weisen die Beratungsstellen der öffentlichen Träger weniger Öffnungszeiten auf; dies ist auch im Zusammenhang mit geringeren finanziellen Mitteln bzw. Mangel an Zusatzsubventionen im Vergleich zu kirchlichen Trägerschaften zu sehen.
- Infolge der von den kirchlichen Trägerschaften erwarteten Aus- und Fortbildung in psychologischer Beratung und Gesprächsführung schätzen diese Träger auch die Problemlage von Frauen mit ungewollten und ungewünschten Schwangerschaften sehr differenziert ein. Viele der kirchlichen Träger bedauern, daß infolge der **Filterwirkung** (Image kirchlicher Beratungsstellen, Frauen mit Schwangerschaftsabbruchwunsch davon dezidiert abzubringen, auszureden, abzuraten etc.) Frauen in dieser Krisensituation sehr selten ihre Beratungsstellen aufsuchen.
- Beratungsstellen öffentlicher Träger hingegen sind mit dieser Problemlage deutlich stärker konfrontiert. Durch diesen spezifischen Klientenzugang (**geringere Barriere bei einer neutralen Institution**) ergibt sich eine aus der Warte dieser Trägerschaften ungewollte Spezialisierung. Dies begünstigt einerseits eine Ausprägung von Beratungstereotypen, ist aber andererseits mit starken psychischen Belastungen der Berater verbunden (viele Problemlösungen in kurzer Zeitspanne, fehlende Supervision als Entlastung und Konfliktbearbeitung).
Diesen Belastungen steht zudem keine entsprechende Teamstruktur zur gemeinsamen Bearbeitung und Gestaltung der Beratung gegenüber.
- Etwa die Hälfte aller Trägerschaften plant eine Ausweitung der Schwangerschaftskonfliktberatung durch gezieltere Ausbildung der Berater, andererseits durch mehr Öffentlichkeitsarbeit sowie Erweiterung des Beratungsangebotes (weitere Beratungsstellen).

4.3.2. Zur Situation der Berater

In Ergänzung der Ergebnisse aus der Analyse zur Situation der Trägerschaften und Beratungsstellenleiter sind noch folgende Aspekte von großer Relevanz:

- Die überwiegende Mehrzahl der Berater sind Frauen; lediglich bei Juristen und Ärzten dominieren die Männer.
- Bei der Einstellung wird sehr oft ein Mindestalter von 28 bis 30 Jahren vorausgesetzt; man geht dabei davon aus, daß ältere Berater schon über Berufserfahrung verfügen und aufgrund ihres Alters eine gefestigte Persönlichkeit darstellen, die mit den an sie herangetragenen Problemen besser umgehen kann.
- **Die beste Ausbildung und Zusatzausbildung weisen die Psycho-**

- logen auf (95%), gefolgt von den Sozialarbeitern (66%). Bei Ärzten besteht ein großes Ausbildungsdefizit.
- Über die größte Berufserfahrung verfügen Sozialarbeiter, über die geringste Ärzte, die auch am stärksten fluktuieren. **Die größten Vorerfahrungen bringen die Berater in Wien mit.**
 - Ärzte und Juristen leisten meist nur die honorierte Beratungstätigkeit, darüber hinaus, also in ihrer Freizeit und unentgeltlich, stellen sich Sozialarbeiter und Psychologen noch für die Beratungsstelle zur Verfügung. Das positive Image der Beratungsstelle wird dadurch zwar gefördert, die Berater selbst beuten sich aber in ihrer klassischen Helferrolle selbst aus.
 - **Die Palette der Angebote hat sich seit der Installierung der Familienberatungsstellen als flankierende Maßnahme zur Fristenlösung erheblich ausgeweitet. Heute kommt ihnen im Rahmen der psychohygienischen Versorgung und im Sinne der Volksgesundheit eine entscheidende Funktion zu.** Diesem breiten Spektrum stehen – v.a. in Wien und Salzburg – **viele Berater mit psychotherapeutischer Zusatzausbildung zur Verfügung**, denn oft stellen gerade die Familienberatungsstellen die einzig mögliche Anlaufstelle für Partner-, Ehe- und Familienprobleme, aber auch bei Alkohol- und Drogenmißbrauch dar.
 - Generell wurde deutlich, daß sich der Zugang zum Schwangerschaftsabbruch aus den Beratungsstellen – und somit die Chance einer Konfliktlösung und Prävention – direkt in Kliniken und Arztpraxen verlagert hat.
 - Eine ausreichende und v.a. anschauliche Kontrazeptionsberatung ist oft nicht gewährleistet, da im Schnitt nur ca. zwei Drittel aller Beratungsstellen über Anschauungsmaterial verfügen. Hier ist ein dringender Nachschub von Broschüren und anderen Beratungsunterlagen für die Beratungsstellen indiziert, so daß auch gewährleistet ist, daß die Ratsuchenden zu Hause noch einmal alle jene Informationen, die sie während des Beratungsgesprächs erhielten, nachlesen können. Andererseits sollte jeder Berater über die ganze Palette der Verhütungsmittel – zwecks Anschauung – verfügen und den Ratsuchenden auch deren Handhabung anschaulich verdeutlichen können (z.B. Kondome, Diaphragma).
 - Bei der Schwangerschaftskonfliktberatung wenden sich v.a. die jüngeren Frauen an die Sozialarbeiter, d.h. daß für sie in erster Linie ein Gespräch über die momentane Gesamtsituation von Bedeutung ist und nicht die medizinische Information über einen eventuellen Abbruch im Vordergrund steht. Bei dem derzeitigen mangelnden Ausbildungsstand der meisten Ärzte sind klärende Gespräche allerdings nur mit Sozialarbeitern und Psychologen möglich.

- Von allen Beratergruppen wird Schwangerschaftskonfliktberatung als sehr große Belastung empfunden. Die Intensität der Belastung ist abhängig von der Ausbildung der Berater (**für Ärzte ohne Zusatzausbildung stellt die Schwangerschaftskonfliktberatung eine wesentlich höhere Belastung dar als für ausgebildete Psychologen und Sozialarbeiter, die darüber hinaus ihre Arbeit auch supervidieren lassen**), aber auch von ihrem Hintergrund (**in Bundesländern ohne öffentliche Institutionen, in denen ein Schwangerschaftsabbruch im Rahmen der Fristenlösung durchführbar ist, wird die Belastung von den Beratern als weit größer erlebt als in Bundesländern mit Abbruchmöglichkeiten**).
- Die vorhandene oder fehlende Zusatzausbildung zeigt sich auch in der Bewertung dessen, wer als schwieriger Klient erlebt wird. **Hat man gelernt (Psychologen und Sozialarbeiter), mit Widerständen und falschen Erwartungen der Klienten umzugehen, so erlebt man diese Ratsuchenden auch nicht als so problematisch im Vergleich zu Beratern ohne Zusatzausbildung (Ärzte)**.
- Im Schnitt sehen zwei Drittel der Berater die derzeit bestehende Form der Fristenlösung als die unter den gegebenen Umständen beste Form an, d.h. sie begrüßen, daß es prinzipiell diese legale Form eines Schwangerschaftsabbruches gibt, Frauen nicht in die Hände von Kurpfuschern geraten oder ins Ausland reisen müssen, denn die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche würde durch eine restriktivere Handhabung nicht gesenkt, sondern lediglich verlagert, z.T. in die Illegalität, ohne sachgemäße medizinische Betreuung, Durchführung und Nachsorge, und die Frauen und die Ärzte wieder kriminalisiert.
Eine Indikationenlösung wünschen sich v.a. kirchliche Berater (25%). Die Vermeidung des Abbruches als Ziel des Beratungsgespräches steht ebenfalls bei kirchlichen Beratern (17%) im Vordergrund, und innerhalb der Berufsgruppen signifikant häufig bei Ärzten (21%).

4.4. Resümee – Empfehlungen

Die empirische Datenanalyse hat eindeutig gezeigt, daß

- sich die Funktion der Beratungsstellen geändert hat. Sie haben sich von der engen Indikation der Familienberatung zu einer psychohygienischen Versorgungseinrichtung für die Gesamtbevölkerung entwickelt. Der Vorteil dieser Entwicklung besteht darin, daß sich ein weiteres, breiteres Spektrum an Themeninhalten – orientiert an den Klientenbedürfnissen – entwickelt hat. Von Nachteil ist, daß das ursprüngliche Konzept nicht entsprechend weiterverfolgt wurde: diese nachteilige Entwicklung zeigt sich in der Teamzusammensetzung (am Beispiel

der zu geringen Ausbildung der Ärzte), in den professionellen Netzwerken (wenig Kontakt mit einschlägigen Kliniken und anderen Institutionen), und in einer fehlenden Basisausbildung und Fortbildung in Familienplanung und den Anforderungen an die psychohygienische Beratung zu diesem Themengebiet.

- Daraus läßt sich ein Strukturwandel der Beratungsstellen im Rahmen eines familien- und gesundheitspolitischen Gesamtkonzeptes fordern, das auch private Vereine, Selbsthilfegruppen – v. a. im Bereich von Frauen- und Familienselbsthilfegruppen – und eine Anbindung an Kindergärten, Schulen und Frauenkliniken einschließt.
- Der Zugang zu den Beratungsstellen weist noch eine Fülle von Barrieren auf. Zu empfehlen sind daher: mehr Öffentlichkeitsarbeit, breit gestreutere Öffnungszeiten (Vormittag und Abend) und ein Überdenken der Beratungsstandorte.
- Sowohl aus der Sicht der Berater, als auch in bezug auf die Zielproblematik kommt den Ärzten eine multiplikatorische Bedeutung zu. Es ist daher zu empfehlen, sie für den Beratungssektor spezifisch auszubilden bzw. eine Ausbildung in diesem Bereich als Bedingung für eine Anstellung zu fordern. Im Prinzip gilt dies jedoch auch für alle anderen Beratergruppen. Unter Einbeziehung aller beratenden Berufsgruppen sollten von einer Arbeitskommission – bezogen auf die Beratungsschwerpunkte – Beraterprofile hinsichtlich Aus- und Fortbildung erarbeitet werden. Darüber hinaus ist Supervision **als Bedingung für Beratungseinrichtungen** zu fordern.
- Schließlich ist aus der vorliegenden empirischen Studie dringend abzuleiten, daß eine **Einbindung** in andere Beratungsstellen und andere Institutionen im Sinne eines Versorgungsnetzwerkes erforderlich ist. Derzeit stellt sich die Situation dar, daß sowohl Trägerschaften als auch Beratungsstellen relativ isoliert voneinander arbeiten. Mit Hilfe einer kommunikativen Struktur sollte der Austausch von Erfahrungen und gemeinsamen Zielsetzungen als psychohygienische Versorgungseinrichtung ermöglicht werden. Das breite gesundheitspolitische Spektrum der Familienberatungsstellen – ursprünglich geplant als flankierende Maßnahme zur Fristenlösung – sollte mehr Beachtung finden. Dazu ist eine theoretische Neukonzeption, was Beratung leisten und wie die Umsetzung für den präventiven Bereich auch im Hinblick auf Gesundheitsförderung erfolgen kann, die Grundvoraussetzung. Somit sollen folgende Fragen aufgeworfen werden:
 - 1) Wie soll sich eine Beratungsstelle präsentieren?
 - 2) Wie soll das Team zusammengesetzt sein?
 - 3) Welche Eigenschaften sollen Berater, getrennt nach Gruppen, aufweisen?

- 4) Wie sollen die organisatorischen Rahmenbedingungen beschaffen sein?
- 5) Wie kann die Zusammenarbeit zwischen den Beratern, den Beratungsstellen bzw. den Beratungsstellen und anderen Institutionen gestaltet werden?
- 6) Welches Konzept von Beratung und Hilfestellung soll zugrunde gelegt werden?

Auf diese Fragen sind neue richtungweisende Antworten zu suchen.

IV. Literaturverzeichnis und weiterführende Literatur

- Adams, U. et al., Beratungsdienste bei Schwangerschaft. Univ. Manuskript, Münster 1974.
- Amendt, G., Schafft die Zwangsberatung ab! Psychologie heute, Heft 6, 1979, 36-39.
- Argumente gegen die Bundesstiftung, In: Zeitschrift Pro Familia, 1984, Heft 3, 17-19.
- Arndt, J., Grundzüge einer Schwangerschaftskonfliktberatung. Unveröff. Manuskript 1981,
- Ders., Schwangerschaftskonfliktberatung und Beraterpersönlichkeit, Dissertation, Bonn, 1983.
- Augstein, R., Zehn Jahre Streit um die Krankenkassenfinanzierung, In: Zeitschrift Pro Familia, 1986, Heft 1, 13-15
- Barnett, W., Freudenberg, N. & Wille, R., Psychische Verarbeitung der Abtuptio, In: Zeitschrift für Sexualmedizin, 1986, Heft 5, 124-128 (Teil 1).
- Baross, J.v., Schwangerschaftsabbrüche an Frauen aus der Bundesrepublik, In: Zeitschrift Pro Familia, 1986, Heft 1, 27-30.
- Barries, C., Guter Rat ist Vorschrift, In: Zeitschrift für Sexualmedizin, 1980, Heft 3, 102-103.
- Beckmann, D., Übertragungsforschung. In L.J. Pongratz, Klinische Psychologie (1242-1256). Göttingen, 1978.
- Brügger D. und Grob, A., Hintergründe für späte Abtuptio – Indikation, In: Zeitschrift für Sexualmedizin, 1984, Heft 12, 392-395.
- Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit: Materialien zum Bericht der Kommission zur Auswertung der Erfahrungen mit dem reformierten § 218 StGB, II (Schriftenreihe, 92/2). Stuttgart: Kohlhammer, 1981.
- Ders., Materialien zum Bericht der Kommission zur Auswertung der Erfahrungen mit dem reformierten § 218 StGB. III (Schriftenreihe, 92/3). Stuttgart: Kohlhammer.
- Ders., Modellprogramm „Beratungsstellen“ – § 218, Schlußbericht. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Schwangerschaftskonfliktberatung. Köln, 1977.
- Derzis, D., Gewalt gegen Abtreibung, In: Zeitschrift Pro Familia, 1985, Heft 4, 29-30.
- Durner, A., Unterschichtsangehörige als Beratungspartner des Sozialarbeiters. Wege zum Menschen, 1975, 8/9, 332-336.
- Egan, G., Der fähige Helfer, Gelnhausen Berlin: Christopherus, 1979.

- Einsele, H., Brauchen wir ein Abtreibungs-Gesetz?, In: Zeitschrift Pro Familia, 1986, Heft 1, 4-5.
- Eser, A., Schwangerschaftsabbruch im Ausland, In: Zeitschrift Pro Familia, 1981, Heft 3, 18-21.
- Freudenberg, N., Barnett, W. & Wille, R., Psychische Verarbeitung der Abortio, In: Zeitschrift für Sexualmedizin, 1986, Heft 6, 149-151 (Teil 2).
- Frick-Bruder, V., Psychologische Konfliktberatung. In A: Eser & H.A.Hirsch (Hrsg.), Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (pp.144-150). Stuttgart: Enke, 1980.
- Gallenmüller, W., Schwangerschaftskonflikt – Ausdruck eines Lebenskonfliktes?, In: Zeitschrift Pro Familia, 1977, Heft 3, 1-11.
- Giese, D. & Melzer, G., Die Beratung in der sozialen Arbeit (2. Aufl.). Berlin: Grote, 1978.
- Goebel, P., Abbruch der ungewollten Schwangerschaft. Eine Konfliktlösung? Berlin, 1984.
- Gropp, W., Die Aufhebung des Abtreibungsverbots, In: Zeitschrift Pro Familia, 1982, Heft 6, 20-21.
- Hackney, H. & Nye, Sch., Beratungsstrategien – Beratungsziele. München, Basel: E. Reinhardt, 1979.
- Harmsen, H., Kein Verstoß gegen die Menschenrechte: Abbruch gegen den Willen des Mannes, In: Zeitschrift Pro Familia, 1981, Heft 4, 13.
- Häußler, M. u. Holzhauser, B., Die Implementation der reformierten §§ 218 StGB: Empirische Untersuchungen zu Einstellung und Verhalten von Ärzten und schwangeren Frauen. Vortrag beim wiss. Kolloquium anl. d. Kuratoriums- u. Fachbeiratssitzung am Max-Planck-Inst. f. ausländisches und internationales Strafrecht, Freiburg, 12.2.1988, BRD.
- Heinrichs, J., Schwangerschaftskonfliktberatung: statt einer Zwischenbilanz, In: Zeitschrift Pro Familia, 1977, Heft 3, 1.
- Heinrichs, J., „Wenn eine Schwangerschaft abbricht . . .“, 1981, Heft 1, 1-3.
- Ders., Schwangerschaftsabbruch – kein Thema mehr?, 1986, Heft 3, 25-26.
- Ders., Wozu weg mit dem § 218 StGB ?, 1986, Heft 5, 26.
- Herbeck, W., Probleme der Identifikation – Berater und Kirche. Kath. Bundesarbeitsgemeinschaft f. Beratung (Hrsg.), Beratung als Dienst der Kirche (pp. 231-234). Freiburg: Lambertus, 1981.
- Husslein, H., Abtreibung, einmal anders, In: Zeitschrift für Sexualmedizin, 1981, Heft 3, 94.
- Jungermann, H., Schneider, B. & Seiler, E., Beratung zur Entscheidung. Techn. Hochschule Darmstadt, 1979.
- Jürgensen, O., Schwangerschaftsabbruch unter dem Aspekt von unbewältigten Trennungskonflikten. In H. Poettgen (Hrsg.), Die ungewollte Schwangerschaft (pp. 119-123). Köln: Dtschr. Ärzte Verlag, 1982.

- Katholische Frauengemeinschaft Deutschlands / Sozialdienst Katholischer Frauen und Männer, Kontaktpersonen — Helfer im Problemkreis § 218. Düsseldorf/Dortmund, 1976.
- Keil, S., Umfang und Grenzen der Beratung in der Ehe-, Familien- und Lebensberatung. Wege zum Menschen, 1979, 305-311.
- Ketting, E., Konsequenzen für unerwünscht schwangere Frauen aus der Bundesrepublik, 1986, Heft 1, 32-33.
- Klein, U., Umfrage in Münster nach Schwangerschaftsabbruch, 1983, Heft 6, 29-30.
- Knöferl, G., Voigt, B. & Kolvenbach, K., Modellprogramme, „Beratungsstellen“ — § 218, Schlußbericht (Schriftenreihe des Bundesministers f. Jugend, Familie u. Gesundheit, Bd. 127). Stuttgart: Kohlhammer, 1981.
- Koch, H.G., Die kriminologische Indikation zum Schwangerschaftsabbruch, 1986, Heft 1, 18-19.
- Koschorke, M., Zur Praxis der Beratungsarbeit mit Unterschichtfamilien. Wege zum Menschen, 1975, 315-331.
- Ders., Der ethische Konflikt im Einzelfall — Überlegungen zur Schwangerschaftskonfliktberatung anhand von Beispielen. In M. Koschorke & J.F.Sandberger (Hrsg.), Schwangerschaftskonfliktberatung (pp. 351-358). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1978.
- Kritik an Abbruch-Praktik, 1981, Heft 5, 5.
- Lehfeldt, H., Abruptio oder Kontrazeption?, In: Zeitschrift für Sexualmedizin, 1982, Heft 3, 98-101.
- Loch, W., Haltungen und Ziele des Beraters. In Kath. Bundesarb. f. Beratung (Hrsg.), Beratung als Dienst der Kirche (pp. 56-77). Freiburg: Lambertus, 1981.
- Mall-Haefli, M., Schwangerschaftsabbruch, Kontrazeption und Sexualität, In: Zeitschrift für Sexualmedizin, 1982, Heft 5, 160-164.
- Meier, M., Wie hat sich das Verhältnis der Frauenbewegung zur Abtreibungsthematik verändert?, 1986, Heft 1, 6-7.
- Merkwürdigkeiten im Nachbarland — Widersprüche bei der Abtreibungspraxis in Österreich, 1986, Heft 1, 31.
- Meyer, E., Sadrozinski, R. & Paczensky, V.S., Was haben Männer eigentlich mit Verhütung, Kinderkriegen und Schwangerschaftsabbruch zu tun, 1986, Heft 1, 21-23.
- Nordhoff, I., Im Grunde genommen eine Farce, 1986, Heft 1, 25-26.
- Poettgen, H., Schwangerschaft als Konfliktsituation aus der Sicht der Beratungspraxis. In F. Böckle (Hrsg.), Schwangerschaftsabbruch (pp. 105-121). Düsseldorf: Patmos, 1981.
- Poettgen, H., Die ungewollte Schwangerschaft: Eine Anthropologische Synopsis. Köln Lövenich: Dtsch. Ärzte-V., 1982.

- Pompey, H., Beratung von werdenden Müttern in Not- und Konfliktsituationen. *Renovativ*, 3/33/1977, 104-125.
- Pro Familia Tübingen, Beratungssituation überschätzt. *Psychologie heute*, 1981, 10, 6.
- Recht und Praxis des Schwangerschaftsabbruchs, 1981, Heft 1, 27-33.
- Richter, H.J., Ambulante Schwangerschaftsabbrüche in Arztpraxen bundesweit, 1986, Heft 1, 15-17.
- Rüther-Stemann, M., Die Ohnmacht der Beraterin und die Angst der Frauen gegen den § 218 StGB – gegen die Zwangsberatung, 1983, Heft 5, 8-10.
- Sadrozinski, R., Moralische Metamorphosen, 1986, Heft 1, 8-10.
- Schrappner, K.H. & Hoditz, H., Vor und nach Abortio: Ultraschall ist Pflicht, In: *Zeitschrift für Sexualmedizin*, 1987, Heft 3, 72-74.
- Schuhmann, C., Arzt im Konflikt, In: *Zeitschrift für Sexualmedizin* 1979, Heft 3, 105-107.
- Schuster, E., Woynar, W & Oberheuser, F., Ansatzpunkte für die soziale Beratung, In: *Zeitschrift für Sexualmedizin*, 1980, Heft 6, 222-223.
- Schweizerische Gesellschaft für Familienplanung, Folgen und Kosten einer Abortio, In: *Zeitschrift für Sexualmedizin*, 1980, Heft 2, 65-66.
- Simms, M., Abbruchsberater – ein neuer Beruf an Krankenhäusern. In M. Koschorke & J.F.Sandberger (Hrsg.), *Schwangerschaftskonfliktberatung* (pp. 305-310). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1978.
- Tyrer, L.B., Schwangerschaftsabbruch in den USA, 1986, Heft 1, 35-36.
- Ullrich, A., Schwangerschaft als Konfliktsituation – aus der Arbeit der Beratungsstellen. In F. Böckle (Hrsg.), *Schwangerschaftsabbruch* (pp. 85 - 104). Düsseldorf: Patmos, 1981.
- Vogt, R., Zur Methodik und Technik psychologischer Beratung bei Schwangerschaftskonflikten. In M. Koschorke & J.F.Sandberger (Hrsg.), *Schwangerschaftskonfliktberatung* (pp. 213-230). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1978.
- Walter, A. & Grethlein, S., Beratung – Über die Erfahrungen mit einer Nachbetreuungsgruppe nach einem Schwangerschaftsabbruch, 1981, Heft 5, 18-20.
- Wille, R., Barnett, W. & Freudenberg, N., Nach der Abtreibung, In: *Zeitschrift für Sexualmedizin*, 1987, Heft 4, 105-108.
- Wimmer-Puchinger, B., Empfängnisverhütung und Schwangerschaftsabbruch. In: *Sozialarbeit in Österreich*, 53 (1981), 21-27.
- Wimmer-Puchinger, B., Schwangerschaft als latenter Konflikt: Empirische Untersuchung über soziale und psychische Determinanten der Entscheidungsbildung. In H. Poettgen (Hg.), *Die ungewollte Schwangerschaft* (pp. 99-110). Köln: Dtsch. Ärzte-V., 1982.
- Wimmer-Puchinger, B., Motive zum Schwangerschaftsabbruch – empirische Untersuchung zur sozialen und psychischen Situation der Frau.

- Abschlußbericht 1982. Wien: L. Boltzmann-Inst. f. Geburtenregelung u. Schwangerenbetreuung (Hg.).
- Wimmer-Puchinger, B., Beck, A., Dirisamer-Moser, B. & Scherer, G., Pregnancy as latent Decision-Making Process: A Study of the Psychological and Social Determinants in Decision-Making. In H. J. Prill, M. Stauber (Eds.), *Advances in Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, Berlin: Springer, 1982, p. 482-484.
- Wimmer-Puchinger, B., Sozialhygienische Probleme der Schwangerschaft: Eine empirisch-statistische Längsschnittuntersuchung über sozialmedizinische und sozialpsychologische Faktoren der Risikoschwangerschaft. Forschungsendbericht an das BM f. Gesundheit. Wien, 1984.
- Wimmer-Puchinger, B., Die Bewältigung des Schwangerschaftsabbruchs in der Partnerbeziehung. In: *Der Gynäkologe*, 19 (1986), 33-36.
- Wimmer-Puchinger B., Kundi, M. & Bronneberg, G.: Frauen im Schwangerschaftskonflikt: Kenntnisse über Fertilität, Beratungsangebote und Rahmenbedingungen des Schwangerschaftsabbruchs. Teil 2: Frauen in der Beratung vor und nach der Entscheidung – Rahmenbedingungen zum Schwangerschaftsabbruch. Unveröffentlichter Forschungsendbericht im Auftrag des BM. F. W. u. F., Ludwig-Boltzmann-Institut für Schwangerenbetreuung, Wien, 1988.
- Wolf, M., Beratung als Konfliktaufdeckung, 1981, Heft 3, 26-29.
- Wolff, U., Hippokrates, Marx und der § 218, In: *Zeitschrift für Sexualmedizin*, 1986, Heft 3, 69-70.

