

■ Wenn Verhütung misslingt ...

Entstehungssituationen ungewollter und abgebrochener Schwangerschaften



in Kooperation mit

IMPRESSUM

Medieninhaberin und Herausgeberin

Frauengesundheitszentrum ISIS, 5020 Salzburg

Projektleitung

Mag^a Petra Schweiger

Kuratorium und ExpertInnen

Mag^a Karoline Brandauer, DDr. Christian Fiala, Prim. Dr. Thorsten Fischer, Drⁱⁿ Maria Haidinger, Mag^a Aline Halhuber, Mag^a Ulrike Hutter, Mag^a Ulrike Kendlbacher, Mag^a Gabriele Mayerhofer, Drⁱⁿ Mag^a Stefanie Posch, Mag^a Petra Schweiger, Mag^a Andrea Solti, Drⁱⁿ Dorrit Weiss

Datenerhebung

Beraterinnen der Gynmed Ambulanz Salzburg, des Gynmed Ambulatoriums Wien und der Gynäkologischen Abteilung des Landeskrankenhauses Korneuburg

Forschungsteam

Mag^a Renate Böhm und Drⁱⁿ Birgit Buchinger – Solution e.U.

Redaktion

Solution e.U. und Frauengesundheitszentrum ISIS

Grafik & Layout

Claudia Weiß

Bestellungen

Tel. +43 (0)662 44 22 55 oder E-Mail: office@fgz-isis.at

Salzburg, Juni 2014

EINLEITUNG	8
Ziele der Studie	10
Eckpunkte der Untersuchung	10
 BEFRAGUNGSERGEBNISSE	 14
 DAS VERHÜTUNGSVERHALTEN DER BEFRAGTEN FRAUEN	 14
Begriff Verhütung: Definition	14
Allgemeines Verhütungsverhalten	16
Haben Sie in den letzten 6 Monaten vor Eintritt der Schwangerschaft verhütet?	16
Entwicklung des Verhütungsverhaltens von Frauen mit ungewollten Schwangerschaften	17
Warum wurde nicht verhütet?	18
Welche Verhütungsmethoden wurden verwendet?	19
Wandel der verwendeten Verhütungsmethoden	21
Einflussgrößen für die Methodenwahl	22
Wissen über die Wirksamkeit	24
Wissen über die „Pille danach“	28
 ENTSTEHUNGSSITUATION UND VERHÜTUNGSVERHALTEN	
BEIM EINTRITT DER SCHWANGERSCHAFT	30
Erinnerung an die Entstehungssituation	30
Konkrete Entstehungssituation	31
Erwünschtheit des Geschlechtsverkehrs	31
Verhütungsverhalten in der konkreten Situation	31
Explizite und aktive Verhütung in der Entstehungssituation	32
Frauen, die angeben „nicht verhütet“ zu haben	33
 ENTSTEHUNG UNGEWOLLTER SCHWANGERSCHAFTEN:	
ERKLÄRUNGSANSÄTZE, ZUSAMMENHÄNGE, EINFLUSSFAKTOREN	41
Haltung zur Schwangerschaft und Ambivalenz	41
Haltung zur Schwangerschaft	41
Ambivalenz	41
Kritik an verfügbaren Verhütungsmethoden	43
Hormone und die mangelnde Verfügbarkeit passender Verhütung	43
Zufriedenheit mit verfügbarer Verhütung	47
Lebensweltliche und soziale Einflussfaktoren	48

SOZIODEMOGRAFIE UND LEBENSWELTLICHE EINFLUSSPARAMETER	50
Alter	50
Bildungsstand	51
Herkunft	52
Wohnsituation	53
Erwerbsstatus	54
Finanzielle Situation	55
Lebensform/Partnerbeziehung	55
Biografischer Status in Bezug auf Reproduktion	56
Schwangerschaftsabbrüche	59
Vorhergehende Geburten und betreuendes Umfeld	60
Lebensumfeld der Frauen	62
Religion	63
Zukunftsorientierung	64
 ZUSAMMENFASSUNG	 65
Relevante Merkmale und Aspekte bei Frauen mit	
ungewollter Schwangerschaft	65
Auf einen Blick	65
Die Rolle von diffusen, widersprüchlichen Auffassungen über Verhütung	66
Soziodemografische Merkmale	68
 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN	 72
Allgemeine Informationspolitik	72
Allgemeine Informationspolitik bezüglich Nutzen	
und Gefahren hormoneller Verhütung	73
Kostenfreier, niederschwelliger Zugang zu	
Verhütungsmitteln und Untersuchungsmöglichkeiten	73
Zielgruppenspezifische Aufklärung von Mädchen und Frauen	73
Lehrinhalte bezüglich Verhütung an	
Öffentliche Finanzierung der Verhütungsberatung durch ÄrztInnen	74
Wissensbasierte Beratung für sexuelle und	
reproduktive Gesundheit incl. Verhütung durch ÄrztInnen	75
Qualifizierung und Qualitätssicherung in Sexualaufklärung	76
 LITERATURLISTE	 77
 ANHANG	 78
Liste der Kuratoriumsmitglieder sowie der befragten ExpertInnen	78
Fragebogen	79



Vorwort Bundesminister Alois Stöger

Sehr geehrte Damen und Herren!

Verhütung und Schwangerschaft sind einerseits wichtige Themen im Privatleben, andererseits aber auch Themen von hoher gesundheitspolitischer Relevanz. Wissen und Aufklärung stellen die Säulen für einen eigenverantwortlichen Umgang mit Sexualität und Verhütung dar. Mein Ressort setzt in dieser Frage daher sehr stark auf Information und Prävention.

Ich bin zutiefst davon überzeugt, dass Frauen, die sich in der Situation einer ungewollten Schwangerschaft befinden, diese Frage sehr, sehr ernst nehmen. Sie haben Sorgen und machen sich ihre Entscheidungen nicht leicht. Ich möchte diese Frauen unterstützen und befürworte daher die Möglichkeit zum Schwangerschaftsabbruch in allen Regionen Österreichs. Dort, wo ich helfen kann, will ich es auch tun. So habe ich bereits 2009 am Beginn meiner ersten Amtsperiode als Gesundheitsminister im Einvernehmen mit dem Obersten Sanitätsrat eine Rezeptfreistellung der „Pille danach“ ermöglicht. Damit soll gewährleistet sein, dass Frauen in Notsituationen das Medikament ohne zeitliche Verzögerung erhalten.

In der vorliegenden Studie gehen die Autorinnen der Frage nach, in welchem Zusammenhang und welchen Situationen ungewollte Schwangerschaften entstehen und wieweit unzureichende Verhütungsmethoden eine Rolle spielen. Sie beleuchten dabei unter anderem den Wissensstand zu Verhütung von Frauen aus unterschiedlichem sozialen Umfeld und unterschiedlichem Religionshintergrund in Österreich. Ich bin überzeugt, dass die Ergebnisse der Studie langfristig einen essenziellen Beitrag leisten werden, um anhand der gewonnenen empirischen Daten die Beratung und Information für Mädchen und Frauen gezielt zu optimieren und damit die Prävention zu stärken.

In diesem Sinne bedanke ich mich bei den Expertinnen und Experten für die wissenschaftliche Aufbereitung dieser sensiblen und in der Frauengesundheit so wichtigen Thematik. Dem gesamten ISIS-Team danke ich für die Initiative und den großen Einsatz und wünsche dem Frauengesundheitszentrum weiterhin viel Erfolg für die Zukunft.

Ihr

Alois Stöger
Bundesminister für Gesundheit



Vorwort Landesrätin Mag^a Martina Berthold

Das Frauengesundheitszentrum ISIS ist das Salzburger Kompetenzzentrum für frauen- und gendersensible Medizin. Für ihre engagierte und wichtige Arbeit danke ich den Mitarbeiterinnen und den Vorstandsfrauen recht herzlich!

Als Landesrätin für Frauen, Familien, Chancengleichheit und Integration wertschätze ich alle unterschiedlichen Formen von Familie und unterstütze Mädchen sowie Frauen in ihren ganz persönlichen Lebensentscheidungen.

Da in Österreich die Versorgungs- und Familienarbeit immer noch hauptsächlich „Frauensache“ ist, sehe ich das Empowerment – die Ermächtigung und Stärkung – der Mädchen und Frauen als den Schlüssel für eine geschlechtergerechte Gesellschaft.

Dass Frauen sich selbstbestimmt für oder gegen eine Mutterschaft entscheiden können, war einer der großen Erfolge der Frauenbewegung der 1970-iger Jahre. Neben der wichtigen Aufgabe der Aufklärung und Verhütung, stehen jetzt auch Fragen nach den Ursachen des Schwangerschaftsabbruchs im Mittelpunkt der gesellschaftspolitischen Diskussion.

Mit der vorliegenden Studie liegen uns erstmals Untersuchungsergebnisse vor, die als Grundlage für eine erfolgreiche Frauengesundheitspolitik dienen.

Ich danke allen Kuratoriumsmitgliedern sowie den befragten Expertinnen für ihr Engagement und setze mich mit den mir zur Verfügung stehenden Möglichkeiten für eine frauengerechte Gesundheitspolitik ein.

Ihre

Martina Berthold

Landesrätin für Frauen, Familie, Chancengleichheit und Integration



Wenn Verhütung misslingt ...

V.l.n.r.: Mag^a Petra Schweiger, Astrid Huttacher,
Mag^a Hermie Steininger, Mag^a Aline Halhuber-Ahlmann

In den vergangenen Jahrzehnten wurde national und international viel über Motive und sozialökonomische Hintergründe der Frauen, die eine ungewollte Schwangerschaft abbrechen ließen, geforscht. Die Hoffnung war groß Maßnahmen entwickeln zu können, mit denen die Häufigkeit von Abbrüchen gesenkt werden könnte. Dieser Wunsch hat sich jedoch nicht erfüllt. Grund dafür ist, dass die Entscheidung zu einem Schwangerschaftsabbruch von betroffenen Frauen nicht primär als das eigentliche Problem, sondern vielmehr als Lösung für das zugrunde liegende Problem eines ungewollten Lebensereignisses angesehen wird. Bislang lagen für Österreich keine wissenschaftlichen Erkenntnisse über die Entstehungsbedingungen ungewollter Schwangerschaften vor, beispielsweise zu der Frage welche Rolle unzureichende Verhütung dabei spielt. Der Kontext in dem ungewollte Schwangerschaften entstehen, musste deshalb näher untersucht werden, um die Prävention nachhaltig zu verbessern. Es geht um einen verschärften Blick auf die Komplexität dieser Entstehungssituation. Die vorliegende Untersuchung setzt da erstmalig an.

Mittlerweile hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass die Häufigkeit ungewollter Schwangerschaften und somit der Abbrüche mit der Anwendung wirksamer Verhütungsmethoden korreliert. Konsequenterweise gibt es europaweit einige Untersuchungen dazu, basierend auf regelmäßigen Erhebungen und nationalen Statistiken. Allerdings sind vergleichbare Daten in Österreich kaum verfügbar. Hierzulande werden Verhütung und Schwangerschaftsabbrüche statistisch nur erfasst, wenn sie medizinisch indiziert sind und vom Gesundheitssystem finanziert werden. Verhütungsmittel und Schwangerschaftsabbrüche im Rahmen der gesetzlich geregelten Fristenlösung werden von österreichischen Krankenkassen nicht finanziert und werden damit auch nicht statistisch erfasst.

Das Frauengesundheitszentrum ISIS wird die Untersuchungsergebnisse als wissenschaftliche Grundlage für die konzeptionelle Arbeit der Frauengesundheitspolitik, in der sexuellen Bildung und in der Verhütungsberatung nützen. Empirisch gesicherte Daten sind notwendig, um auf die Lebenswelten von Frauen und Mädchen zugeschnittene Angebote zur Aufklärung und Prävention zu entwickeln.

Besonders danken möchten wir der ehemaligen Salzburger Landeshauptfrau Mag^a Gabi Burgstaller, die durch ihr politisches Engagement die gesundheitliche Basisversorgung von Frauen im Bundesland Salzburg mit der Errichtung einer Ambulanz für Schwangerschaftsabbrüche am öffentlichen Landeskrankenhaus nachhaltig verbessert hat. Sie entwarf gemeinsam mit dem ärztlichen Leiter der Ambulanz, Dr. Christian Fiala, den Grundgedanken für die vorliegende Untersuchung als konstruktiven Beitrag zur Entwicklung von frauengesundheitspolitischen Handlungsempfehlungen.

Das Team des Frauengesundheitszentrums ISIS



Einleitung

Renate Böhm
Birgit Buchinger

Weltweit sind mehr als 40 Prozent der Schwangerschaften ungeplant.¹ Es ist unbestritten, dass die Rate ungeplanter Schwangerschaften jeweils in direktem Zusammenhang mit dem ökonomischen und sozialen Entwicklungsstand einer Gesellschaft steht. (Singh et al. 2009) In westlichen Industrienationen liegt sie im Durchschnitt bei einem Drittel.

In Österreich dürfte die Rate noch etwas niedriger sein: Im Österreichischen Verhütungsreport 2012 (2012, 30), der auf einer repräsentativen Umfrage unter 16-49-jährigen Frauen und Männern basiert, geben 12 Prozent der Frauen im reproduktiven Alter (16-49) eine und drei Prozent mehr als eine ungewollte Schwangerschaft an. Auf Basis dieser Angaben und unter Berücksichtigung einer Dunkelziffer kann man davon ausgehen, dass bei Fortrechnung dieses Trends am Ende des gebärfähigen Alters jede fünfte Frau ein- oder mehrmals ungewollt schwanger geworden ist.

Eine aktuelle bundesdeutsche Untersuchung (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2013, 11) kommt ebenfalls zum Ergebnis, dass knapp ein Fünftel der Frauen im Alter von 20 bis 44 Jahren mindestens einmal ungewollt schwanger wurde.

Weltweit wird – relativ unabhängig vom jeweiligen ökonomischen, ideologischen und sozialen Entwicklungsstand von Gesellschaften – knapp die Hälfte der ungeplanten Schwangerschaften abgebrochen. (Frauenbericht 2010, 275, Singh et al. 2009 und 2010) Es ist also derzeit davon auszugehen, dass dann, wenn es zu ungewollten Schwangerschaften kommt, sowohl in entwickelten Industrienationen als auch in Entwicklungs- und Schwellenländern rund die Hälfte ungeplanter Schwangerschaften nicht ausgetragen wird. Während nachweisbar ist, dass die absolute Rate ungeplanter Schwangerschaften vom Zugang zu wirksamen Verhütungsmethoden je nach Entwicklungsstand der Nationen abhängt, bleibt die Abbruchrate relativ aber jeweils unabhängig von diesen Faktoren.

Belegt wird das auch von den beiden jüngst veröffentlichten Untersuchungen im deutschsprachigen Raum: Sowohl im Österreichischen Verhütungsreport 2012 (2012) als auch in der jüngsten bundesdeutschen Erhebung (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2013) geben jeweils knapp die Hälfte der befragten Frauen mit ungeplanten Schwangerschaften an, diese abgebrochen zu haben.²

¹ Frauenbericht 2010, 275, unter Bezugnahme auf Allan Guttmacher Institute (1999), *Sharing responsibility, Women, society, and abortion worldwide*, New York; Singh et al. 2010 und 2009

² Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2013), 11, Österreichischer Verhütungsreport 2012, 30. Dieser geht davon aus, dass die Angaben der Befragten über den Abbruch ungewollter Schwangerschaften aufgrund eines vermuteten „underreporting“ zu gering sind.



Europaweit finden sich einige Untersuchungen, die versuchen, sich mit dem Zusammenhang zwischen der Verwendung von Verhütungsmethoden und der Höhe der Abtreibungsrate in den europäischen Staaten näher zu beschäftigen. (Cibula 2008, 373)³ Während es in den meisten west- und osteuropäischen Staaten sowohl Daten hinsichtlich der Häufigkeit von der Schwangerschaften ungeplant sind und davon die Hälfte nicht ausgetragen wird.⁴

Auch wenn es dazu keine offiziellen Daten in Österreich gibt, haben sich die ExpertInnen aus Beratungseinrichtungen und Ambulanzen für Schwangerschaftsabbrüche mit der Tatsache auseinander zu setzen, dass es einen „Sockel“ relativ konstant bleibender Abbrüche gibt. In Frankreich führte die Auseinandersetzung mit der Tatsache kaum schwankender Abtreibungsquoten auch dann, wenn die Kontrazeption kostengünstig oder kostenfrei zugänglich ist, u.a. zu der These, dass es eine „normale Abtreibungsquote“ gibt, die dem Misslingen der Verhütung – aus welchem Grund auch immer dies geschehen sein mag – geschuldet ist. „... die Wünsche des Gesetzgebers, dass sich die moderne Empfängnisverhütung als einzige Technik für die Geburtenregelung durchsetzt, sind nicht in Erfüllung gegangen.“ (Bajos et al. 2002, 4, zit. nach Boltanski 2007, 192) Dass das Misslingen der Verhütung in einem komplexen Verwandtschaftsverhältnis zum Misslingen der Zeugung stehen könne (Boltanski 2007, 193), spricht ein schwieriges Gebiet an, das in der Forschung zu Schwangerschaftsabbrüchen immer wieder in Tiefeninterviews, aber auch in Erfahrungsberichten und Beratungsgesprächen zu Tage tritt. Die Vielschichtigkeit der Entstehungsbedingungen von letztendlich ungewollten Schwangerschaften, die später abgebrochen werden, lassen sich ex post – über den Umweg etwa einer Motivanalyse zum Abbruch – nur streifen, aber nicht gut abbilden.

Genau hier setzen wir mit dieser Studie an: Es geht um einen verschärften Blick auf die unterschiedlichen Schichten der Entstehungsgeschichte und -bedingungen von Schwangerschaften, die abgebrochen werden. Auch wenn möglicherweise viele von Ihnen auf „Pannen“ in der Verhütung – welcher Art diese auch immer sein mögen – zurückzuführen sein könnten, können sie nicht auf diese reduziert werden.

Was geschieht konkret, was spielt sich ab, wenn Verhütung misslingt? Wie unterscheiden sich „schlichte“ Pannen von komplexen Abläufen und Dynamiken, denen letztendlich vielleicht nur gemein ist, dass sie zu Folgen von Sexualität führen, die sich – so oder so – letztendlich als nicht realisierbar erweisen?

3 Bei Cibula 2008 finden sich umfassende Bezüge zur Literatur.

4 In dieser Studie, der französischen COCON-Studie (COhort CONtraception survey), hat das Team um Bajos und Leridon in Frankreich knapp 3.000 Frauen viermal im Zeitraum von 2000 bis 2004 zu Verhütungspraktiken und –biografien befragt. (Quelle: Helfferich 2012, 13f.)

Ziele der Studie

Im Vordergrund steht die Klärung folgender Fragen:

- » In welchen Situationen entstehen ungewollte Schwangerschaften?
 - Wird verhütet und wenn ja, wie?
 - Wie kommt es dazu, dass Verhütung misslingt?
 - Welche Arten von Misslingen von Verhütung gibt es?
 - Gibt es einen Unterschied zwischen „schlichten“ Pannen und komplexeren Vorgängen?
- » Beeinflussen soziodemografische Merkmale und Lebenszusammenhänge die Entstehung ungewollter und abgebrochener Schwangerschaften? Sind nach Alter, Lebenslagen und Lebensphasen Unterschiede erkennbar?
- » Gibt es einen Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsmerkmalen, sozialen Einflussfaktoren und Verhütungsverhalten?
- » Könnten mehr unerwünschte Folgen von Sexualität verhütet werden und wenn ja, wie?
- » Welche zielgruppenspezifischen Präventionsmaßnahmen sind denkbar?
- » Welche Möglichkeiten und Grenzen sind der Prävention gesetzt? Kann der „Sockel“ von ungewollten Schwangerschaften verkleinert werden?

In der Behandlung dieser Fragen stets im Zentrum steht die subjektive Sicht der Frauen, die gerade in der Situation sind, einen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen bzw. durchgeführt zu haben.

Ihre Sichtweisen zum Misslingen von Verhütung und zu den Entstehungszusammenhängen der zum Zeitpunkt der Befragung ungewollten Schwangerschaft bilden die Grundlage für unsere Analyse. Wir versuchen Handlungsspielräume der Frauen zu erkennen, die derzeit mangels Identifikation noch brach liegen. Weiters interessiert uns, ob Hypothesen aus dem Beratungsalltag oder aus tiefenpsychologischen Analysen verifiziert oder falsifiziert werden können.

Eckpunkte der Untersuchung

Auftraggeber

Frauengesundheitszentrum ISIS, gefördert aus Mitteln der Stabsstelle für Chancengleichheit, Antidiskriminierung und Frauenförderung des Landes Salzburg und des Bundesministeriums für Gesundheit

Methodische Vorgangsweise

Das Studiendesign beruht auf drei Säulen:

Schriftliche Befragung von Frauen, die sich einem Schwangerschaftsabbruch unterziehen
Mit einem quantitativen Teil orientierte sich das Design zunächst an den ausdrücklichen Wünschen der Auftraggeberin. Aus der Schwangerschaftskonfliktberatung verfügte man zwar über sehr viel detailliertes Wissen über die Situationen der Klientinnen, das aber schwer zu quantifizieren oder zu systematisieren war. Eine schriftliche Befragung der Frauen sollte möglichst viele Daten generieren und das vorhandene Wissen fundieren. Nicht zuletzt ging

es um die Objektivierung mancher möglicherweise selektiver Wahrnehmungen. Ziel sollte es sein, so viel wie möglich über die soziodemografische Zusammensetzung, das Umfeld und die Besonderheiten der entstandenen Schwangerschaften in Erfahrung zu bringen.

Eckpunkte der Befragung

Zielgruppe der Befragung waren Frauen, die innerhalb eines bestimmten Zeitraums einen Schwangerschaftsabbruch in einem österreichischen Ambulatorium und zwei öffentlichen Krankenhäusern durchführen ließen.

Der Fragebogen (siehe Anhang) war standardisiert. Die Befragten wurden über den Zweck der Befragung und die beabsichtigte Datenanalyse informiert.

Bei der Konstruktion des Fragebogens wurde versucht, neben dem Verhütungsverhalten, den Entstehungsbedingungen der Schwangerschaft und allgemeinen soziodemografischen Merkmalen besonderes Augenmerk auf den biografischen Status in Bezug auf die Reproduktion, die Lebenswelt der Frau und diesbezügliche Einstellungen und Haltungen zu erfragen.

Ablauf der Befragung

Die Konstruktion des Fragebogens wurde vom Kuratorium der Untersuchung begleitet. Nach einer Pretestphase von 1.12. 2012 bis 31.1.2013 lief die Befragung von Februar 2013 bis Mitte September 2013.

Der Fragebogen wurde den Frauen, die den Abbruchtermin wahrnahmen, in einem Kuvert ausgehändigt. Anonymität wurde ihnen ausdrücklich zugesichert. Bei Fragen bzw. Verständnisfragen oder im Fall, dass die Situation als belastend wahrgenommen würde, stand das anwesende Beratungspersonal zur Verfügung und fand sich im Begleitschreiben zum Fragebogen eine „Notfallnummer“. Dieses Angebot wurde jedoch nicht in Anspruch genommen. Nach dem Ausfüllen konnte der Fragebogen im verschlossenen Kuvert abgegeben werden. Der Fragebogen wurde je nach Sprachzugehörigkeit der Befragten entweder auf Deutsch, auf Bosnisch-Serbisch-Kroatisch, Türkisch oder Englisch ausgehändigt.

Respons

Im angegebenen Zeitraum wurden 553 Kuverts abgegeben. Davon waren zehn Kuverts entweder leer oder enthielten gänzlich unausgefüllte Fragebögen.

543 Fragebögen wurden für die Auswertung verwendet.

Rund zehn Prozent der Fragebögen leiden etwas unter einer „schwankenden“ Ausfülldisziplin der Befragten. Hier wurden bestimmte Teile nicht ausgefüllt (etwa die Fragen zur angenommenen Wirksamkeit aufgelisteter Verhütungsmethoden, zur Verhütung, zur Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft oder zur gynäkologischen Betreuung). Erstaunlich breit angenommen wurden die konkreten Fragen zur Entstehungssituation der Schwangerschaft.

Auswertung

Die Fragebögen wurden mit dem Statistik-Programm SPSS Version 21 ausgewertet.

Expertinneninterviews und Kuratorium aus ExpertInnen

Den Entstehungszusammenhang von Schwangerschaften mithilfe einer anonymen schriftlichen Befragung zu analysieren, bot sich zwar grundsätzlich an. Allerdings sieht sich eine schriftliche Befragung zu diesem Thema mit einer Vielzahl methodischer Risiken konfrontiert. Erstens ist bei intimen und wahrscheinlich auch persönlich schwierigen Fragen ganz besonders mit Underreporting, erwünschten Antworten oder Halo-Effekten (Antwortverzerrungen) zu rechnen. Zweitens könnte die Befragung allein für sich keinen Anspruch auf Repräsentativität stellen: Zwar liegt die Annahme, dass die Gesamtheit der Frauen, welche die drei Einrichtungen, in denen die Befragung stattfand, aufsuchen, einen Querschnitt aller Frauen darstellen, die in Österreich Schwangerschaftsabbrüche durchführen lassen, nahe. Mangels verlässlicher Daten in Österreich muss es deshalb bei dieser Annahme bleiben.

Deshalb war es – angesichts des komplexen Themas und der potentiellen Angreifbarkeit und/oder Schwächen einer alleinigen quantitativen Bearbeitung – eine unverzichtbare methodische Notwendigkeit, für eine qualitative Einbettung des Datenmaterials zu sorgen. Dies fand einerseits durch vier Expertinneninterviews statt, in denen die ersten Interpretationen und Schlussfolgerungen aus der Datenanalyse diskutiert wurden, um die Plausibilität der Ergebnisse und damit auch den Fortgang der Analysen abzusichern. Die Expertinnen wurden weiters zu ihren Annahmen zur Entstehung ungewollter Schwangerschaften und ihren Handlungsvorschlägen befragt.

Die zweite qualitative Ebene zur Absicherung und Ergänzung der Forschungsergebnisse war ein Kuratorium aus ExpertInnen (ÄrztInnen, PsychologInnen und BeraterInnen aus der Gynäkologie, der Schwangerschaftskonfliktberatung und Sozialberatung), deren Erfahrungswissen von Anfang an in den Ablauf der Untersuchung integriert wurde. Zum Start wurden das Forschungsdesign, der Fragebogen und der Ablauf der Untersuchung vom Kuratorium beraten. Am Ende trug das Kuratorium nach Lektüre der Rohanalyse der Daten durch Diskussionsbeiträge wesentlich zur Absicherung der Ergebnisse und der Entwicklung der Handlungsempfehlungen bei.

Diese Vorgangsweise bildete für die Forscherinnen ein gutes „Sicherheitsnetz“. Die anfänglichen Befürchtungen und Zweifel an der ethischen Rechtfertigung des Befragungsprojekts – fand doch die Befragung in oder unmittelbar nach einer konflikthaften Entscheidung in einem Umfeld statt, zu dem die Frau zu diesem Zeitpunkt in einem möglicherweise von ihr empfundenen Abhängigkeitsverhältnis stand, – konnten vom Kuratorium zerstreut werden. Auch die Sorge, dass durch die Befragung in die ursprüngliche Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch eingegriffen werden könnte, also, dass die Erforschung der Zusammenhänge der Entstehung der Schwangerschaft in Form der Befragung selbst Teil und Akteurin in einem psychischen Prozess wird, haben vor allem die teilnehmenden PsychologInnen und SozialberaterInnen minimieren können. Das Risiko einer potentiellen psychischen Belastung durch die Befragung ist durch eine vertrauensvolle und unterstützende Atmosphäre in den Einrichtungen und durch die Anwesenheit von Fachpersonal abgesichert worden.

⁶ Mitglieder des die Studie begleitenden Kuratoriums siehe Anhang; zur Rolle des Kuratoriums siehe weiter unten.

Entwicklung von Handlungsempfehlungen mit ExpertInnen

Ein wesentlicher Fokus der Untersuchung sollte die Handlungsorientierung sein, um die zukünftige interessenpolitische Arbeit für Frauen und die konkrete Arbeit mit Frauen zu basieren. Die Bearbeitung der Forschungsfragen sollte letztendlich darauf abzielen, die Erkenntnisse in Maßnahmen- und Handlungsvorschläge so zu übersetzen, dass sie für Frauen in der reproduktiven Lebensphase von Nutzen und in ein selbstbestimmtes sexuelles Leben integrierbar sind. Besonderes Augenmerk sollte auf eine möglichst große Differenzierung nach Alter, Lebensphasen und Lebenslagen gelegt werden.

Aufbau des Endberichts

Der vorliegende Bericht gliedert sich in folgende Teile:

Im ersten Teil stellen wir die Ergebnisse der Untersuchung dar und untermauern sie mit dem jeweils erarbeiteten Datenmaterial. Dieser Teil ist so aufgebaut, dass der Interpretationsprozess der Datenanalyse nachvollzogen werden kann.

Der zweite Teil widmet sich den besonderen lebensweltlichen und soziodemografischen Merkmale der befragten Frauen. Hier geht es vor allem um die Frage, welche Gruppen von Frauen einem unter Umständen höheren Risiko ausgesetzt sind, ungewollt schwanger zu werden und einen Schwangerschaftsabbruch zu haben.

In einem dritten Teil fassen wir die Hauptergebnisse aus den vorangegangenen Teilen zusammen. Zuletzt werden auf der Basis dieser Zusammenfassungen Handlungsempfehlungen entwickelt.

Im Anhang finden sich Informationen zu den interviewten Expertinnen und den Mitgliedern des Kuratoriums sowie der Fragebogen.



Befragungsergebnisse: Das Verhütungsverhalten der befragten Frauen

Begriff Verhütung: Definition

Die befragten Frauen verstehen unter „Verhüten“ diverse, teilweise widersprüchliche und/oder mehrschichtige Verhaltensformen.

Im Einzelnen fallen folgende Umgangsweisen mit dem Verhütungsbegriff auf:

- » Manche Frauen verstehen unter „Verhüten“ alles, was aktiv und passiv in ihrem Verhalten und in den Umständen des Geschlechtsverkehrs gegeben sein muss, damit eine Schwangerschaft nicht eintritt.
- » Manche Frauen verstehen unter „Verhüten“ nur das, was sie aktiv getan haben (beispielsweise die Anwendung einer Verhütungsmethode), damit eine Schwangerschaft nicht eintritt.
- » Manche Frauen verstehen unter „Verhüten“ alles, was der Fall ist, damit eine Schwangerschaft nicht eintritt, ohne dass sie darauf aktiv Einfluss nehmen (Annahme der eigenen Unfruchtbarkeit oder der des Partners, Annahme unfruchtbarer Tage u. Ä.)

Das bedeutet konkret, dass auf die Frage, ob die befragten Frauen zum Zeitpunkt der (vermuteten) Entstehung der Schwangerschaft verhütet haben:

- » Manche Frauen nur dann mit „Ja“ antworten, wenn sie aktiv und unter Anwendung einer bestimmten Methode die Verhinderung des Eintritts einer Schwangerschaft bezweckt haben. Diese Frauen realisieren nach unserer Auffassung einen expliziten Verhütungswillen durch ein explizites Verhütungsverhalten.
- » Manche Frauen antworten aber auch mit „Ja“, wenn sie davon ausgehen konnten, dass sie aufgrund bestimmter Umstände, die bei ihnen oder ihrem Partner liegen konnten, nicht schwanger werden konnten. Sie haben nicht aktiv verhütet, aber haben geglaubt, passiv davon ausgehen zu können, dass sie nicht schwanger werden. Dem Verhalten dieser Frauen ist ein Verhütungswille implizit.
- » Manche Frauen aber beantworten die Frage nach der Verhütung mit „Nein“, weil sie nicht aktiv und unter Anwendung einer bestimmten Methode den Eintritt einer Schwangerschaft verhindert haben. Dabei ist zu unterscheiden zwischen
 - Frauen, die sich so verhalten, weil sie davon ausgehen, dass eine Entstehung einer Schwangerschaft nicht möglich ist. Ihrem Verhalten ist der Verhütungswille implizit, auch wenn der Geschlechtsverkehr unter einem Motivirrtum in Bezug auf „Verhüten“ stattfindet.



- Frauen, die explizit angeben, weder aktiv noch passiv einen Verhütungswillen entwickelt zu haben (Beispielsweise Mehrfachantwortmöglichkeiten wie E3: „Es war mir in dem Moment einfach egal“ und E3: „Ich wollte den Zauber des Augenblicks nicht zerstören“ oder A2: „Sex ohne Verhütung ist für mich lustvoller“ oder A2: „Sex ohne Verhütung ist für meinen Partner lustvoller“)

Diese Begriffsauslegung stimmt mit den Erfahrungen der interviewten Expertinnen und den Mitgliedern des Kuratoriums überein. Auch das Abstellen auf den Verhütungswillen bei der Einordnung des Verhütungsverhaltens wird als hilfreich angenommen. Denn im Gegensatz zur Frage „Haben Sie verhütet?“ eröffnet die Frage nach dem Verhütungswillen eine bedeutungsoffenerere Kommunikation. Ein Experte schildert aus seiner Erfahrung, dass das Umgehen mit der Unschärfe, die in der Verwendung des Begriffs „Verhüten“ liegt, im Alltag schwierig sei: Einige Frauen begreifen „aktive“ Verhütung nur als solche, wenn sie meinen, dass das „offiziell“ als Verhütung anerkannt ist, subsumieren aber „Tage zählen“ oder „Coitus interruptus“ nicht darunter. Und andere wiederum meinen, sie hätten aktiv verhütet, wenn sie genau das getan haben.

Die Thematik wird auch als kritische Methodenreflexion in mehreren europäischen Studien angesprochen: So wird in Befragungen zum Verhütungsverhalten darauf hingewiesen, dass vorgegebene Antwortmöglichkeiten teilweise nicht erlauben, das, was Frauen an komplexem Verständnis haben, zum Ausdruck zu bringen. In diesen Untersuchungen spricht man vom „intent“ und „motivational factors“ in Bezug auf die Disparitäten in der Anwendung von Verhütung und der jeweiligen Methodenwahl (hinsichtlich der Wirksamkeit). (Cibula 2008, 374)

Vor diesem Hintergrund haben wir für die Auswertung und Interpretation der Daten folgende Vorgangsweise gewählt: In den ersten, rein deskriptiven Darstellungen über das Verhütungsverhalten gehen wir vorerst zur Gänze von den Angaben der Frauen in der Befragung aus.

Erst in einem zweiten Schritt versuchen wir durch Einbeziehung impliziter Verhaltensformen manche Daten neu zu ordnen und das Verhütungsverhalten der Frauen so zu interpretieren.

Allgemeines Verhütungsverhalten

Haben Sie in den letzten 6 Monaten vor Eintritt der Schwangerschaft verhütet?

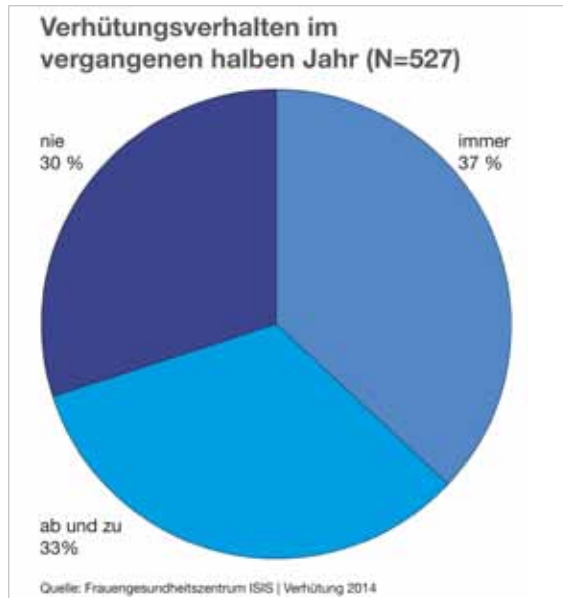


Tabelle 1

- » 30 Prozent der befragten Frauen haben während eines halben Jahres vor dem Eintritt der Schwangerschaft nie verhütet.
- » Jüngere Frauen bis 20 Jahre verhüten häufiger „immer“ (51 Prozent) statt „ab und zu“ (31 Prozent); 19 Prozent verhüten „nie“.
- » Je älter die Frauen sind, umso häufiger wird „nie“ verhütet. Ab dem Alter von 40 verhüten 55,6 Prozent der befragten Frauen „nie“.
- » Das allgemeine Verhütungsverhalten der befragten Frauen ist unabhängig vom Bildungsstand. Ebenso unabhängig ist es davon, ob eine Partnerschaft besteht und der Art und Stabilität einer eventuell bestehenden Partnerschaft, von der religiösen Orientierung, vom biografischen Reproduktionsstatus der Frau (Kinder ja/nein) oder der Thematisierung von Verhütung im Rahmen eines gynäkologischen Beratungsgesprächs.

Verhütungsverhalten und Herkunft (N=477)			
	insgesamt (N)	in Österreich geboren (N)	nicht in Österreich geboren (N)
nie	30,0% (141)	25,0% (82)	39,6% (59)
ab und zu	32,6% (154)	32,6% (107)	31,5% (47)
immer	37,4% (182)	42,4% (139)	28,9% (43)

Tabelle 2 | Frauengesundheitszentrum ISIS | Verhütung 2014

- » Signifikante Zusammenhänge:
 - Das allgemeine Verhütungsverhalten ist abhängig von der Herkunft der Frauen (mittlerer, signifikanter Zusammenhang mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von zwei Prozent).
 - Das allgemeine Verhütungsverhalten steht in Zusammenhang mit einer ambivalenten Haltung zum potentiellen Eintritt einer Schwangerschaft. (im Detail siehe dazu später)
- » In Österreich verhüten 19 Prozent und in Deutschland rund 16 Prozent der Frauen im reproduktiven Alter nicht. Trotz etwas abweichender Fragestellungen zum Verhütungsverhalten in diesen Untersuchungen kann davon ausgegangen werden, dass der Prozentsatz nicht verhütender Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen, überdurchschnittlich ist. (Österreichischer Verhütungsreport 2012, 7ff.; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2011, 9ff.) Allerdings haben 36 Prozent der deutschen Frauen mit ungewollten Schwangerschaften nie verhütet (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2013, 26): In diesem Vergleich schneidet das Verhütungsverhalten der in unserer Studie befragten Frauen etwas besser ab.
- » Im europäischen Vergleich: Dort schwankt der Prozentsatz von Frauen, die nicht verhüten, von 21 Prozent (Österreich, Tschechische Republik, Spanien) bis zu 30 Prozent (Skandinavien). Der europäische Durchschnitt liegt bei 25 Prozent aller Frauen im reproduktiven Alter. (Cibula 2008, 367)

Entwicklung des Verhütungsverhaltens von Frauen mit ungewollten Schwangerschaften

Im Vergleich des Verhütungsverhaltens mit jenem, das Frauen im Jahr 1983 (Wimmer-Puchinger 1983, 48) angaben, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, fallen tendenzielle Veränderungen auf:

Deutlich erkennbar ist, dass Frauen heute häufiger angeben, immer verhütet zu haben, und der Anteil der Frauen, die ab und zu oder nie verhütet haben, niedriger liegt als 1983.

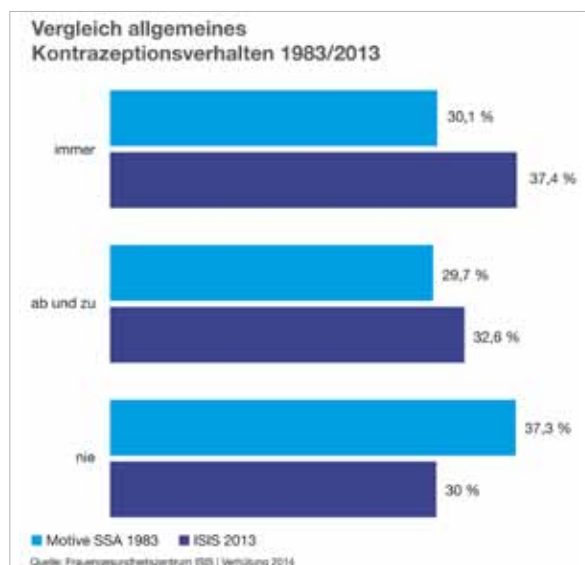


Tabelle 3

Warum wurde nicht verhütet?



Tabelle 4

Merkmale der Frauen, die „nie“ verhütet haben:

- » Der Wunsch, keine Hormone (mehr) zu nehmen, ist die mit Abstand häufigste Antwort. Er beginnt bereits mit dem Alter von 21 mit 40 Prozent und steigt bis zum Alter von 40 Jahren auf 57,7 Prozent der Fälle an.
- » Frauen nicht-österreichischer Herkunft wählen diese Antwort deutlich seltener als Frauen österreichischer Herkunft.
- » Mangelnder Sex wird von Österreicherinnen häufiger als von Nicht-Österreicherinnen angegeben.
- » Deutlich mehr Nicht-Österreicherinnen als Österreicherinnen glauben unfruchtbar zu sein.
- » Frauen, die nicht damit rechneten, Sex zu haben bzw. im vergangenen Jahr keinen Sex hatten, sind eine große Gruppe: Am größten ist sie bei jungen Frauen unter 20; zusammengerechnet war das für 55 Prozent der Fälle bei jungen Frauen so. Diese Antwort nimmt mit dem Alter ab, spielt aber auch bei Frauen zw. 21 und 30 noch eine große Rolle (zusammengerechnet rd. 43 Prozent der Fälle).
- » Dass Sex ohne Verhütung lustvoller ist, ist für junge Frauen ein ganz gravierendes Argument: 44 Prozent der jungen Frauen geben an, dass es für ihren Partner lustvoller sei und 22 Prozent geben an, dass es für sie selbst lustvoller ist.

Verhütungskosten als Thema:

- » Auch wenn die Gruppe der Frauen, die angeben, dass ihnen die Kosten für Verhütung zu hoch waren, relativ klein ist, lassen sich für sie zumindest folgende Merkmale festhalten:
 - 47 Prozent von ihnen haben mit Kondom verhütet, wenn sie verhütet haben, 34 Prozent haben gleichzeitig oder alternierend die Methode „Aufpassen/ Coitus interruptus“ angewendet.
 - Fast die Hälfte von ihnen vermeidet hormonelle Methoden wegen der Risiken.
 - Zwei Drittel sind sehr unzufrieden mit den ihnen persönlich zur Verfügung stehenden Verhütungsmethoden und erwähnen auch mehrfach explizit die Kostensituation.
 - Ein Drittel der Frauen ist unter 20 Jahre alt, 70 Prozent sind unter 30.
 - Ein Drittel gibt eine gute, ein Drittel eine ausreichende und ein Drittel eine explizit schlechte finanzielle Lebenssituation an.
 - Ein Zusammenhang mit der Anzahl der Kinder oder mit der Anzahl bereits vorhergegangener Abbrüche ist nicht herstellbar.

Besondere Merkmale von Frauen, die „ab und zu“ verhütet haben

- » Keine Hormone mehr nehmen zu wollen und lustvoller Sex ohne Verhütung sind hier stark gekoppelt
- » Von allen Frauen, die angeben, dass Sex für sie oder für ihren Partner ohne Verhütung lustvoller ist, haben, wenn sie „ab und zu“ verhütet haben, zu zwei Drittel mit Kondom verhütet.
- » Die Ambivalenz zur eingetretenen Schwangerschaft ist in dieser Gruppe bei nahezu allen Antworten unterdurchschnittlich (s. dazu unten genauer)
- » Der Wille, keine Hormone zu nehmen, ist bei Frauen, die Angaben zu einer Religionszugehörigkeit machen, deutlich höher als bei Frauen, die keine Angaben zur Religion machen oder ohne Bekenntnis sind.

Welche Verhütungsmethoden wurden verwendet?

- » Kondome sind mit Abstand die häufigste angewendete Verhütungsmethode:
 - Frauen, die „ab und zu“ verhüten, verwenden zu 71,8 Prozent Kondome. Dieser Prozentsatz ist überdurchschnittlich hoch (Durchschnitt Österreichischer Verhütungsreport: 58 Prozent).
 - Auch bei Frauen, die „immer“ verhüten, ist der Prozentsatz um vier Punkte erhöht im Vergleich zum österreichischen Durchschnitt.
- » Die Pille ist bei Frauen, die immer verhüten, die zweithäufigste Methode mit 28,7 Prozent: Damit verwenden nur halb so viel Befragte die Pille als Verhütungsmittel als im österreichischen Durchschnitt (54 Prozent).

- » Bei der Gruppe der Frauen, die angeben, „ab und zu“ verhütet zu haben, sind die mit Abstand häufigsten Methoden Kondom, Coitus interruptus und Methode Selbstbeobachtung.
- » Häufig werden Kombimethoden bzw. alternierend Methoden angewendet:
 - In der Gruppe der Frauen, die immer verhütet haben, wurde neben dem Kondom von 12 Prozent der Frauen „Tage zählen“, 12 Prozent Coitus interruptus und von 15,7 Prozent die Pille alternierend oder zusätzlich verwendet;
 - In der Gruppe ab und zu verhütender Frauen wurde neben dem Kondom zu 43,4 Prozent „aufgepasst“ und in 32 Prozent der Fälle „aufgepasst“ und in 12 Prozent der Fälle zusätzlich oder alternierend die Pille verwendet.



Tabelle 5



Tabelle 6

Wandel der verwendeten Verhütungsmethoden

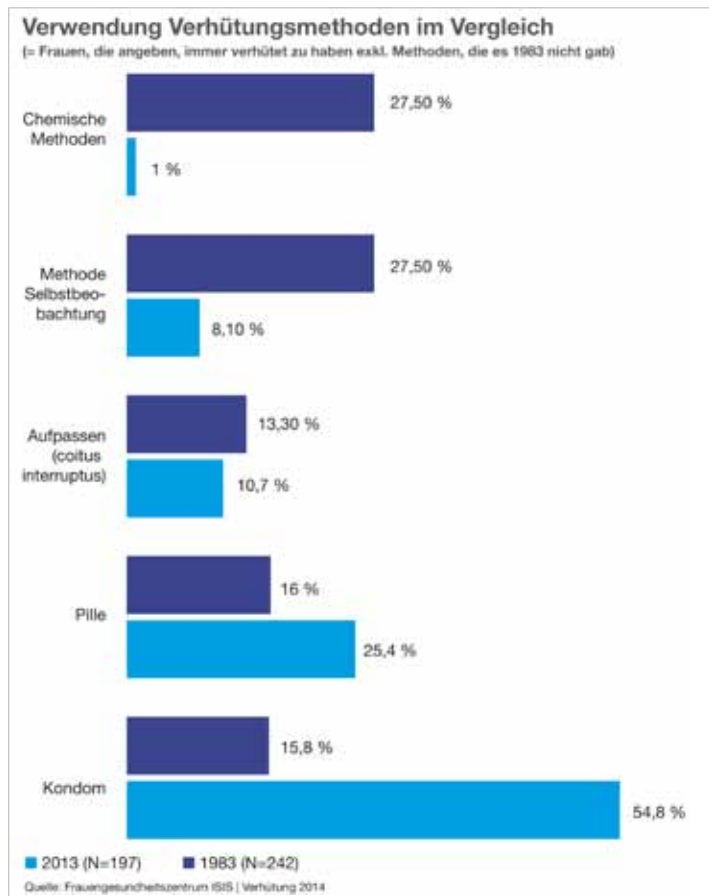


Tabelle 7

Vergleicht man die Angaben der Frauen, die angeben, immer verhütet zu haben, zu ihrer Verhütungsmethode, fällt auf, dass sich die Verwendung des Kondoms als Verhütungsmethode vervielfacht hat, die „Pille“ häufiger verwendet wird und weniger wirksame Verhütungsmethoden doch deutlich abgenommen haben. Eine Erklärung für dieses Ergebnis könnte eine von einem Experten im Kuratorium angesprochene dreißig Jahre währende Kondomkampagne sein.

Einflussgrößen für die Methodenwahl

Entscheidung über die Verhütungsmethode

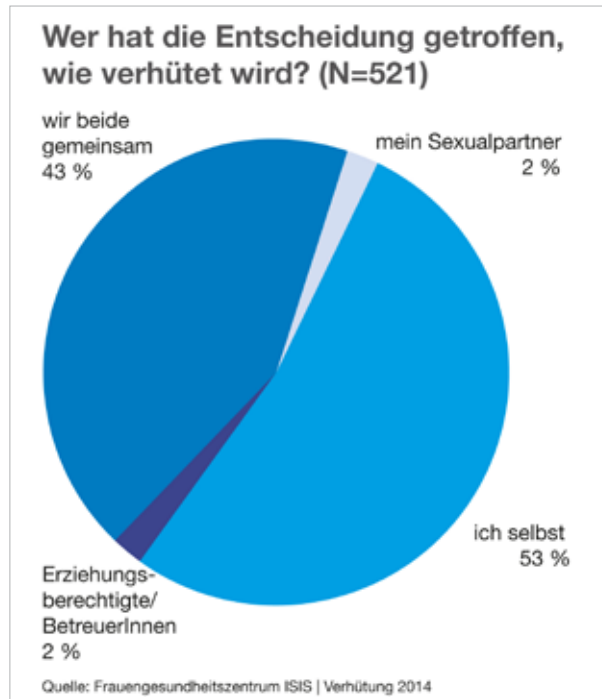


Tabelle 8

- » In festen Partnerschaften treffen 50 Prozent die Entscheidung allein.
- » Je niedriger die Ausbildung ist, umso häufiger treffen Frauen die Entscheidung alleine.
- » Religion:
 - katholische Frauen treffen nur zu 48 Prozent allein die Entscheidung und zu 50 Prozent mit dem Partner gemeinsam,
 - evangelische Frauen treffen zu 64 Prozent allein die Entscheidung,
 - muslimische Frauen zu 47 Prozent. Hier trifft in sechs Prozent der Fälle der Partner die Entscheidung, wie verhütet wird, und in 44 Prozent der Fälle das Paar gemeinsam.
- » Bis zum Alter von 30 entscheiden Frauen überdurchschnittlich häufig selbst über die Methode, ab 40 ist die Verhütung zu zwei Drittel der Fälle eine Paarentscheidung.

Das Entscheidungsverhalten bezüglich der Methodenwahl zeigt, dass gemeinsame Entscheidungen zur Verwendung weniger wirksamer Methoden tendieren. Frauen, die allein entscheiden, nehmen deutlich häufiger die Pille.

Wirksamkeit der Methode als Entscheidungsgrund

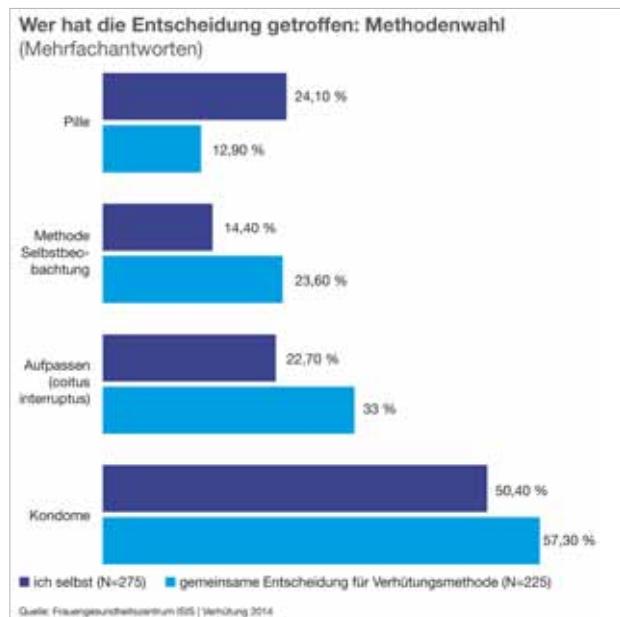


Tabelle 9

Wirksamkeit und Methodenwahl

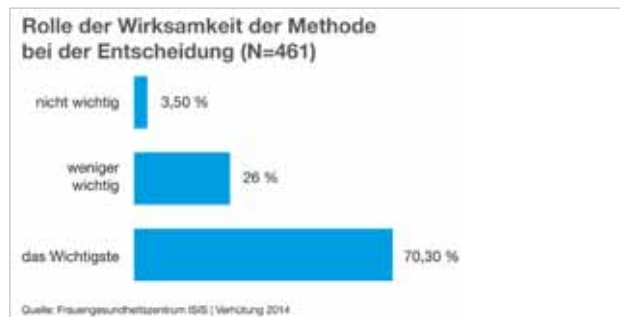


Tabelle 10 | Frauengesundheitszentrum ISIS | Verhütung 2014

- » Wirksamkeit ist das Wichtigste: Hier nehmen
 - 63,10 Prozent ein Kondom,
 - 26 Prozent die Pille,
 - 23 Prozent passen auf und
 - 13 Prozent wenden die Methode Selbstbeobachtung an.
- » Wirksamkeit weniger oder nicht wichtig:
 - 62 Prozent der Frauen verwendeten ein Kondom,
 - 49 Prozent praktizierten zusätzlich oder alternierend Coitus interruptus
 - 41 Prozent wenden die Methode Selbstbeobachtung an

Wissen über die Wirksamkeit

Einschätzung der Wirksamkeit von Verhütungsmethoden und tatsächliche Wirksamkeit

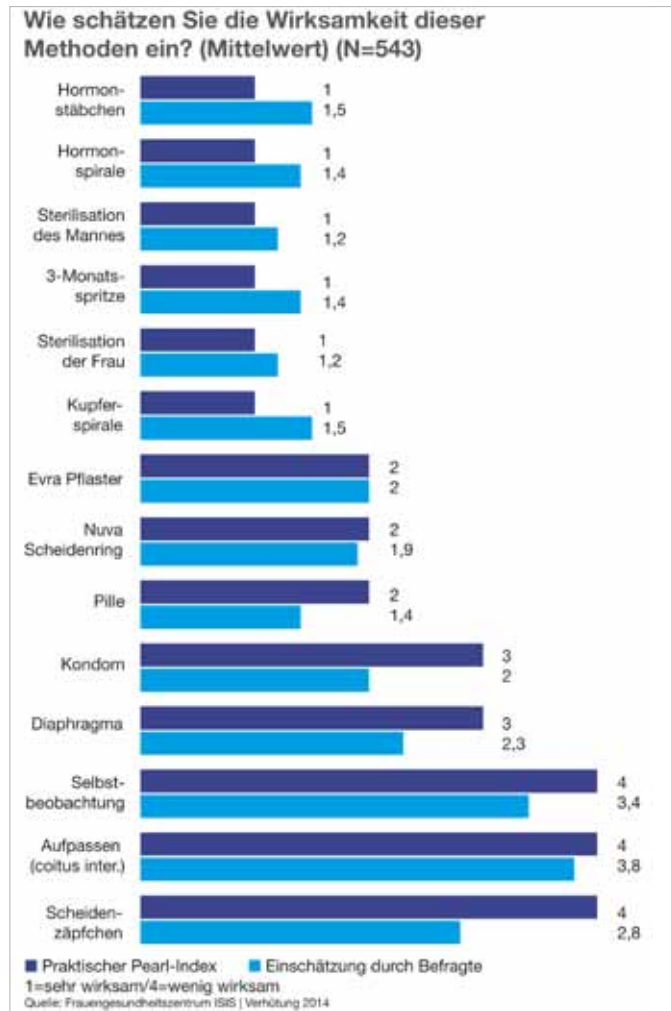


Tabelle 11

- » Die befragten Frauen schätzen die Wirksamkeit der Verhütungsmethoden fast durchwegs deutlich abweichend vom Praktischen Pearl-Index ein
- » www.contraceptivetechnology.com.
- » Die wenig und mittelmäßig wirksamen Methoden werden von den Befragten deutlich wirksamer eingeschätzt und umgekehrt werden die nach Pearl-Index als sehr wirksam eingeschätzten Methoden etwas weniger wirksam eingeschätzt.
- » Die von der Differenz größte Fehleinschätzung wird beim Kondom getroffen: die Befragten geben dem Kondom überwiegend die Note 2=wirksam im Gegensatz zu 3=mittelmäßig wirksam.
- » Junge Frauen schätzen die Wirksamkeit der jeweiligen Methoden besser ein.
- » Frauen mit Religionszugehörigkeit schätzen die Wirksamkeit hormoneller Methoden deutlich schlechter ein und überbewerten Kondom, Coitus interruptus und Tage zählen deutlich.

**Einschätzung der Wirksamkeit
nach der verwendeten Methode:**

Ex post, also nach der eingetretenen Verhütungspanne, schätzen die befragten Frauen ihre jeweils verwendete Verhütungsmethode nicht so wirksam ein wie der Durchschnitt aller Frauen oder der Durchschnitt aller Österreicherinnen.

Subjektive Einschätzung der Wirksamkeit					
Verwendete Verhütungsmethode	sehr wirksam	wirksam	mittelmäßig	wenig	Tatsächliche Wirksamkeit
Kondombenutzerinnen (ab und zu: 71,8; immer: 62,1 konkrete Situation: 45,2)	20,6	43,3	24,7	11,3	mittelmäßig wirksam
Aufpassen, coitus interruptus (ab und zu: 41,2; immer: 12,1 konkrete Situation: 9,2)	0	13,6	36,4	50,0	wenig wirksam
Tage zählen (ab und zu: 28,2; immer: 9,2 konkrete Situation: 5,4)	0	23,1	61,5	15,4	wenig wirksam
Pille (ab und zu: 20,0; immer: 28,7 konkrete Situation: 23,4)	44,2	48,1	7,7	0	wirksam

Tabelle 12 | Frauengesundheitszentrum ISIS | Verhütung 2014

Anhand der angefügten Statistik der WHO (2012) über die Rate des Eintritts ungewollter Schwangerschaften je nach verwendeter Verhütungsmethode verdeutlicht sich, wie stark die Annahmen der befragten Frauen von der tatsächlichen Wirksamkeit abweichen.

Safe Abortion			
Contraceptive method	Estimated failure rate (typical use), %	Number of users, thousands	Number of women with accidental pregnancy (typical use), thousands
Female sterilization	0.5	232.564	1.163
Male sterilization	0.15	32.078	48
Injectables	0.3	42.389	127
Intrauterine device (IUD)	0.8	162.680	1.301
Pill	5.0	100.816	5.041
Male condom	14	69.884	9.784
Vaginal barrier	20	2.291	458
Periodic abstinence	25	37.806	9.452
Withdrawal	19	32.078	6.095

Tabelle 12 | Quelle: Safe Abortion: Technical an Policy Guidance for Hetalth Systems, Kitto 2012

Estimated number of women using a contraceptive method and those experiencing an unintended pregnancy during the first year of contraceptive use, by type of contraceptive method, global data, 2007

Einschätzungen und Motive zur Methodenwahl

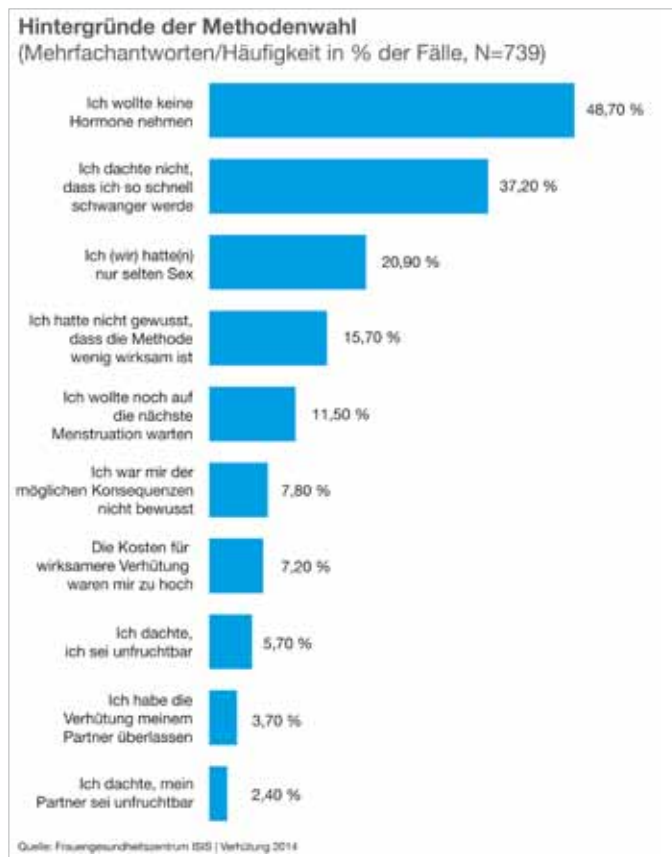


Tabelle 14 | Frauengesundheitszentrum ISIS | Verhütung 2014

Folgende Faktoren beeinflussen die Entscheidung zur Verhütungsmethode am häufigsten:

- » Fast die Hälfte wollte keine Hormone nehmen
- » Mehr als ein Drittel glaubte nicht, so schnell schwanger zu werden
- » Rund ein Fünftel hatte selten Sex und richtete die Methodenwahl danach aus
- » 16 Prozent haben nicht gewusst, dass ihre Methode wenig wirksam ist.

Frauen, die die Pille nehmen, sind – wie sich auch an den offenen Antworten erkennen lässt – häufig sehr überrascht über den Grad der Wirksamkeit dieser Verhütungsmethode.

Auslegung der Daten durch die befragten ExpertInnen

Die Ergebnisse über das Informationsdefizit der befragten Frauen hinsichtlich der Wirksamkeit der Verhütungsmethoden decken sich mit den Erfahrungen der ExpertInnen. Dieses Defizit beginnt damit, dass das Wissen über das Funktionieren des eigenen Körpers und das Wissen über das Funktionieren des eigenen Zyklus bei vielen Frauen dürftig ist. „Sie wissen von den körperlichen Abläufen der Frau, etwa dem Menstruationszyklus, zu wenig und glauben dann, dass Tagezählen oder Coitus Interruptus eine Verhütung sei. Frauen glauben, dass das Verhütungsmethoden seien. Aber das stimmt nicht, da gehören sie besser aufgeklärt.“ (Psychologin)

Retrospektive Einschätzung der Methodenwahl

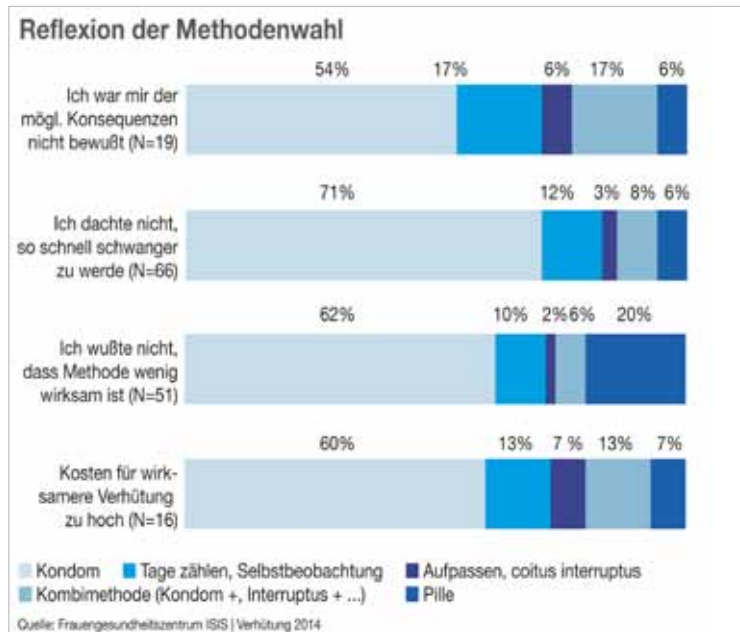


Tabelle 15

Vor allem der weibliche jugendliche Zyklus unterliege noch massiven Schwankungen, dies sei ein wesentlicher Aspekt, auf den in der Aufklärungsarbeit hinzuweisen sei, so eine befragte Gynäkologin. In der Diskussion zum Thema „Wissen“ werden viele unterschiedliche Aspekte angesprochen und mit Beispielen aus der Erfahrung der Expertinnen untermauert.

Die Wissensdefizite reichen vom Nicht- bzw. Fehlwissen über die Wirksamkeit von Verhütungsmethoden oder ein veraltetes Wissen (etwa Stand von vor 20 Jahren) bis hin zu einem Nichtwissen über mögliche Risikofaktoren, die eine wirksame Verhütung verhindern (etwa bei der Pilleneinnahme). „Sehr viele Frauen wissen nicht, dass Verhütung mit Kondomen sehr unsicher ist.“ (Gynäkologin) „Fehlinformationen oder Pillenpannen sind zentrale Entstehungszusammenhänge ungewollter Schwangerschaften, das trifft sicher mit Abstand auf die meisten Frauen zu.“ (Gynäkologin)

Bemerkenswert in der Beratung der Frauen sei, wie eine Psychologin meint, „dass sie zwar wissen, sie müssen jeden Tag die Pille nehmen, aber sie wissen nicht, was die Pille tut.“

Weiters weit verbreitet sei folgender Irrglaube: „Der 28-Tage-Zyklus gilt als DER Zyklus – und Frauen mit längeren oder kürzeren Zyklen sind dann überfordert, selbst die Mitte des Zyklus zu bestimmen. Viele haben das Wissen nur über das Internet, wo sie sich dann die fruchtbaren Tage ausrechnen lassen, ohne dass ihr Zyklus mit dem Rechenmodell übereinstimmt. (...) Sie wissen auch nicht, dass Spermien länger überleben können.“ (Gynäkologin)

„Theoretisch wissen zwar die jungen Frauen besser Bescheid, aber sie können das Wissen nicht auf sich persönlich und den eigenen Zyklus übertragen.“ (Gynäkologin)

Wissen über die „Pille danach“

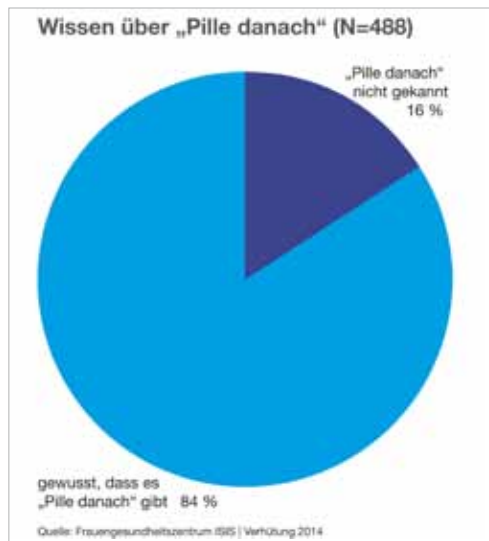


Tabelle 16

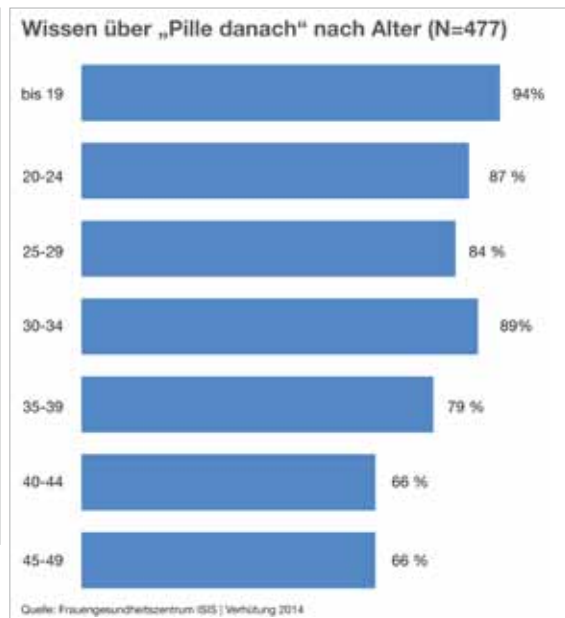


Tabelle 17

Haben Sie über die Möglichkeit der Notfallverhütung („Pille danach“) Bescheid gewusst?

- » Das Wissen über die Möglichkeit einer Notfallverhütung durch die „Pille danach“ ist deutlich altersabhängig. Je jünger die Frauen sind, umso mehr wissen in der Altersgruppe über die Notfallverhütung Bescheid.
- » Das Wissen führt aber nicht zur häufigeren Anwendung der Notfallverhütung.

Die Gründe für die Nichtanwendung ähneln sich:

- » In 90 Prozent der Fälle wurde die Notfallverhütung nicht angewendet, weil aufgrund der Annahme, wirksam verhütet zu haben, nicht davon auszugehen war, dass eine Schwangerschaft eingetreten ist. Viele Frauen erklären ausdrücklich, dass das Kondom nicht gerissen sei, es noch kontrolliert wurde. Besonders: „Ja, wenn ich eh die normale Pille nehme, für was denn?“
- » In einigen Fällen war die Anwendung aus medizinischen Gründen nicht möglich.
- » In anderen gab es keine Möglichkeit (kein Geld, keinen Zugang, kein Wissen, wo man eine bekommen könnte, aufgrund eines Aufenthalts im Ausland beispielsweise), rechtzeitig an die Pille danach zu kommen.
- » Einige ältere Frauen geben an, geglaubt zu haben, schon im Wechsel zu sein.
- » Es räumen einige auch ein, naiv gewesen zu sein: „... ich nicht damit gerechnet habe, beim ersten Mal nach sechs Monaten ohne Sex schwanger zu werden“, oder „... ich nie gedacht hätte, dass ‚Lusttropfen‘ so stark sein könnten.“

Nur 22 Frauen geben an, die Pille danach genommen zu haben, knapp die Hälfte von ihnen nahm sie innerhalb der ersten zehn Stunden danach.

Die Erfahrungen der befragten ExpertInnen decken sich mit dem Erhebungsergebnis: Vor allem ältere Frauen hätten oftmals wenig oder kein konkretes Wissen über die Notfallverhütung bzw. darüber, wie sie dazu kommen könnten. Vielfach existieren auch „entsetzliche Mythen rund um die ‚Pille danach‘, etwa, dass man unfruchtbar werden kann.“ (Psychologin)

Dabei hält es ein Experte für besonders wichtig, dass gerade Frauen, die wenig wirksam oder gar nicht verhüten, im Idealfall besser über die Pille danach Bescheid wissen sollten.



Entstehungssituation und Verhütungsverhalten bei Eintritt der Schwangerschaft

Erinnerung an die Entstehungssituation



Tabelle 18

Erstaunlich viele Frauen (60 Prozent) können sich noch an die konkrete Entstehungssituation der Schwangerschaft erinnern.

- » Das Alter spielt bei der Erinnerung nur eine geringe Rolle.
- » Die Erinnerung ist unabhängig von allen soziodemografischen Einflussgrößen, ebenso davon, ob bereits Abbrüche vorhergegangen sind, ob die Frauen angeben, verhütet zu haben oder nicht oder von anderen denkbaren Einflussfaktoren.
- » Die befragten ExpertInnen bestätigen, dass Frauen immer sehr genau wüssten, wann sie schwanger geworden sind, was überraschend sei.

Konkrete Entstehungssituation

- » Für 8,4 Prozent der Frauen war es der erste Verkehr mit dem Partner
- » Für 69 Prozent war es absehbar, dass es zu Sex kommt
- » Für 23 Prozent war es überraschend, dass es zu Sex kam
- » In acht Prozent der Fälle war der Sex ein One-Night-Stand



- » In 73 Prozent fand der Sex in der eigenen Wohnung statt
- » In 39 Prozent fand er in der Wohnung des Partners statt
- » In fünf Prozent aller Fälle fand der Sex in einem Hotel, bei einem Seminar oder im Urlaub, in der Arbeit, im Auto oder auf Partys statt
- » 17 Prozent der Frauen waren ein bisschen „beschwipst“ beim Sex, vier Prozent erinnern sich nicht mehr genau, ob etwas Alkohol im Spiel war.
- » One-Night-Stand und Beschwipstheit treten am häufigsten miteinander auf.

Diese Ergebnisse wurden vom ExpertInnenboard dieser Studie etwas überrascht zur Kenntnis genommen. Viele gestanden ein, dass sie hier teilweise andere „Bilder“ gehabt hätten: Etwa, dass der Sex zu nahezu zwei Drittel in der eigenen Wohnung stattgefunden hat und es sich überwiegend um stabile Partnerschaften handelt, das seien unerwartete Ergebnisse.

Erwünschtheit des Geschlechtsverkehrs

- » 93 Prozent aller Frauen geben an, dass der Geschlechtsverkehr erwünscht war.
- » 1,4 Prozent beantworten die Frage mit einem klaren „Nein“ und
- » 2,8 Prozent haben ihn geduldet.
- » 1,4 Prozent geben an, dass sie zum Geschlechtsverkehr gezwungen wurden und eben so viele erinnern sich nicht mehr daran, ob sie gezwungen wurden.
- » Bei Frauen mit nicht-österreichischer Herkunft und/oder Frauen mit niedrigem Bildungsstand ist die Schwangerschaft überdurchschnittlich häufiger bei einem nicht erwünschten Geschlechtsverkehr entstanden.

Auch hier differierte die Erwartungs- (und/oder Befürchtungs-)haltung der ExpertInnen vom Befragungsergebnis. Am häufigsten vermuteten die ExpertInnen einen höheren Prozentsatz bei unerwünschtem Sex. Zum Gewaltaspekt wollten die ExpertInnen auch bei geringen expliziten Werten berücksichtigt wissen, dass es viele Gewaltformen gäbe, die von Frauen manchmal nicht in dieser Weise identifiziert werden: „Die Gewalt in Beziehungen kann sich manchmal auch so ausdrücken, dass ein Zugang zu sicherer Verhütung eingeschränkt ist, bis hin, dass manche Frauen erzählen, ihr Mann hätte die Pille versteckt oder sie hätten diese selbst verstecken müssen, weil er will, dass sie schwanger wird.“ (Psychologin)

Verhütungsverhalten in der konkreten Situation

Die Entstehungssituation unterscheidet sich offensichtlich deutlich im Verhütungsverhalten im Vergleich zum allgemeinen Verhütungsverhalten. Hier kulminieren die Schwächen im Verhütungsverhalten: Der Anteil der nicht verhütenden Frauen steigt von 30 auf 47 Prozent. Überwiegend sind das die Frauen, die von „Fall zu Fall“ – also ab und zu verhüten. Sie verhüten üblicherweise mit Methoden, die mäßig oder wenig wirksam sind.

- » In der konkreten, erinnerten Entstehungssituation haben 47 Prozent der Frauen nicht verhütet. Dieser Prozentsatz liegt um zehn Punkte über dem allgemeinen Verhütungsverhalten im vergangenen halben Jahr.
- » 20 Prozent der Frauen, die beim allgemeinen Verhütungsverhalten angeben, immer verhütet zu haben im vergangenen halben Jahr, geben hier an, nicht verhütet zu haben.
- » 25 Prozent der Frauen, die nicht verhütet haben, gehören zu Frauen mit einer ambivalenten Haltung zur Schwangerschaft.

- » 9,6 Prozent der Frauen, die verhütet haben, haben eine ambivalente Haltung zur Schwangerschaft.

**Frauen, die angeben, „verhütet“ zu haben:
Explizite und aktive Verhütung in der Entstehungssituation**



Tabelle 19

53 Prozent der befragten Frauen geben an, in der konkreten Situation verhütet zu haben. Im Sinne des zu Beginn diskutierten Differenzierungsbedarfs in Bezug auf die Verhütungsauffassungen der befragten Frauen handelt es sich bei dieser Gruppe um Frauen, die in ihrer Wahrnehmung aktiv die Entscheidung für eine Verhütungsmethode getroffen haben.

Angewendete Verhütungsmethoden



Tabelle 20

Von 265 Frauen, die angeben, verhütet zu haben, machen 239 Angaben zur verwendeten Methode.

- » Die befragten Frauen verhüteten zu etwa drei Viertel mit Methoden, die nach dem praktischen Pearl-Index mäßig oder wenig wirksam sind.
- » Kondome, die Methode Selbstbeobachtung und Coitus interruptus wurden in fünf Prozent der Fälle kombiniert angewendet.
- » 23,4 Prozent der Frauen sind trotz der Pille schwanger geworden: Ein Drittel dieser Frauen weist in Zusatzkommentaren auf besondere Umstände hin, weswegen vermutet wird, dass trotz Pille eine Schwangerschaft eingetreten ist: Etwa Magen-Darm-Erkrankungen, andere Krankheiten, Medikamenteneinnahme oder unregelmäßige Einnahme.
- » In zwei Drittel der Fälle aber wird darauf hingewiesen, dass „trotz“ Pille oder „trotz fehlerloser Anwendung“ die Schwangerschaft eingetreten ist.
- » Neben den o. a. Verhütungsmethoden finden sich unter „anderes“ auch der Persona-Computer, die Kupferspirale, das Evra-Pflaster oder die Yamswurzel.
- » Insgesamt liegt die Verwendung von Kondom und Pille überaus deutlich unter dem österreichischen Durchschnitt (Österreichischer Verhütungsreport 2012, 12). Die anderen Verhütungsmethoden sind relativ gleich hoch. (Wegen teilweise differierender Items ist ein Vergleich aber nur bedingt möglich).

Frauen, die angeben „nicht verhütet“ zu haben

47 Prozent der befragten Frauen geben an, zum Zeitpunkt des Geschlechtsverkehrs, der vermutlich zum Eintritt einer Schwangerschaft führte, „nicht“ verhütet zu haben. Sie selbst interpretieren prima vista ihr Verhalten nicht als Verhütungsverhalten.

Besondere allgemeine, soziodemografische und spezifische Merkmale

- » 51,7 Prozent hatten schon länger als ein Jahr kein gynäkologisches Gespräch über Verhütung
- » Sie leben häufiger ohne feste Partnerschaft
- » Bei bestehenden Partnerschaften sind diese instabiler als im Durchschnitt
 - 20 Prozent der Partnerschaften haben oft Probleme und
 - zehn Prozent leben in Trennung
- » Knapp 60 Prozent kommen aus eher ländlichen Regionen
- » 24 Prozent sind nicht erwerbstätig
 - davon sind 42 Prozent in Ausbildung und
 - 14 Prozent sind arbeitslos
- » Alter: besonders erhöht ist der Anteil der Frauen zwischen 21 und 35 Jahren
- » 60 Prozent der Frauen, die nicht verhütet haben, haben maximal einen mittleren Bildungsabschluss
- » 30 Prozent sind nicht in Österreich geboren, 70 Prozent in Österreich
- » Die Religionszugehörigkeit liegt genau im Durchschnitt aller Befragten

- » 27 Prozent haben schon die Erfahrung eines Schwangerschaftsabbruchs gemacht:
 - 71 Prozent davon einen,
 - 12,7 Prozent zwei und
 - 15 Prozent drei oder mehr Abbrüche
- » Die Hälfte der Frauen hatte den letzten Abbruch innerhalb der vergangenen zwei Jahre
- » 25 Prozent von ihnen sind ambivalent in Bezug auf die Schwangerschaft
- » 6 Prozent hatten einen nicht erwünschten Geschlechtsverkehr
- » 40 Prozent der Frauen, die angeben, in der konkreten Entstehungssituation nicht verhütet zu haben, haben während des vorhergehenden halben Jahres „ab und zu“ verhütet:
 - Zu 71,8 Prozent wurden Kondome verwendet. Dieser Prozentsatz ist überdurchschnittlich hoch (Österreichischer Verhütungsreport 2012: 58 Prozent).
 - Insgesamt wurden die Methoden Kondom, Coitus interruptus und Methode Selbstbeobachtung überdurchschnittlich häufig angewendet:
 - Neben dem Kondom wurde zu 43,4 Prozent „aufgepasst“
 - In 32 Prozent der Fälle wurde aufgepasst und in 12 Prozent der Fälle zusätzlich oder alternierend die Pille verwendet.
 - Daraus resultiert, dass in der Gruppe „ab und zu“ ein Trend zur wechselnden Verwendung eher weniger wirksamer Methoden zu verzeichnen ist

Erinnerte Entstehungssituation von Frauen, die nicht verhütet haben

Diese Gruppe der befragten Frauen hatte in folgenden konkreten Entstehungssituationen höhere Werte als die Gruppe der Frauen, die angeben, verhütet zu haben:

- » Für 9,3 Prozent war es der erste Verkehr mit dem Partner
- » Für 27 Prozent war es überraschend, dass es zu Sex kommt
- » Für zehn Prozent war es ein One-Nightstand
- » 18 Prozent waren ein bisschen beschwipst.

Gründe, warum aus Sicht der Frauen nicht verhütet wurde

- » 31 Frauen geben „andere Gründe“ an, warum sie nicht verhütet haben:
 - Fünf Mal wird bei „anderes“ erwähnt, dass die Pille vergessen wurde;
 - Vier Mal wird erwähnt, dass eigentlich ein Kinderwunsch da war, der aber dann nicht realisiert werden konnte
 - Fünf Mal wird „verrechnen“ als Grund angeführt
 - Vier Mal stand die Verwendung einer neuen hormonellen Verhütungsmethode unmittelbar bevor
- » Frauen, die keine Hormone mehr nehmen wollten, und Frauen, denen es im Moment einfach egal war, haben eine erhöhte Ambivalenz in Bezug auf den potentiellen Eintritt einer Schwangerschaft

- » Die Gründe unterscheiden sich deutlich nach Alter, Bildung und Herkunft
- » 20 Prozent der Frauen, die nicht verhütet haben, wussten auch über die „Pille danach“ nicht Bescheid.

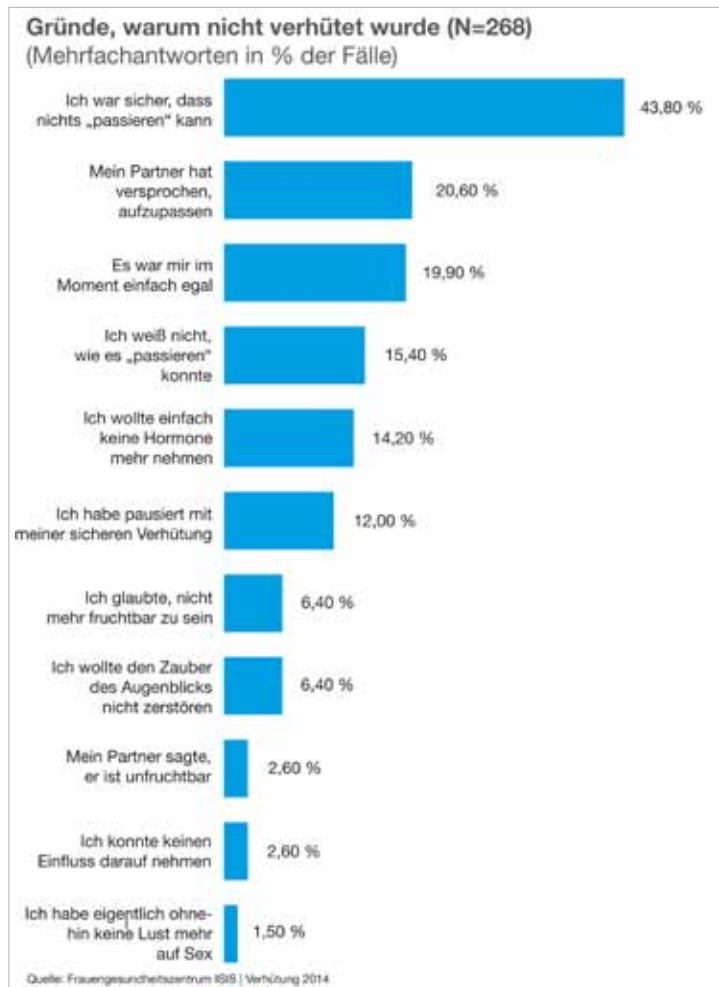


Tabelle 21

Differenzierung des Verhütungsverhaltens der Frauen, die angeben, nicht verhütet zu haben

Als vorläufiges Ergebnis könnte festgehalten werden: Bei 47 Prozent der befragten Frauen ist die Verhütung nicht misslungen, sondern sie fand nicht statt. Auf der Ebene der Selbstangabe – und die zählt auch zuerst – handelt es sich dabei um eine sehr große und heterogene Gruppe von Frauen. Betrachtet man diese Gruppe näher, dann bestätigt sich, dass ohne die einleitend erfolgte Problematisierung und Differenzierung des Verhütungsbegriffs der Frauen eine weitergehende Erkenntnis nicht möglich wird.

Es geht um die Berücksichtigung des impliziten Verhütungsverhaltens der befragten Frauen insofern, als einerseits nach der Auseinandersetzung mit der Potentialität eines Schwangerschaftseintritts und andererseits nach einem grundsätzlich vorhandenen Verhütungswillen zu suchen ist und weiters danach, ob als Verhalten der Frau – das sie selbst als „nicht verhütet“ bezeichnen – auf irrtümlichen Annahmen beruhte.

Nach diesem Ansatz können mehrere Gruppen gebildet werden:

- a) Frauen, die in der Situation selbst absolut keinen Verhütungswillen hatten und keine aktive oder passive Verhütung anwendeten
- b) Frauen, die einen impliziten Verhütungswillen hatten, deren Verhalten passiv war und auf einem Irrtum beruhte
- c) Frauen, die zwar einen impliziten Verhütungswillen hatten, für die Verhütung bedeutet, wirksam mit hormonellen Methoden zu verhüten, und die sich mangels ihnen subjektiv entsprechender Mittel in einem „Methodenvakuum“ befunden haben.

a) Frauen ohne expliziten Verhütungswillen und ohne Verhütungshandlung

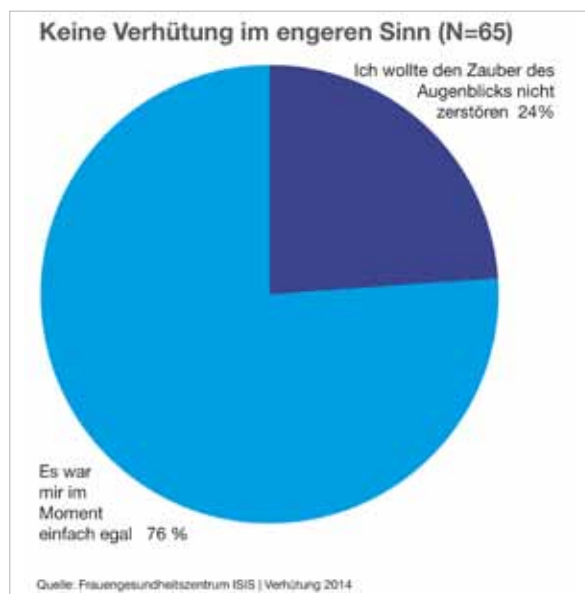


Tabelle 22

Diese Frauen haben in der Situation selbst keinen Verhütungswillen und wenden keine aktive oder passive Verhütung an. Sie verkörpern die Gruppe, bei der am ehesten von einer triebbedingten Entstehungssituation ausgegangen werden kann. Dabei handelt es sich um 27 Prozent der Frauen, die angeben, „nicht verhütet“ zu haben. Von allen Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, macht diese Gruppe 13 Prozent aus.

b) Frauen mit implizitem Verhütungswillen ohne aktive Verhütungshandlung

Das Verhalten dieser Frauen war passiv insofern, als sie irrtümlich glaubten, davon ausgehen zu können, dass sie geschützt sind oder keine aktive Einflussmöglichkeit hatten.

40 Prozent der Frauen, die angeben „nicht verhütet“ zu haben, erleben die konkrete Entstehungssituation unter einem „impliziten Verhütungsgedanken“. Diese Frauen nehmen nicht in Kauf, was passiert. Ihr Verhalten beruht in 96 Prozent der Fälle auf dem Motivirrtum, geschützt zu sein und aus diesem Grund keine aktive Verhütungshandlung setzen zu müssen. Vier Prozent der Frauen in dieser Gruppe können keinen Einfluss auf die Situation nehmen, wenngleich ihnen nicht unterstellt werden kann, dass sie keinen Verhütungswillen hatten. Zu dieser Gruppe zählen die Frauen, für die der Sex in der Entstehungssituation nicht erwünscht war und Frauen aus religiösen oder kulturellen Kreisen, in denen der Mann die Verhütung bestimmt.



Tabelle 23

c) Frauen im „Methodenvakuum“

In dieser Gruppe befinden sich jene Frauen, die zwar einen impliziten Verhütungswillen hatten und für die Verhütung eher bedeutet, wirksam mit hormonellen Methoden zu verhüten. Sie haben sich mangels ihnen subjektiv entsprechender Mittel insofern in einem „Methodenvakuum“ befunden, als sie angeben, keine Hormone mehr nehmen zu wollen oder in einer Pause mit ihrer sicheren Verhütung gewesen zu sein.

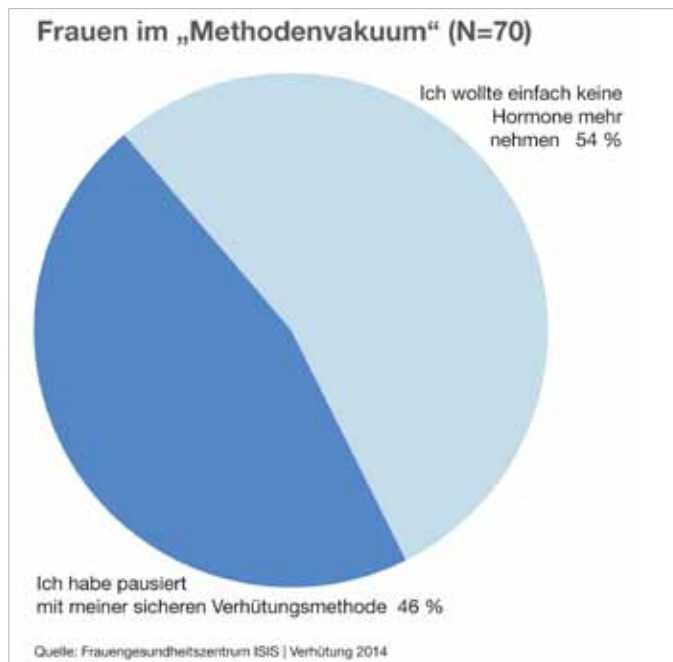


Tabelle 24

Sie machen 30 Prozent der gesamten Gruppe von Frauen aus, die angeben, nicht verhütet zu haben, bzw. 14 Prozent aller befragten Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen. Für die Hälfte der Frauen war in der Entstehungssituation überraschend (deutlich erhöhter Wert), dass es zu Sex kam, in 19 Prozent der Fälle war es ein One-Night-Stand und in 38 Prozent der Fälle kam dazu, dass die Frauen angaben, ein bisschen beschwipst gewesen zu sein.

Zukünftig geplantes Verhütungsverhalten

- » 65 Prozent der befragten Frauen haben diese Frage so beantwortet, dass daraus konkrete Vorhaben ableitbar waren.
- » Davon knapp 45 Prozent haben bereits eine konkrete Entscheidung getroffen, womit sie in Zukunft verhüten werden.
 - Angestrebte Verhütungsmethoden
 - 35 Prozent entscheiden sich, eine Spirale einsetzen zu lassen
 - 32 Prozent werden die Pille nehmen
 - 22 Prozent entscheiden sich für andere hormonelle Methoden (typisch: „werde wieder Hormone nehmen: Stäbchen, Spritze“)

Trennt man diese Gruppe in jene, die angeben nicht verhütet zu haben, und jene, die angeben verhütet zu haben, fällt auf, dass zwar die Gruppe der „Entschiedenen“ relativ gleich kompakt ist, dass sich aber jeweils große Gruppen eher diffus und noch absolut ratlos äußern: Mehr verhüten, besser verhüten, anders verhüten oder „verhüten“ überhaupt belegen noch einmal, wie dehnbar, uneinheitlich und divers der Verhütungsbegriff der Frauen ist. Er zeigt aber auch, dass das „Methodenvakuum“, in dem sich manche Frauen befinden, auch nach der Erfahrung gescheiterter Verhütung bzw. eines Schwangerschaftsabbruchs weiter wirksam ist.

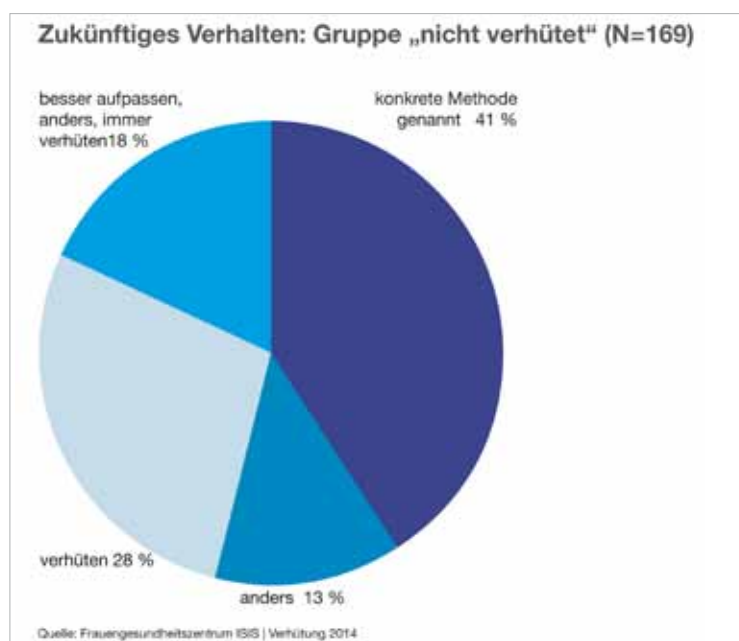


Tabelle 25

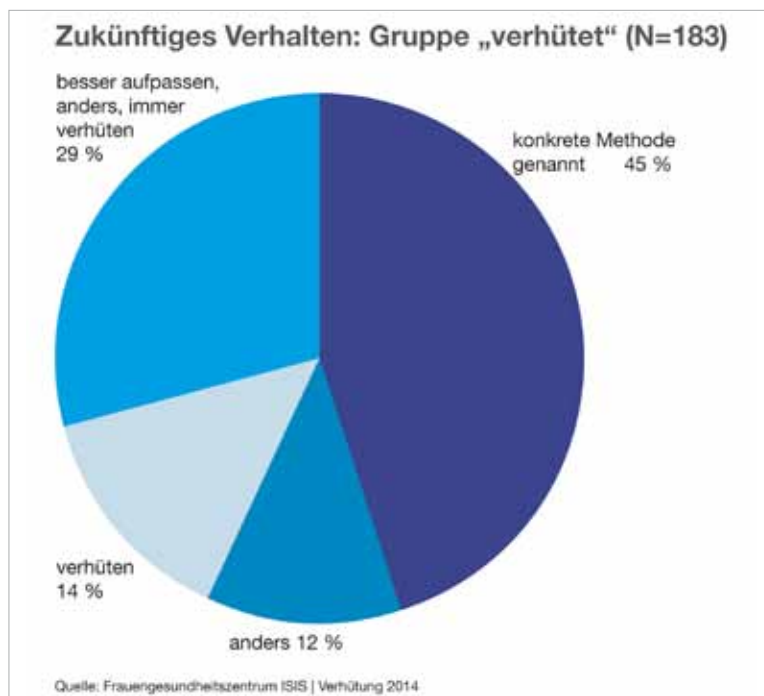


Tabelle 26

Die Problematik des Methodenvakuums, das sich auch in der Ratlosigkeit zukünftiges Verhütungsverhalten betreffend niederschlägt, wird von den ExpertInnen im Kuratorium zwar auch so gesehen, aber die Umgangsweise damit kontrovers diskutiert:

„Es gibt nicht für jede Frau die richtigen Verhütungsmittel. Die ältere Frau, die nur ab und zu einen Verkehr hat, die braucht ein sicheres Kondom und nicht eine Hormonspirale.“ (Psychologin) „Da bin ich fundamental anderer Meinung: Da geht es um das Bewusstsein, dass es nicht möglich ist, aus der Verhütung auszusteigen.“ (Gynäkologe) „Da fehlt etwas und das ist ernst zuzunehmen, dass es eine so große Gruppe von Frauen gibt, die ratlos ist, weil es das, was diese Frauen gern hätten, nicht gibt.“ (Moderatorin) „Es gibt ja auch die Gruppe von Frauen, die ein Kondom verwenden und nicht schwanger werden: Wenn wir dieses riesige Bedürfnis nicht berücksichtigen, kommen wir auch nicht weiter.“ (Sozialwissenschaftlerin) „Kondome in stabilen Beziehungen, wenn sich die PartnerInnen kennen, sind eine gute Methode. Wir dürfen keine Angst aufbauen, wenn sich die Partner kennen und sie die Situation kennen.“ (Gynäkologe) Aus seiner Erfahrung meint derselbe Experte, dass es gerade in emotional unkontrollierten Situationen nicht allen möglich wäre, einen vernunftkontrollierten Einbau von Kondomen ins Geschehen zu integrieren.

Resümee zum bisherigen und Ausblick zum zukünftigen Verhütungsverhalten

57 Prozent der befragten geben an, in Zukunft bei der Verhütung auf „Nummer sicher“ zu gehen. Und 15,7 Prozent planen weiters, in Zukunft allein die Kontrolle über die Verhütung zu halten.

Für 20,8 Prozent der Frauen sind mit der ungewollten Schwangerschaft zumindest die Zweifel an der eigenen Fruchtbarkeit ausgeräumt:

- » 56 Prozent der Frauen sind unter 25 Jahre alt, die das angeben. 26 Prozent sind zwischen 25 und 35 Jahre alt und 14 Prozent bis 44 Jahre alt.
- » 41,7 Prozent dieser Gruppe der Frauen haben immer verhütet
- » 46 Prozent von ihnen haben mit Kondom und/oder alternativ mit Aufpassen und Selbstbeobachtung verhütet,
- » 21 Prozent mit der Pille.
- » 70 Prozent haben noch keine Kinder;
- » 14 Prozent hatten einen vorhergehenden Schwangerschaftsabbruch.

Ein Experte aus dem Kuratorium kann dieses Ergebnis aus seiner Erfahrung bestätigen. Vor allem für Frauen, die seit vielen Jahren verhüten, sei diese Erfahrung auch damit verbunden, dass sie insgeheime Zweifel ausräume, ob man überhaupt (noch) Kinder bekommen könne.



Entstehung ungewollter Schwangerschaften: Erklärungsansätze, Zusammenhänge, Einflussfaktoren

Haltung zur Schwangerschaft und Ambivalenz

Haltung zur Schwangerschaft

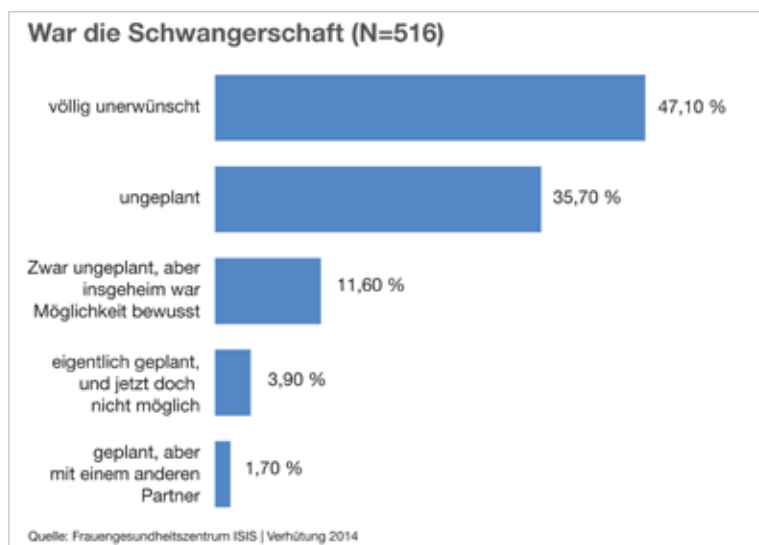


Tabelle 27

Die Haltung der entstandenen Schwangerschaft gegenüber ist völlig unabhängig vom Alter, vom Religionsbekenntnis, der Dauer und der Qualität der Beziehung oder davon, ob bereits ein Schwangerschaftsabbruch voran gegangen ist. Ebenfalls kein Zusammenhang besteht mit Herkunft.

Ambivalenz

Die Haltung zur Schwangerschaft wird in den derzeit verfügbaren Untersuchungen mit diversen Begrifflichkeiten differenziert. Häufig wird von „ungewollten“ Schwangerschaften gesprochen bezogen auf den Zeitpunkt der Entstehung (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2013, 11), wobei der Ausgang – Abbruch oder Austragen der Schwangerschaft – offen bleibt. „Ungeplant“ wird als Unterkategorie zu „ungewollt“ verwendet, als eine Schwangerschaft, die auf „diesen Zeitpunkt hin“ nicht geplant war. (ebenda, 11)



Die ExpertInnen, die in der Schwangerschaftskonfliktberatung tätig sind, sprechen überwiegend dann von Ambivalenz, wenn unterschiedliche Faktoren zusammentreffen, die sich auf die Gewolltheit einer Schwangerschaft beziehen, wie beispielsweise:

- » latenter Kinderwunsch, der aber aus unterschiedlichsten Gründen nicht realisierbar ist
- » beziehungsindizierte Gründe (Krisen, im Raum stehende Trennungen, ..)
- » Zweifel an der eigenen Fruchtbarkeit, der „biologischen Funktionstüchtigkeit“ als Frau
- » die „biologische Uhr“.

Diese Auffassung von Ambivalenz kann in Tiefeninterviews erforscht werden, ist mit einem schriftlichen Fragebogen aber nicht gut festzustellen.

Aus einer bundesdeutschen Studie weiß man, dass etwa 43,3 Prozent aller ungewollten Schwangerschaften abgebrochen werden.

Wir gehen deshalb prinzipiell davon aus, dass alle Schwangerschaften im Endeffekt „ungewollt“ sind, weil sie abgebrochen wurden. Innerhalb dieser ungewollten Schwangerschaften gibt es für uns zwei Bereiche (völlig unerwünscht oder ungeplant), die sehr eindeutig festlegen, dass die Schwangerschaft zum Zeitpunkt der Entstehung klar nicht gewollt war. Die drei anderen Antwortmöglichkeiten umschreiben insofern eine ambivalente Willenshaltung zur Entstehung und damit indirekt zur Schwangerschaft, als jedenfalls nicht davon auszugehen war, dass die Schwangerschaft klar nicht gewollt war. Damit gehen wir von einem Ambivalenzbegriff aus, der die Klarheit des ausgedrückten Willens der Frau als Basis hat. Danach kann angenommen werden, dass 17 Prozent der Befragten eine ambivalente Haltung haben.

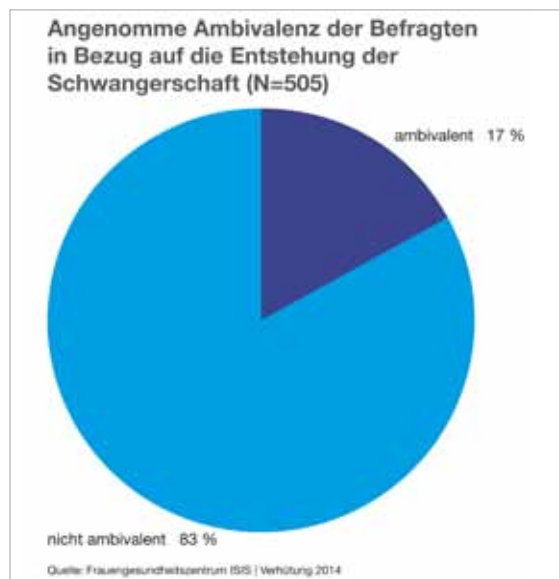


Tabelle 28

Der Einfluss der Ambivalenz auf das Verhütungsverhalten lässt sich relativ eindeutig nachweisen:

- » Zwischen Ambivalenz und Verhütungsverhalten besteht ein erkennbarer, signifikanter mittlerer Zusammenhang.
- » Während des vergangenen halben Jahres vor Eintritt der Schwangerschaft haben Frauen mit ambivalenter Haltung zur Schwangerschaft häufiger nicht oder nur ab und zu verhütet.

- » In der konkreten, erinnerten Entstehungssituation der Schwangerschaft haben 52,8 Prozent verhütet: Frauen, die keine ambivalente Einstellung zur entstandenen Schwangerschaft haben, haben erkennbar häufiger verhütet als Frauen mit einer ambivalenten Einstellung zur Schwangerschaft.
- » Umgekehrt haben 70,2 Prozent der Frauen, die eine ambivalente Einstellung zur Potentialität der Entstehung der Schwangerschaft hatten, nicht verhütet, während die Zahl der nicht ambivalenten Frauen genau im Durchschnitt liegt.

Ambivalente Haltungen werden von den befragten ExpertInnen als eine von mehreren Ursachen für das Entstehen ungewollter Schwangerschaften vermutet. Die dabei in Erwägung gezogenen psychodynamischen Faktoren reichen von ambivalentem Kinderwunsch über unbewusste Beziehungswünsche in Partnerschaftskonflikten oder Trennungsphasen bis hin zu konflikthaften Beziehungen in der Herkunftsfamilie. „Bei Teenagerschwangerschaften weiß man, dass ungewollte Schwangerschaften von ihnen oft sehr spät erkannt werden. Oft werden die Schwangerschaften vorerst verdrängt. Besonders Mädchen aus Familien, in denen häusliche Gewalt und sexueller Missbrauch vorgeherrscht haben, haben oftmals selber eine schwierige Beziehung zum eigenen Körper. Daher können sie auch bei der Verhütung nicht gut mit sich umgehen. Außerdem könnte das Schwangerwerden ein unbewusstes Wiedergutmachen der eigenen Geschichte sein.“ (Psychologin)

Die befragten ExpertInnen sind davon überzeugt, dass es eine gewisse Anzahl an ungewollten Schwangerschaften u.a. aufgrund dieser psychodynamischen Aspekte immer geben werde. Diese seien gesellschaftlich und strukturell nicht groß veränderbar, das sei etwas Existenzielles zwischen Menschen und auch eine Möglichkeit, wie Frauen ihre unbewussten Sehnsüchte, Wünsche und Bedürfnisse ausleben können. „Ein Gespräch ist oft sehr entlastend, wenn sie in dieser Paniksituation und mit einem schlechten Gewissen erkennen, dass sie die positive Absicht der Schwangerschaft und damit eine Art Verabschiedung vollziehen können. Dergestalt könne ein Schwangerschaftsabbruch auch ein positiver Entwicklungsprozess in einem Frauenleben sein.“ (Psychologin)

Kritik an verfügbaren Verhütungsmethoden

Ein großer Teil der Verhütungsproblematik der befragten Frauen ist von der starken Präferenz für nicht-hormonelle, wenig wirksame Verhütungsmethoden und der Ablehnung hormoneller, stärker wirksamerer Methoden gekennzeichnet. In vielen Fällen scheint die ungewollte Schwangerschaft nur die Folge eines über lange Zeit gelebten Methodenkonflikts zu sein.

Hormone und die mangelnde Verfügbarkeit passender Verhütung

53 Prozent der befragten Frauen vermeiden hormonelle Verhütungsmethoden aus Sorge vor möglichen negativen Nebenwirkungen. In der Gruppe der Frauen, die nicht verhütet haben, sind es sogar 61 Prozent.

Völlig übereinstimmend beziehen sich sowohl die Frauen, die angeben, verhütet zu haben, wie auch die Frauen, die angeben, nicht verhütet zu haben, zu 54 Prozent auf eigene

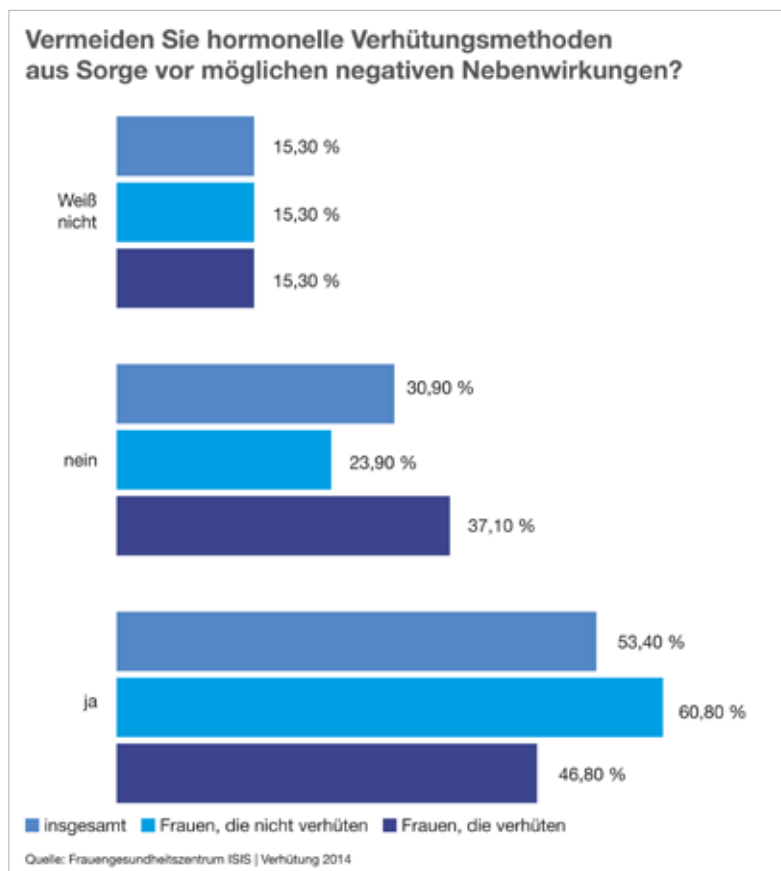


Tabelle 29

Erfahrungen, gefolgt von 16 Prozent, die sich auf Berichte in Zeitungen, Fernsehen, Internet, Erfahrungen von Freundinnen oder weiblicher Familienmitglieder (20 Prozent) berufen. Jene, die angeben, verhütet zu haben, beziehen sich zu acht Prozent auf ärztliche Empfehlungen und jene, die nicht verhütet haben, zu vier Prozent.

Dieser Befund erhärtet den Ansatz, dass „nicht verhüten“ bzw. „schlecht verhüten“ – im Sinne der Anwendung wenig wirksamer Methoden – Frauen in ein Verhütungsvakuum bringt, das sie selbst eigentlich nicht wollen und das für sie ungewollte Schwangerschaften zur Folge hatte.

In europaweiten Befragungen sind hormonelle Verhütungsmethoden so wie in Österreich die häufigsten Methoden. Im europäischen Durchschnitt verhüten 32 Prozent aller Frauen mit oralen Kontrazeptiva, in Österreich 54% (Österreichischer Verhütungsreport 2012, 12) und in Frankreich knapp die Hälfte aller Frauen im reproduktiven Alter (Cibula 2008, 362). Die Frauen, die keine oralen hormonellen Verhütungsmethoden (bzw. keine mehr) anwenden, geben in dieser europaweiten Studie folgende Erfahrungen an: Gewichtsanstieg (32 Prozent), medizinische Gründe (51 Prozent) und tägliche Einnahme (42 Prozent). Demgegenüber berichten in der österreichischen Repräsentativerhebung (Österreichische Verhütungsreport 2012, 23) lediglich 4% der befragten Frauen über Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten unter Anwendung oraler hormoneller Kontrazeptiva.

Die befragten ExpertInnen diskutieren die Sorge vor gesundheitlichen und anderen Nebenwirkungen der befragten Frauen intensiv. Als ein Aspekt wird ein großes Wissensdefizit identifiziert, das nach einer evidenzbasierten Informations- und Aufklärungsarbeit verlange. Es brauche etwa konkrete Informationen darüber, wie groß das Risiko für Thrombose tatsächlich ist: Wie häufig kommt dies vor? Welche Rolle spielen etwa Risikofaktoren wie Alter, Gewicht, Schwangerschaft, Wochenbett, Rauchen, wenig Bewegung und Pille? Was für Alternativen haben Frauen, die nicht hormonell verhüten? Wie schaut es aus, wenn ich eine hormonelle Verhütung nehme? Und welchen Effekt hat das im Verhältnis zur Gesamtpopulation? „Es werden ja immer nur die relativen Risikozahlen vermittelt, die dann heißen: ‚Das Thromboserisiko ist doppelt so hoch.‘ Aber ich muss ja wissen, doppelt so hoch wovon? Und wie schaut das Risiko aus, wenn ich keine Pille nehme und so und so alt bin und rauche?“ (Psychologin) Das gut darzustellen, wäre sehr hilfreich. Dann könnten die Frauen ihre Entscheidung wissenschaftlich treffen.

Diverse evidenzbasierte Studien zu Risikofaktoren der hormonellen Verhütung fänden schwer Zugang zu FrauenärztInnen oder der Medienöffentlichkeit. (Vessey/Yeates 2013; Szarewski/Mansour 1999) Ein Beispiel dafür sei, dass bis vor kurzem die Fachmeinung bestanden hätte, dass man die Hormonspirale bei Teenagern und ganz jungen Frauen nicht einsetzen könne. „Seit einem Jahr wird sie in den USA jedoch dezidiert empfohlen. Nichtsdestotrotz ist die Angst ist bei uns noch weit verbreitet.“ (Gynäkologin)

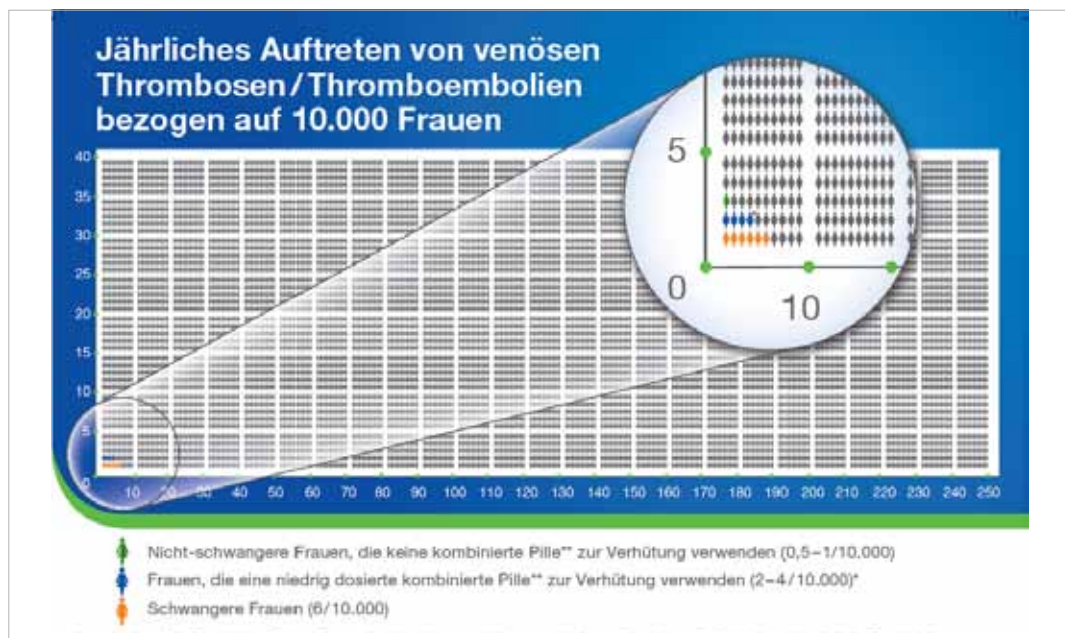


Tabelle 30 | Quelle: Dinger, J (2008), EURAS-Studie, 10th Congress of the European Society of Contraception

Dass die Angst der Frauen vor gesundheitlichen Folgen hormoneller Verhütungsmittel durch eine gute Familienanamnese und eine diesbezügliche Aufklärung minimiert werden könne, sei ein weiterer Aspekt, der zu wenig beachtet würde.¹

Demgegenüber wird von manchen ExpertInnen eine medial hochgespielte „Antihormonpropaganda“ angesprochen. Ein Experte bezeichnet die wachsende Ablehnung von Hormonen als „moderne Mythen, welche die alten Mythen abgelöst haben“. Deren manipulative Verwendung sei der Hintergrund für viele ungewollte Schwangerschaften, was nicht nur in Mitteleuropa, sondern insbesondere in Schweden einer der Hauptgründe für sehr hohe Schwangerschaftsabbruchraten ist.

Dagegen wird die Nutzenstiftung, die mit hormoneller Verhütung einhergehen kann, nicht entsprechend kommuniziert. „Ich bin froh, dass es die Pille gibt und sage immer, welche Vorteile die Frauen durch die Pille haben. Ich kläre nicht nur über die Nebenwirkungen auf, dazu bin ich verpflichtet, sondern ich erwähne auch, dass ein Schutz vor Gebärmutterkrebs besteht, sie einen regelmäßigen Zyklus und keine Regelschmerzen mehr haben. Viele Kollegen vergessen bei der Aufklärung zu erwähnen, dass die Pille auch sehr positive Effekte hat.“ (Gynäkologin)

¹ Während eine befragte Gynäkologin dafür eintritt, bei der gynäkologischen Erstuntersuchung eine APC-Resistance Bestimmung zur Erhebung eines Thrombose- oder Embolierisikos durchführen zu lassen, die seitens der Krankenkasse finanziert werden solle, vertreten die anderen befragten ExpertInnen die Meinung, dass eine gute Familienanamnese genüge, um allfällige Risikofaktoren identifizieren zu können.

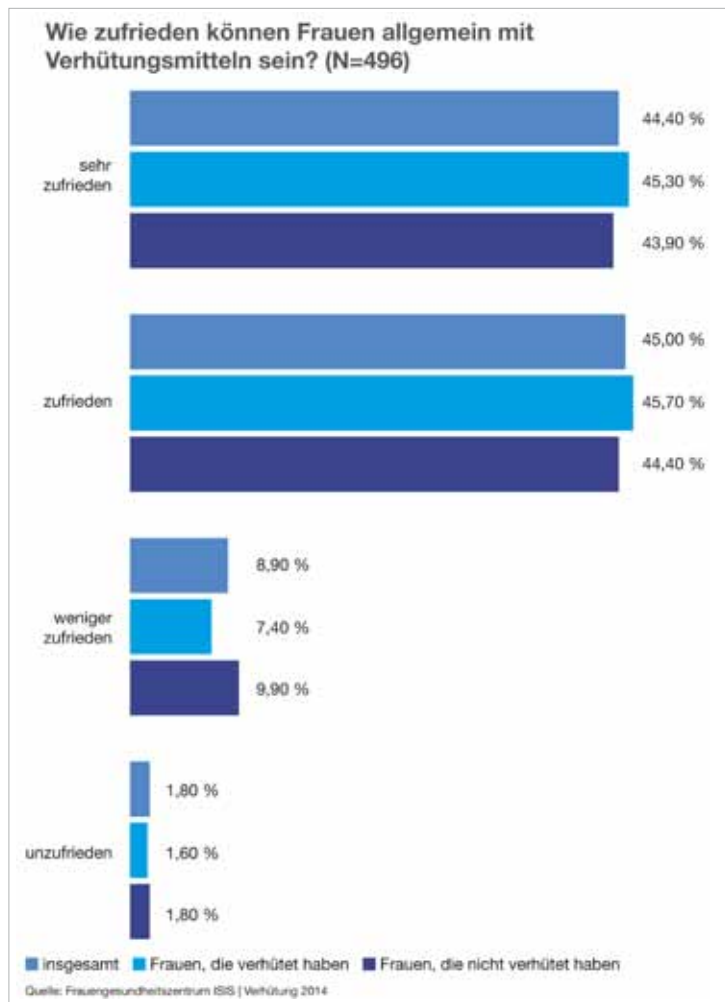


Tabelle 31

Zufriedenheit mit verfügbarer Verhütung

- » Zehn Prozent der Frauen geben an, dass Frauen grundsätzlich derzeit mit den verfügbaren Verhütungsmethoden weniger oder nicht zufrieden sein können.
- » Frauen, die nicht verhütet haben, glauben, dass Frauen unzufriedener sind als Frauen, die verhütet haben.

Die eigene, persönliche Zufriedenheit der befragten Frauen weicht stark davon ab, wie diese Frauen meinen, dass das Verhütungsmittelangebot im Allgemeinen ist. Das bedeutet, dass aufgrund ihrer Erfahrung und ihren Möglichkeiten und Bedürfnissen eine Kluft zwischen der allgemeinen Situation und der persönlichen verspürt wird.

- » Statistisch besteht zwischen der persönlichen Zufriedenheit und dem Verhütungsverhalten ein starker signifikanter Zusammenhang.

Zufriedenheit mit verfügbaren Verhütungsmitteln				
	Frauen, die verhütet haben		Frauen, die nicht verhütet haben	
	allgemeine Zufriedenheit	persönliche Zufriedenheit	allgemeine Zufriedenheit	persönliche Zufriedenheit
sehr zufrieden	45,3	16,8	43,9	22,8
zufrieden	45,7	50,8	44,4	48,4
weniger zufrieden	7,4	25,0	9,9	24,2
unzufrieden	1,6	7,4	1,8	4,6

Tabelle 32 | Frauengesundheitszentrum ISIS | Verhütung 2014

Europaweit sind rund 80 Prozent der Frauen sehr zufrieden oder zufrieden mit ihrer aktuellen Verhütungsmethode. (Cibula 2008, 366) Am wenigsten zufrieden sind jene Frauen, die „andere Methoden“ und Kondome benützten. (ebd., 373)

Lebensweltliche und soziale Einflussfaktoren

Eine Reihe soziodemografischer und lebensweltlicher Faktoren fallen zusätzlich auf und bilden den Rahmen, innerhalb dessen die bisher diskutierten Ergebnisse auftreten.

- » Bildungsabschluss: Frauen mit höherem Bildungsabschluss (Matura und Hochschul- bzw. Universitätsabschluss) haben häufiger Schwangerschaftsabbrüche und deutlich weniger Kinder.
 - Diese Frauen arbeiten überwiegend Vollzeit und haben teilweise höhere berufliche Belastungen;
 - Annahme: Vereinbarkeit von Beruf und Familie/Beruf und Karriere oder Kinder könnte für diese Gruppe ein besonderes Thema sein
- » Herkunft: 31,1 Prozent der Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen, sind nicht in Österreich geboren. Dieser Anteil liegt um elf Prozentpunkte über dem österreichweiten Durchschnitt.
- » Aufenthaltsdauer: Schwangerschaftsabbrüche von Frauen mit nicht-österreichischer Herkunft erfolgen ganz überwiegend von Frauen, die noch nicht lange in Österreich sind; zwei Prozent der Frauen, die nicht-österreichischer Herkunft sind, sind Asylwerberinnen.
- » Religion: Grundsätzlich lehnen Frauen mit religiösem Hintergrund häufiger hormonelle Verhütungsmethoden ab; Partner bestimmen bei bestimmten Gruppen häufiger die Methodenwahl.
- » Einkommenssituation: Die soziale Lage ist lediglich für eine kleine Gruppe ein potentieller Einflussfaktor (Asylwerberinnen, Migrantinnen, nicht erwerbstätige Frauen).

- » Biografischer Status in Bezug auf die Reproduktion: Gemessen am Median der Kinderanzahl der befragten Frauen haben diese das Niveau der österreichischen Fertilitätsrate bereits überschritten. Im gesellschaftlichen Sinn haben sie ihre „Reproduktionspflichten“ erfüllt.
- » Mehrfach-Schwangerschaftsabbrüche: Auffällig ist die Wiederholungsproblematik in kurzen Zeitabständen. Bei einer großen Gruppe (57 Prozent der Frauen) liegt der Abbruch erst maximal drei Jahre zurück, 45 Prozent der Frauen hatten den letzten Schwangerschaftsabbruch innerhalb der vergangenen zwei Jahre.
 - Frauen, die im vorangegangenen Jahr schon eine Abtreibung hatten, sind etwas ambivalenter in ihrer Haltung zur Schwangerschaft.
 - 40 Prozent von ihnen haben bereits ein Kind, 55 Prozent haben zwei und fünf Prozent haben drei und mehr Kinder.
 - Hoher Anteil von Mehrfachabbrüchen bei Frauen nicht-österreichischer Herkunft
 - Wenn überhaupt, lang zurückliegende gynäkologische Verhütungsberatung



Soziodemografie und lebensweltliche Parameter

Soziodemografie

Alter

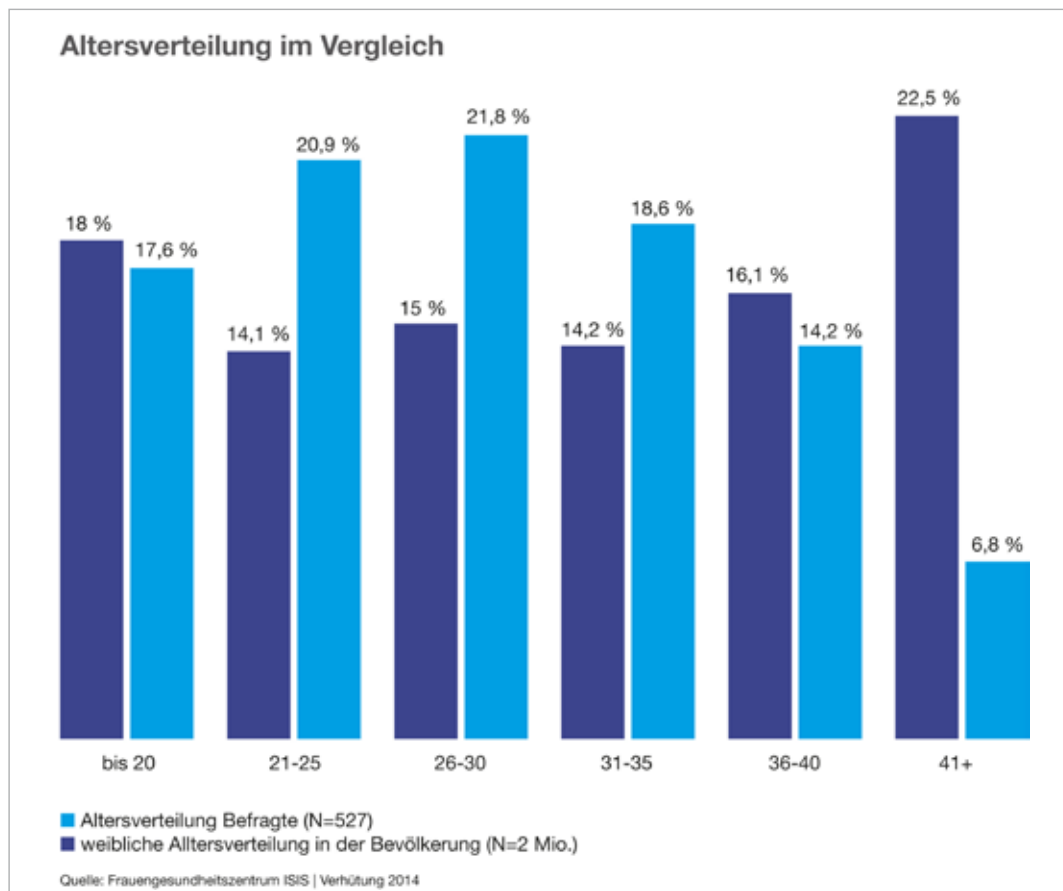


Tabelle 33

Die befragten Frauen sind zwischen 14 und 46 Jahre alt.

- » 60 Prozent der Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen, sind zwischen 14 und 30 Jahre alt.
- » Der Altersdurchschnitt (Median) liegt bei 28 Jahren
- » Zehn Prozent der Frauen sind unter 18 Jahre und zehn Prozent der Frauen sind über 40 Jahre alt.



Vergleicht man die Verteilung der Altersgruppen der befragten Frauen mit der Verteilung der österreichischen weiblichen Bevölkerung von 14–46 Jahren zeigt sich an den höheren bzw. niedrigeren Anteilen der Befragtengruppen, in welchen Altersphasen stärkere oder geringere Schwangerschaftsabbruchhäufigkeiten auftreten.

- » 43 Prozent aller Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen, sind zwischen 20 und 30 Jahre alt: Diese Gruppe hat offenbar ein besonders hohes Risiko, ungewollt schwanger zu werden.

Vergleicht man die Altersverteilung der befragten Frauen mit jener der Abbruchgruppe der österreichischen empirischen Untersuchung zum Schwangerschaftsabbruch aus 1983 fällt – bei allen eventuell nicht im Detail klärbaren Unschärfen – eine große Diskrepanz auf:

Altersverteilung von Frauen mit Schwangerschaftsabbruch 2013 + 1983		
	2013	1983
bis 18	7,7	23,7
19 bis 21	9,3	37,5
22 bis 24	15,0	20,0
25 und älter	68	18,7

Tabelle 34 | Frauengesundheitszentrum ISIS | Verhütung 2014

Demnach verlagern sich die Schwangerschaftsabbrüche im Lauf der vergangenen 30 Jahre weg von jüngeren Frauen in Richtung von Frauen im mittleren und höheren Reproduktionsalter. Die Plausibilität dieser Entwicklung wird durch die Ergebnisse im Verhütungsverhalten gestützt.

Bildungsstand

- » Rund 19 Prozent der befragten Frauen verfügen über einen Pflichtschulabschluss als höchste abgeschlossene Ausbildung
- » Fast ein Drittel der befragten Frauen hat einen Bildungsabschluss, der über der AHS/BHS liegt

In der Verteilung weicht der Bildungsstand der befragten Frauen stark vom Bildungsstand der österreichischen Bevölkerung ab.

- » Der Anteil der Frauen mit sehr hohem Bildungsabschluss ist doppelt so hoch wie in der Durchschnittsbevölkerung: Dieser Abstand vergrößert sich noch bei Frauen zwischen 20 und 34 Jahren.
- » Vermutungen:
 - Möglicherweise haben anteilig mehr Frauen mit höherem Bildungsabschluss den (doch recht umfangreichen) Fragebogen ausgefüllt
 - Aus der Literatur (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

2013, 23) ist bekannt, dass Frauen mit höherem Abschluss Schwangerschaften häufiger als Frauen mit niedrigem Bildungsabschluss unterbrechen

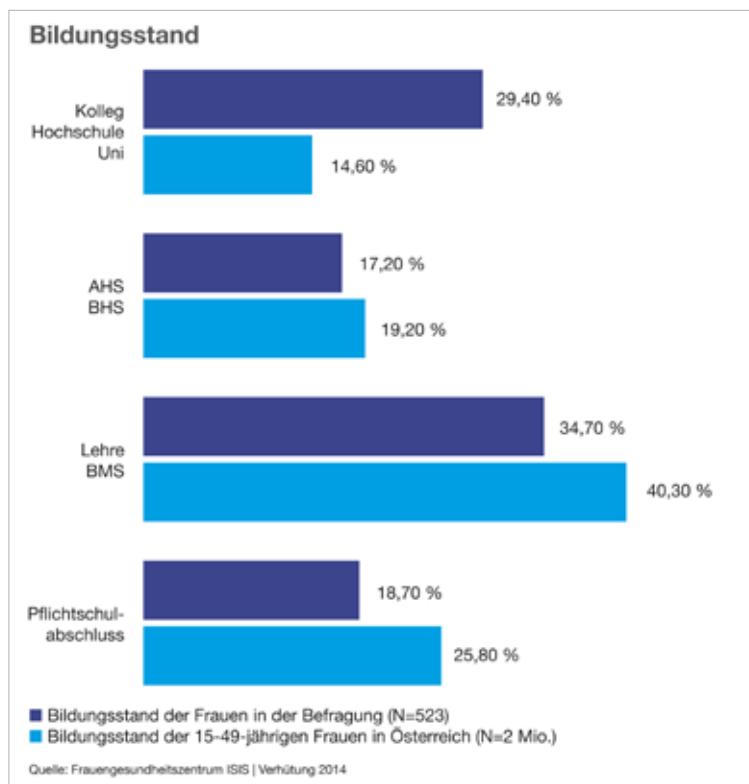


Tabelle 35

- Frauen mit höherem Bildungsabschluss lehnen hormonelle Verhütung häufiger ab und greifen zu mechanischen Verhütungsmitteln.

Im Vergleich zur Studie aus 1983 hat sich auch der Bildungsstand der Frauen, die Schwangerschaften abbrechen, etwas verändert, was aber im Wesentlichen an der allgemeinen Entwicklung im Bildungswesen liegen dürfte. Auffallend ist lediglich eine starke Vergrößerung des Anteils von Frauen, die einen Bildungsabschluss haben, der über einem AHS-BHS-Abschluss liegt.

Unter Einbezug der allgemeinen Entwicklungen in der Ausbildung der Frauen kann vermutet werden, dass die Tendenz, dass Frauen mit höherer Bildung Schwangerschaften häufiger unterbrechen als Frauen mit niedriger Bildung, ausgeprägter geworden ist.

Herkunft

- » 31,1 Prozent der Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen, sind nicht in Österreich geboren. Dieser Anteil liegt um elf Prozentpunkte über dem österreichweiten Durchschnitt. (Österreichweit sind in der Altersgruppe von 15-49 Jahren rund 20 Prozent der weiblichen Bevölkerung nicht in Österreich geboren.)
- » Jeweils rund 22 Prozent der Frauen, die eine nicht-österreichische Herkunft angeben, stammen aus Deutschland und aus Staaten des ehemaligen Jugoslawien. 25 Prozent kommen aus angrenzenden östlichen Nachbarstaaten sowie Polen, Bulgarien und Rumänien.

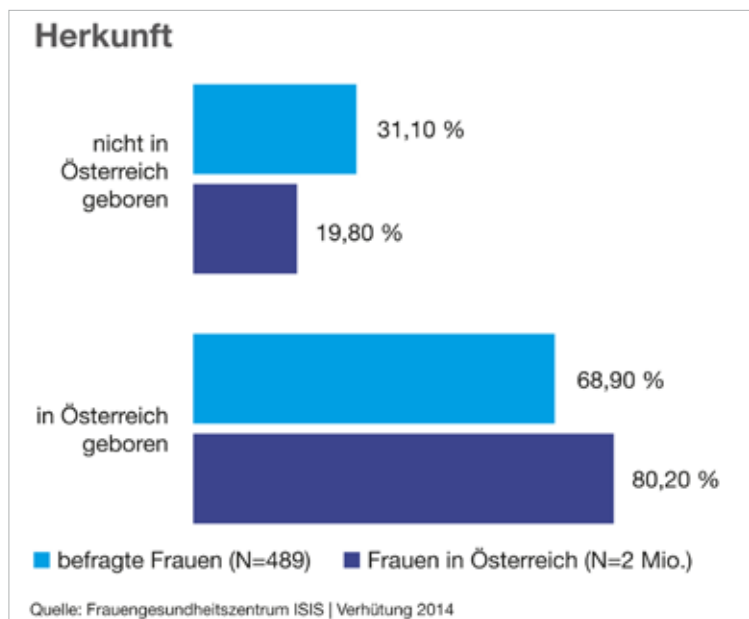


Tabelle 36

- » Aufenthaltsdauer:
 - 20 Prozent sind maximal zwei Jahre in Österreich
 - 40 Prozent sind weniger als sechs Jahre in Österreich und
 - 50 Prozent sind weniger als acht Jahre in Österreich.
 - In der Gruppe der Frauen mit nicht-österreichischer Herkunft erfolgen anteilig die meisten Schwangerschaftsabbrüche bei Frauen, die noch nicht lange in Österreich sind
 - Nach zehn Jahren Aufenthalt kommt es nochmals zu einer Häufung
 - Zwei Prozent der Frauen, die nicht-österreichischer Herkunft sind, sind Asylwerberinnen.

Frauen aus den angrenzenden östlichen Nachbarstaaten und aus Deutschland haben häufig keine Aufenthaltsdauer angegeben. Hier liegt die Vermutung nahe, dass es in einem gewissen Ausmaß auch Abbruchtourismus in Grenzgebieten gibt.

Wohnsituation

- » Die befragten Frauen leben im Alter bis 20 zu fast 70 Prozent noch bei den Eltern; in allen anderen Altersgruppen überwiegen in der eigenen Wohnung.
- » Personen mit nicht-österreichischer Herkunft leben deutlich häufiger (10,8 Prozent) in der Wohnung des Partners.
- » Rund 45 Prozent der Frauen (N=417) kommen aus großen Ballungsräumen.
- » Eben so viele kommen aus kleinen Gemeinden bis 10.000 EinwohnerInnen.
- » 10,8 Prozent stammen aus mittleren Gemeinden (bis 50.000 EW).
- » Auffällig ist, dass besonders bei jungen Frauen unter 20 Jahren eine Herkunft aus kleinen Gemeinden (60 Prozent) überwiegt.

Erwerbsstatus

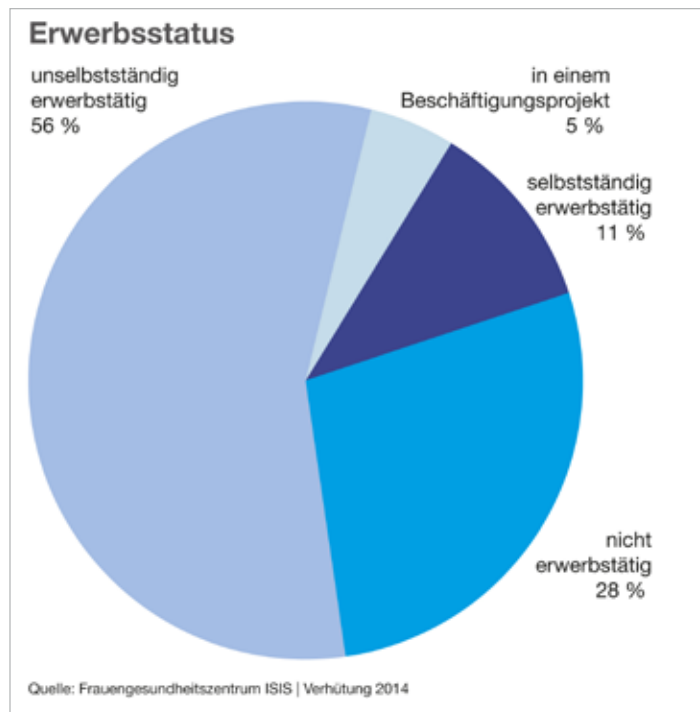


Tabelle 37 | Frauengesundheitszentrum ISIS | Verhütung 2014

- » 68 Prozent der unselbständig erwerbstätigen Frauen arbeiten Vollzeit und 30,3 Prozent Teilzeit. Das bedeutet, dass die befragten Frauen überwiegend in Beschäftigungsformen arbeiten, die mit Kindern schwieriger vereinbar sind.
- » Noch höher ist der Anteil der vollzeitbeschäftigten Frauen bei den selbstständig erwerbstätigen Frauen mit 75 Prozent.
- » Von den nicht erwerbstätigen Frauen sind 49 Prozent in Ausbildung (ein großer Teil der jungen Frauen bis 25 fällt in diese Gruppe).
- » Den zweitgrößten Anteil an der Gruppe der nicht erwerbstätigen Frauen haben Frauen, die in Karenz bzw. Babypause sind (24 Prozent).

Finanzielle Situation

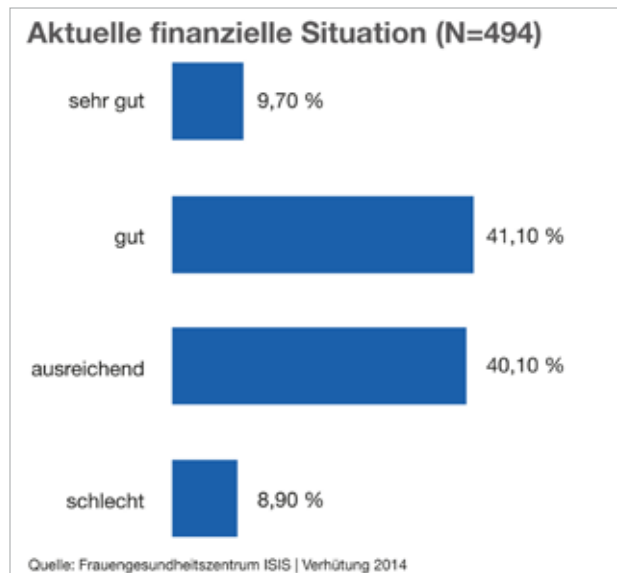


Tabelle 38

- » Der Großteil der befragten Frauen scheidet die Einschätzung der aktuellen finanziellen Situation bei „gut“ oder bei „ausreichend“ an.
- » Jeweils knapp unter zehn Prozent geben an, „sehr gut“ oder „schlecht“ gestellt zu sein.
- » Einem Drittel der nicht in Österreich geborenen Frauen geht es finanziell schlecht.
- » Frauen, die nicht erwerbstätig sind, geben häufiger an, dass es ihnen finanziell schlecht geht. Dabei handelt es sich um Frauen in Ausbildung oder in Karenz.

Lebensform | Partnerbeziehung

Partnerschaft:

- » Mehr als zwei Drittel geben an, in einer festen Partnerschaft zu leben.
- » Zwischen Alter und Lebensform besteht ein Zusammenhang:
 - Rund 40 Prozent der Frauen bis 19 Jahre leben in keiner festen Partnerschaft.
 - Der Prozentsatz der Singles sinkt mit steigendem Alter auf 15 Prozent (Frauen 40+).

Partnerschaftsdauer

- » Partnerschaften bestehen durchschnittlich 3,5 Jahre (Median, MW: 5,9 Jahre). Der Modus liegt bei zwei Jahren.
- » Ein Viertel der Partnerschaften dauert kürzer als 1,5 Jahre.
- » 75 Prozent dauern kürzer als zehn Jahre. Die längste Partnerschaft bestand zum Zeitpunkt der Befragung 30 Jahre. Bis 25 Jahre beträgt die durchschnittliche Dauer der festen Partnerschaft zwei Jahre (Median). Ab 26 steigt die Beziehungsdauer sukzessive an: auf 4,8 Jahre, liegt mit 35 bei 7,4 Jahren und mit 40 bei zehn Jahren.

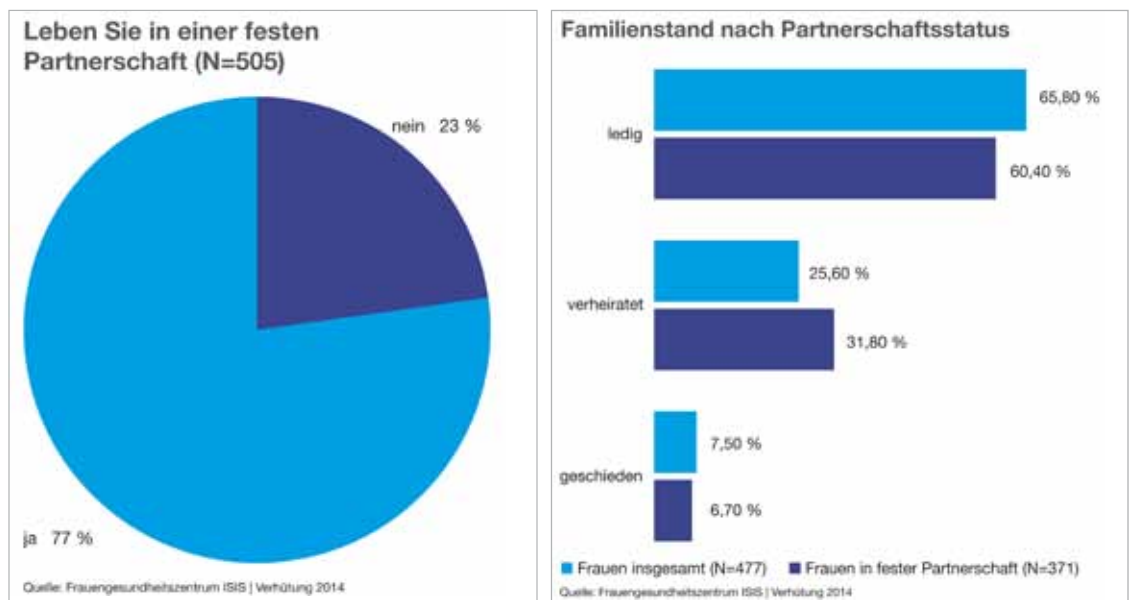


Tabelle 39 und Tabelle 40

Stabilität:

- » 79,3 Prozent der Partnerschaften sind stabil; 16,5 geben an, oft Probleme zu haben und 4,3 Prozent leben in Trennung.
- » Die Stabilität ist überwiegend unabhängig vom Alter der Frauen. Trennungssituationen häufen sich zwischen 26 und 35 Jahren.
- » Bei länger als 15 Jahre bestehenden Partnerschaften ist die Stabilitätsangabe mit 92,9 Prozent am höchsten, der Rest gibt an, oft Probleme zu haben. Anders der Stabilitätszustand der Partnerschaft bei einer Dauer von ein bis drei Jahren: Etwas mehr als ein Fünftel gibt an, oft Probleme zu haben.

Familiärer Status

- » 60,4 Prozent der Frauen, die in festen Partnerschaften leben, sind ledig,
- » 31,8 Prozent verheiratet und
- » 6,7 Prozent geschieden.

Biografischer Status in Bezug auf Reproduktion

Rund die Hälfte der befragten Frauen hat ein oder mehrere Kind/er. Diese Frauen erreichen mit einer durchschnittlichen Kinderzahl von zwei Kindern (Median) die aktuelle durchschnittliche Fertilitätsrate in Österreich. Die offizielle aktuelle Geburtenziffer geht von 1,7 Kindern pro Frau in Österreich aus, eine korrektere, tempobereinigte Geburtenziffer (durch die langsame Verschiebung von Geburten in höhere Alterskohorten) liegt bei 1,6 Kindern pro Frau.¹

¹ Vgl. dazu genauer: Sobotka, Tomáš/Wolfgang Lutz (2011), Wie die Politik durch falsche Interpretationen der konventionellen Perioden-TFR in die Irre geführt wird, In: Comparative Population Studies – Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft, Jg. 35, 3 (2010), 665-696.

Die prozentuelle Verteilung der Kinderanzahl pro Frau entspricht exakt dem Durchschnitt österreichischer Familien.

Je höher der Bildungsstand der befragten Frauen ist, umso seltener haben sie Kinder. 62 Prozent der Frauen, die keine Kinder haben, haben Matura- oder Hochschulniveau. Von den Frauen, die Kinder haben, haben nur 37,4 Prozent ein höheres Bildungsniveau.

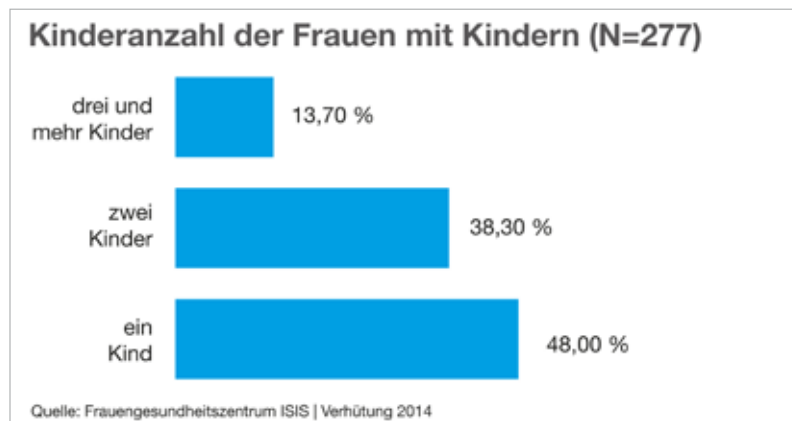


Tabelle 41

Die Altersverteilung der Frauen mit Kindern zeigt aber, dass viele Frauen erst am Anfang ihrer reproduktiven Lebensphase stehen und damit zu rechnen ist, dass sie noch weitere Kinder bekommen werden.

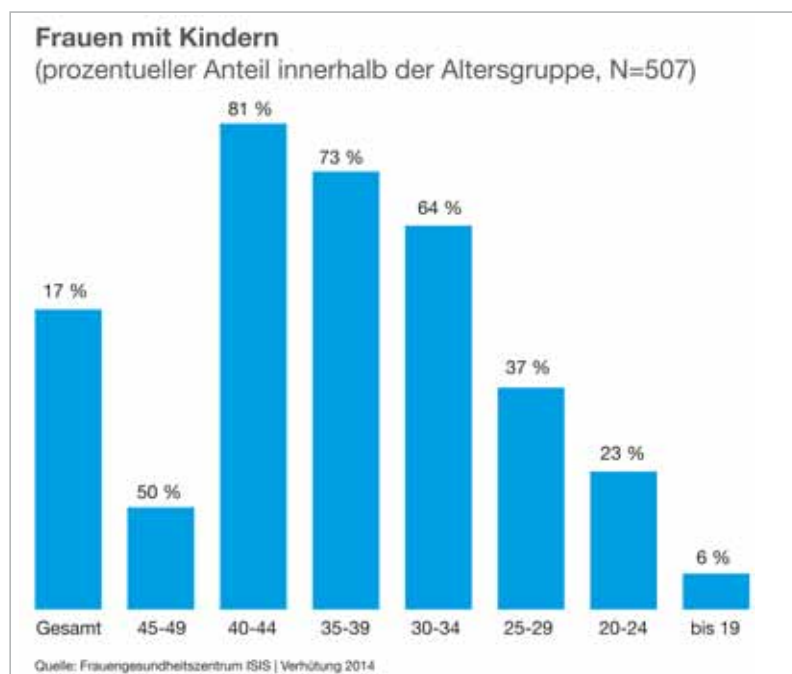


Tabelle 42

Zukünftige Einstellungen zur Fertilität

Späterer Kinderwunsch

54,3 Prozent der befragten Frauen geben an, dass sie nach dem erfolgten Abbruch noch später Kinder haben möchte. Für diese große Gruppe trat die ungewollte Schwangerschaft auch zum falschen Zeitpunkt ein.



Tabelle 43

- » In dieser Gruppe der Frauen gaben 42 Prozent an, immer verhütet zu haben
- » 20,6 Prozent hatten bereits einen oder mehrere Abbrüche
- » die Ambivalenz ist niedrig (nur bei 20 Prozent)
- » 20,6 Prozent haben bereits ein oder mehrere Kind/er
- » Ihr Verhütungsverhalten unterscheidet sich kaum vom durchschnittlichen Verhütungsverhalten (46 Prozent Kondom, 26,3 Prozent Pille, 17 Prozent Coitus interruptus und/oder Selbstbeobachtung)

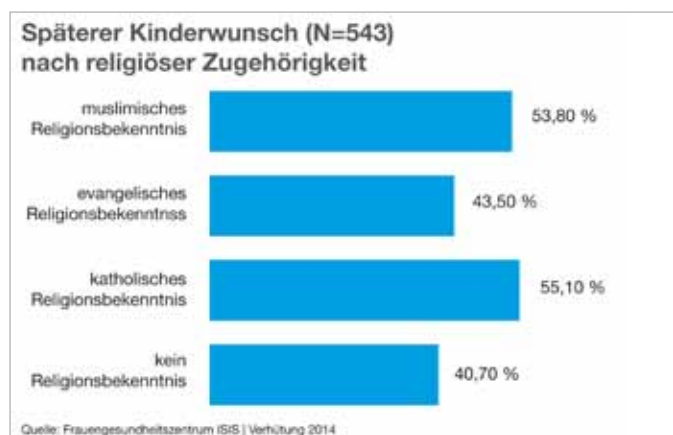


Tabelle 44

Kein späterer Kinderwunsch mehr

30,7 Prozent der Befragten möchten nicht mehr schwanger werden.

- » In dieser Gruppe haben 82 Prozent schon mindestens ein Kind, zwei Drittel haben bereits zwei oder mehr Kinder
- » 31 Prozent von ihnen hatten bereits einen oder mehrere Abbrüche; diese Frauen haben keine ambivalente Haltung zur Schwangerschaft
- » Die Altersverteilung: 22 Prozent sind unter 30 Jahre alt, der Rest über 30 Jahre.

Schwangerschaftsabbrüche

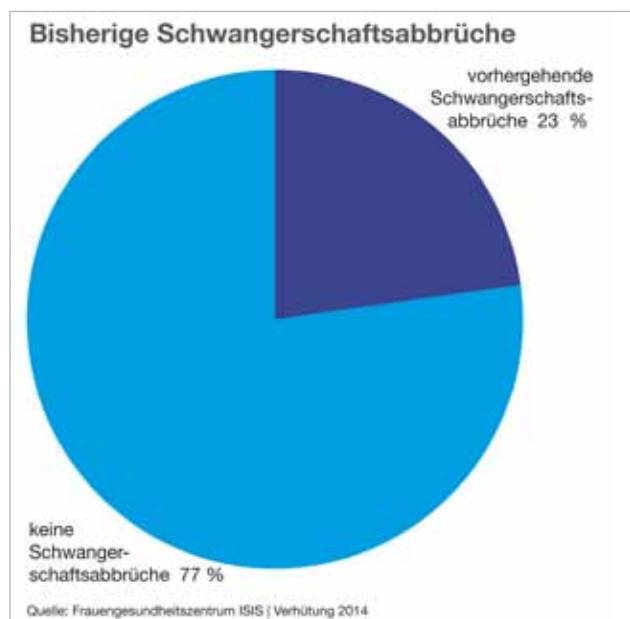


Tabelle 45

- » 77 Prozent der befragten Frauen hatten zuvor noch keinen Schwangerschaftsabbruch. Von den Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch machen ließen, hatten bereits 23 Prozent einen oder mehrere Abbrüche davor.
 - 78 Prozent dieser Gruppe hatten einen Schwangerschaftsabbruch,
 - 12,6 Prozent hatten bereits zwei und
 - 9,5 Prozent hatten drei Abbrüche.
- » Sechs Prozent der Frauen, die bereits eine Schwangerschaft abgebrochen haben, sind unter 20 Jahre alt. Fast 50 Prozent sind zwischen 21 und 30 Jahre alt, 40 Prozent sind zwischen 31 und 40.
- » 57 Prozent der Frauen hatten den letzten Schwangerschaftsabbruch innerhalb der vergangenen drei Jahre.
- » 45 Prozent der Frauen hatten den letzten Schwangerschaftsabbruch innerhalb der vergangenen zwei Jahre.
- » Ein Viertel der Abbrüche liegt erst ein Jahr zurück.

- » Grundsätzlich haben Frauen, die nicht in Österreich geboren sind, bereits häufiger einen Schwangerschaftsabbruch hinter sich. Überdurchschnittlich viele Frauen, deren letzter Schwangerschaftsabbruch maximal ein Jahr zurückliegt, sind nicht in Österreich geboren.

Vorhergehende Geburten und betreuendes Umfeld

Bei mehr als einem Viertel der Frauen liegt die letzte vorhergehende Geburt zwei Jahre und bei mehr als der Hälfte liegt sie bis zu vier Jahre zurück. Bei einer weiteren großen Gruppe liegt sie aber schon mehr als zehn Jahre zurück.



Tabelle 46

Mehr als die Hälfte der Frauen, die bereits Kinder haben, hat in der Geburtsvorbereitung oder nach der Entbindung über Verhütung gesprochen. Ganz überwiegend (66 Prozent der Fälle) hat der/die betreuende Gynäkologe/in die Verhütung angesprochen. In 17 Prozent der Fälle hat die betreuende Hebamme Verhütung thematisiert.

42 Prozent der befragten Frauen hatten im vergangenen Jahr kein Gespräch mit einer/m Gynäkologin/en zum Thema Verhütung. Drei Prozent der Frauen geben an, keine/n Gynäkologin/en zu haben.

Die Betreuungssituation der befragten Frauen und der Frauen insgesamt in Österreich wird in den Kuratoriumssitzungen und den Expertinneninterviews mehrfach behandelt.

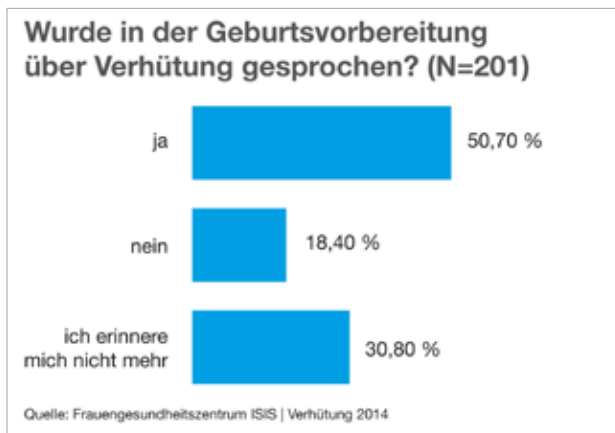


Tabelle 47

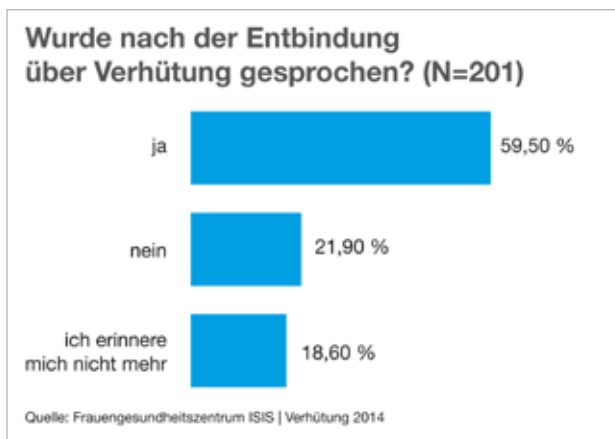


Tabelle 48



Tabelle 49

Nach wie vor gibt es nur zwei Situationen, in denen niedergelassene FachärztInnen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe eine Verhütungsberatung mit der Krankenkasse abrechnen können: Bei der gynäkologischen Erstuntersuchung sowie nach Geburten. Vor diesem Hintergrund ist es für die befragten ExpertInnen nachvollziehbar, warum mehr als die Hälfte der Respondentinnen angeben, innerhalb des letzten Jahres kein gynäkologisches Gespräch über Verhütung geführt zu haben.

Die ExpertInnen verweisen in diesem Zusammenhang jedoch auch darauf, dass es keine fundierte Ausbildung zu Verhütung im Rahmen des Medizinstudiums gibt und dieses Thema auch nicht systematisch im Rahmen der Turnusausbildung oder der Fachausbildung behandelt wird. Demzufolge haben AllgemeinmedizinerInnen, aber auch GynäkologInnen nach Abschluss ihrer Qualifizierung oftmals wenig evidenzbasiertes Wissen über Verhütungsmethoden.

„In dem Krankenhaus xy war Verhütung überhaupt kein Thema in der Ausbildung zur Gynäkologin. Da sitzt man dann in der Praxis, du kennst keine Pille beim Namen, du weißt nichts über die Wirkung. Da bleibt dann nur, sich über Fortbildungen und Lesen Wissen anzueignen. Das ist jetzt sicherlich nicht anders. Vor allem in den kleineren Spitälern, die keine Hormonambulanz haben, ist das kein Thema. In der endokrinologischen Abteilung im Krankenhaus yz war ich vor allem mit Kinderwunschpatientinnen oder mit Zyklusstörungen befasst. Auch dort ist es nicht um Verhütung gegangen. Eher noch um den therapeutischen Einsatz der Pille bei Endometriose, aber reine Verhütung lernt man eigentlich nicht. In der Praxis muss man sich dann damit auseinandersetzen, um dann kompetente Beratungen durchführen zu können.“ (Gynäkologin)

„Die jungen KollegInnen werden in Pränatalmedizin und in Schwangerschaft-Risiko-Ultraschall-Abklärungen ausgebildet. Bei Frauen mit umfassenden psychischen und körperlichen Beschwerden ist es notwendig, die Frau in Ihrer gesamten Lebenswelt wahrzunehmen! Dazu fehlt in sehr hohem Maß das Wissen und die Sensibilität.“ (Gynäkologin)

Lebensumfeld der Frauen

Berufliche Situation

- » Fast die Hälfte der Frauen hat Stress im Beruf. Ein Fünftel steht vor Veränderungen und für knapp 17 Prozent ist der Job eine große Herausforderung. Je nachdem, ob Frauen Kinder haben oder nicht, sieht die Situation anders aus.
- » Frauen ohne Kinder empfinden ihre berufliche Situation häufiger stressig und stehen häufiger vor beruflichen Veränderungen; sie sind auch zum geringsten Prozentsatz dort, wo sie hin wollen.

Soziales Umfeld in Bezug auf eventuelle Role-Models für Reproduktionsverhalten

- » 35 Prozent der Befragten geben an, im nahen sozialen Umfeld keinen Kontakt mit Schwangeren zu haben. Der Rest hat überwiegend im Freundinnenkreis, aber auch in der Verwandtschaft oder in der Arbeit Kontakt mit schwangeren Frauen. Am höchsten ausgeprägt ist dieser Wert bei Frauen zwischen 35 und 39 Jahren.
- » Frauen, die eine ambivalente Haltung der Schwangerschaft gegenüber hatten, hatten deutlich häufigeren Kontakt mit Schwangeren im Lebensumfeld (signifikanter mittlerer Zusammenhang)

Religion²

Leider haben nur 50 Prozent der befragten Frauen Angaben über eine eventuelle Religionszugehörigkeit gemacht. Der Rest hat die Frage ausgelassen und/oder punktuell angegeben, ohne Bekenntnis zu sein. Warum das Ausfüll-Verhalten so schlecht war, dazu finden sich in den Fragebögen keine Anhaltspunkte.

Religionszugehörigkeit in % der Befragten (N=543)	
Katholische Religionsgemeinschaft	34,4
Evangelische Religionsgemeinschaft	4,2
Muslimische Religionsgemeinschaft	7,2
Sonstige	4,8

Tabelle 34 | Frauengesundheitszentrum ISIS | Verhütung 2014

Bezogen auf alle Befragten ist davon auszugehen, dass jedenfalls mehr als ein Drittel der Befragten der katholischen Religionsgemeinschaft angehören. Vergleicht man den Anteil der einzelnen Religionsgemeinschaften, zeigt sich, dass der Anteil der muslimischen Frauen über dem Anteil in der österreichischen Bevölkerung liegt. Setzt man jedoch nur jene Gruppe, die Angaben zur Religion machte, absolut und vergleicht den Anteil der Frauen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen ließen, mit der Religionszugehörigkeit der österreichischen Gesamtpopulation, zeigt sich ein anderes Bild. Diese Daten sind nicht nur aufgrund des Ausfüllverhaltens der Frauen lediglich zu einer Orientierung geeignet, sondern auch, weil seit 2001 keine Volkszählungen mehr stattfinden und die Religionszugehörigkeit in offiziellen amtlichen Statistiken nicht ausgewertet wird. Quelle der Daten, auf die wir uns stützen, ist die vom Österreichischen Integrationsfonds herausgegebene Mitgliederstatistik der jeweiligen Religionen.

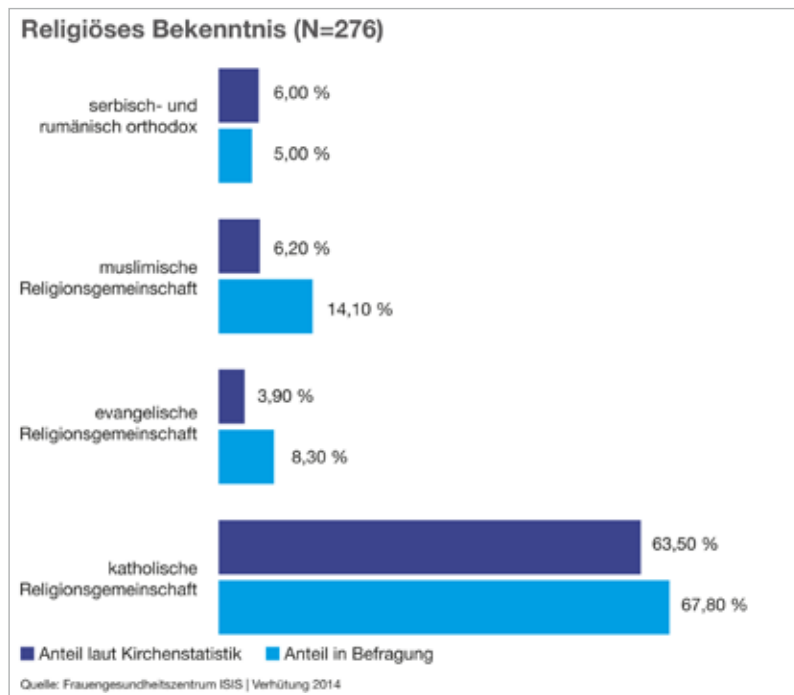


Tabelle 51

2 Quelle: http://www.integrationsfonds.at/fileadmin/Integrationsfond/5_wissen/Islam_Reader/20100216_Islambuch_final.pdf; http://en.wikipedia.org/wiki/Religion_in_Austria; <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/au.html#People>, abgefragt am 22.12.2013

Zukunftsorientierung

Einstellungen zur persönlichen Zukunft

Die Einstellungen der Befragten zur Zukunft stehen nur in Zusammenhang mit ihrer sozialen und finanziellen Lage.

- » Die Einstellung zur Zukunft wird zu 92 Prozent mit „optimistisch“ bezeichnet. Knapp acht Prozent sind weniger optimistisch.
- » Weniger optimistische Frauen haben zu 44 Prozent eine nicht-österreichische Herkunft (teilweise Asylwerberinnen) und/oder eine schlechtere Schulbildung
- » 51 Prozent der weniger optimistischen Frauen haben nur ein ausreichendes Einkommen und 29 Prozent leben in einer schlechten finanziellen Situation
- » Die Hälfte der weniger optimistischen Frauen ist nicht erwerbstätig und davon sind wiederum mehr als die Hälfte arbeitslos oder Hausfrauen.

Einstellungen in Bezug auf die gesellschaftliche Rolle der Frau

Frauen und Männer sollen gleiche Chancen auf Beruf und Einkommen haben	34,80 Prozent
Entweder Kinder oder Karriere - beides zugleich geht nicht	5,80 Prozent
Ich möchte einmal Hausfrau und Mutter sein	9,90 Prozent



Zusammenfassung

Relevante Merkmale und Aspekte bei Frauen mit ungewollter Schwangerschaft

Auf einen Blick

- » Die befragten Frauen verlassen sich überdurchschnittlich (im Vergleich zu allen Frauen in der reproduktiven Lebensphase) häufig auf lediglich mäßig oder wenig wirksame Verhütungsmethoden.
- » Sie wenden häufig nur Verhütung von „Fall zu Fall“ (etwa dann, wenn sie von den Frauen subjektiv als notwendig erachtet wurde, oder bei seltenem Sex dann, wenn es zu Sex kam) an.
- » Sie lehnen häufig hormonelle Verhütungsmethoden ab.
- » Knapp ein Drittel der Frauen gibt in der Befragung an, in den letzten sechs Monaten vor der Entstehung der Schwangerschaft nie verhütet zu haben.
- » Zum Zeitpunkt der Entstehung der Schwangerschaft erhöht sich die Zahl der nicht verhütenden Frauen in der Befragung von knapp einem Drittel auf knapp die Hälfte aller Frauen.
- » Auch zum erinnerten Zeitpunkt der Entstehung verhüten die Frauen, wenn sie verhüten, mit Methoden, die mäßig oder wenig wirksam sind.
- » 23,4 Prozent der Frauen verhüten mit der Pille. Zwei Drittel von ihnen sind sicher, dass sie keinen Anwendungsfehler begangen haben.
- » 60 Prozent der Frauen erinnern sich an die Entstehungssituation gut und können die Entstehungsumstände angeben.
 - Für 93 Prozent der Frauen war der Sex erwünscht, für die anderen nicht; mit Gewalt erzwungener Sex führte bei 1,4 Prozent der Frauen zum Eintritt der Schwangerschaft.
 - Für ein Viertel war es überraschend, dass es zu Sex kam; Frauen, die angeben, nicht verhütet zu haben, haben häufiger überraschenden Sex; dies trifft auch für Frauen zu, die von einer wirksamen Verhütung pausieren oder wechseln.
 - Wer in so einer Situation überraschenden Sex hat, ist etwas häufiger als der Durchschnitt der Frauen „ein wenig beschwipst“.



Die Rolle von diffusen, widersprüchlichen Auffassungen über Verhütung

Eine Plausibilitätsprüfung der Daten auf den ersten Blick ergibt, dass die Antworten der Frauen inhomogen sind, was auf einen widersprüchlichen und diversen Begriff von Verhütung zurückgeführt werden konnte. Je nach Frage und Zeitpunkt, auf den sich die Frage zur Verhütung jeweils bezieht, verstehen sie unter Verhütung aktives und passives Verhalten oder ein Verhalten, das auf der (fälschlichen) Annahme eines Umstands besteht, der eine Schwangerschaft unmöglich macht.

Aus diesem Zugang resultiert das jeweils persönliche Verhütungsverhalten. Damit relativiert sich auch das erste plakative Ergebnis, dass bei 47 Prozent der befragten Frauen Verhütung nicht misslungen ist, sondern nicht stattgefunden hat. Vielmehr zeigt ein umfangreich durchgeführter Check der Angaben der Frauen, dass bis auf eine vergleichsweise deutlich kleinere Gruppe von 13 Prozent der befragten Frauen alle anderen Frauen, egal ob sie aktiv oder passiv verhütet haben oder ob sie glaubten, nicht verhüten zu müssen oder ob sie keinen Einfluss auf die Verhütung nehmen konnten, einen eindeutigen Verhütungswillen hatten.

Dieser Verhütungswille gibt den gemeinsamen, zweifelsfreien Hintergrund für unterschiedliche Verhaltensformen und Umstände ab, die in den hier gegenständlichen Fällen letztendlich zur Folge haben, dass es trotzdem zu einer ungewollten Schwangerschaft kommt.

Es lassen sich eine Reihe von Fallgruppen bilden, die anhand unterschiedlicher Entstehungsdeterminanten zeigen, wie es trotz Verhütungswillen zu ungewollten Schwangerschaften kam:

Scheitern an und mit Methode

Der Glaube ist größer als die Wirksamkeit

Das Verhütungsverhalten vieler befragter Frauen ist von der großen Diskrepanz zwischen dem Glauben an die Wirksamkeit und der Verwendung mäßig oder wenig wirksamer Methoden geprägt.

Einer der Experten aus dem Kuratorium sieht darin „eine der wichtigsten Ursachen für die vielen ungewollten Schwangerschaften“ (Gynäkologe). Tendenziell nachweisbar ist auch, dass ein bestimmtes Verhütungsverhalten und die Zugehörigkeit zu einer religiösen Glaubensgemeinschaft häufig gemeinsam auftreten: Dies ist nicht nur bei der häufigen Fehleinschätzung der Wirksamkeit von „Tage zählen“ – der nach wie vor einzigen Methode, die Kirchen offiziell erlauben – der Fall. Auch die Verwendung von Kondomen hat neben anderem einen Glaubensaspekt: Aus Beratungsgesprächen stammt die Erfahrung einiger ExpertInnen, dass die meisten Frauen wirklich glauben, das Kondom schütze sie sehr gut. Ein Experte hält das für ein klassisches Beispiel für moderne Mythen, die das Ergebnis einer dreißig Jahre langen Kondomkampagne seien.

Wissensmängel I

Nicht nur das „Glauben“ wirkt sich fatal auf die Entstehung ungewollter Schwangerschaften aus. Das Wissen der befragten Frauen über die Wirksamkeit von Verhütungsmethoden ist schlecht. Sie verhüten aktiv und mit einer Methode, die sie – oft über viele Jahre im guten Glauben – konsequent anwenden und scheitern, mangels aktualisiertem Wissen über die tatsächliche Wirksamkeit der Verhütungsmethode an und damit mit Methode.

Fehlendes Wissen und Falschwissen treffen häufig aufeinander. Von Seiten der ExpertInnen werden viele Erfahrungen über die Verbreitung falscher Informationen berichtet. Auch in der Sexualpädagogik stoße man nach wie vor auf grob fahrlässiges Verschweigen, dass Verhütung mit Barrieremitteln oder mit Selbstbeobachtung sehr riskant ist. Das Basiswissen über sehr wirksame Methoden wird in Schulen und anderen Einrichtungen nicht ausreichend vermittelt. Das hat zur Folge, so eine befragte Psychologin aus dem Kuratorium, dass Frauen die Voraussetzungen für eine fundierte Entscheidung fehlen.

Wissensmängel II

Mindestens genauso gravierend wie die Wissensmängel über die Wirksamkeit von Verhütungsmethoden wirkt sich das Nichtwissen rund um körperliche Abläufe und das „ungebrochen große Tabu rund um Sexualität und Verhütung“ – wie es von ExpertInnen mehrfach angesprochen wird – aus. So etwa verhüten Frauen, die eine in diesem Sinne konfliktreiche Sexualität leben, wie eine befragte Expertin ausführt, schlechter als jene, die sagen: „Ich genieße das, und ich will es auch sehr unbeschwert genießen.“ Andererseits – und in Zusammenhang damit stehend – gibt es nach wie vor keine klaren Standards für die Ausbildung der LehrerInnen noch für die schulische Sexuaufklärung. Dies wird als eklatantes Manko identifiziert. Auch das Bewusstsein, dass die Sexualität ein wesentlicher Faktor für die Gesundheit bildet, sei in Österreich kaum verbreitet und finde auch keinen Eingang in die Gesundheitserziehung von Mädchen und Buben. In Österreich sollte die WHO-Richtlinie „Standards for Sexuality Education in Europe“² ehestmöglich umgesetzt werden, so die Position der befragten ExpertInnen.

„Deutschland³ und die Schweiz stehen da viel besser dar, die haben eine ganz intensive Prävention und Aufklärung, gerade von staatlicher Seite. Da gibt es die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit vielen Unterlagen, Programmen an Schulen, mit Tagungen, mit Kongressen. Und bei der Finanzierung von Verhütung gibt es verschiedene Modelle, etwa für Jugendliche bis zu einem bestimmten Alter oder für sozial schlechter gestellte Personen. Und Österreich tut hier nichts. Österreich hat weder Bundeskampagnen, die dann dezentral fortgeführt werden, noch eine qualitätsgesicherte Sexualpädagogik.“
(Psychologin)

Motivirrtümer und schlichte Irrtümer

Nicht nur Wissensmängel führen zu einem Verhütungsverhalten, das ungewollte Schwangerschaften nicht verhindern kann, sondern häufig auch Irrtümer, die viele Quellen haben können. Die seit langem nicht widerlegte und oft durch einen Arzt nahegelegte Vermutung, unfruchtbar zu sein. Die Versicherung eines Partners, unfruchtbar zu sein, die (fälschliche) Sicherheit, nicht schwanger werden zu können, weil die Menopause eingetreten zu sein scheint. Und der schlichte Irrtum, dass eine Schwangerschaft unmöglich ist, weil ohnehin wirksam verhütet wurde, was sich im Nachhinein als unzutreffend herausstellt. Gerade in diesen Fällen ist der Verhütungswille besonders eindeutig.

2 Siehe genauer unter: <http://www.bzga-whocc.de/?uid=072bde22237db64297daf76b7cb998f0&id=Seite4486>

3 Siehe hierzu genauer unter <http://www.gesetze-im-internet.de/beratungsg/oder> unter <http://www.bzga.de/infomaterialien/sexualaufklaerung/>

Verhütungs- und Methodenvakuum – und das Problem der Ablehnung von Hormonen

Vor dem Eintritt einer ungewollten Schwangerschaft finden sich viele Frauen oftmals relativ lange in der schwierigen Situation, nicht mehr hormonell verhüten zu wollen oder zu können, oder schlicht die für sie passende Verhütungsmethode, mit der die betreffende Frau auch zufrieden sein kann, nicht gefunden zu haben.

Dieser Zustand, den wir „Methodenvakuum“ nennen, schlägt sich auch deutlich in der Ratlosigkeit der Befragten, ihr zukünftiges Verhütungsverhalten betreffend, nieder. Für sie ist dieses Problem auch nach dem Schwangerschaftsabbruch nicht gelöst. Dass es diese Lösung überhaupt gäbe, ist bei den ExpertInnen des Kuratoriums Gegenstand kontroverser Ansichten. (vgl. dazu S. 31)

Pech und Pannen

Ein Kondom, das reißt, eine Spirale oder ein Pflaster, die sich lösen, eine Pille, die zu niedrig dosiert ist, eine Krankheit oder Medikamente, die die Wirksamkeit der Pille beeinträchtigen: Derartiges erlebte auch ein Teil der befragten Frauen. Manche der Fälle – so reflektieren das die befragten Frauen in den offenen Antworten ebenso wie die befragten ExpertInnen – wären zu verhindern gewesen, wenn die Frauen besser über mögliche Risiken ihrer Verhütungsmethode aufgeklärt worden wären. Angesprochen sind hier vor allem die verordnenden ÄrztInnen.

Fälle, in denen Verhütung nicht misslingt, sondern nicht stattfindet

13 Prozent der ungewollten Schwangerschaften sind nicht auf misslungene, sondern auf nicht erfolgte Verhütung zurückzuführen.

Ambivalente Einstellungen zur Potentialität einer Schwangerschaft

Diese Haltung spielt dann eine Rolle, wenn sie sich auf das Verhütungsverhalten der befragten Frauen auswirkt: Dann nämlich wird häufiger von Fall zu Fall oder gar nicht verhütet, obwohl ein prinzipieller Verhütungswille da war, sich aber im Konflikt mit anderen Motiven, die auf die persönliche Situation der Frau oder der aktuellen Beziehung zurückgehen, befindet.

Soziodemografische Merkmale

Junge Frauen

Junge Frauen sind, wie man aus österreichweiten Statistiken und aus dieser Untersuchung sieht, besser informiert als Frauen im mittleren und späteren reproduktiven Alter. Sie verhüten auch wirksamer und häufiger. Ungelöst bleibt aber – gerade angesichts der Ergebnisse dieser Untersuchung – ab wann für junge Frauen Verhütung und respektive die Verwendung wirksamer Verhütungsmethoden beginnen soll. Für junge Frauen stellen sich zwei Probleme: Die Verwendung von Verhütungsmethoden, die als lusthemmend- oder mindernd von den Frauen und ihren Partnern wahrgenommen werden und die Frage des Zugangs und der Kosten von wirksamen Methoden bzw. der Notfallverhütung, was häufiger im ländlichen Raum auftritt.

In Hinblick auf die Finanzierbarkeit von sicheren Verhütungsmitteln regen die befragten ExpertInnen an, diese für sozial benachteiligte Frauen gratis und leicht zugänglich (auch im ländlichen Raum) zur Verfügung zu stellen. Hier wurden unter anderem dezidiert Asylwerberinnen oder Sexdienstleisterinnen genannt. Außerdem sollte für Mädchen und junge Frauen per se diese Möglichkeit bestehen, wie dies etwa in ausgewählten First-Love-Ambulanzen in Österreich oder in Deutschland flächendeckend der Fall ist.⁴

Allerdings sollten bei einer Kostenübernahme auch die Methoden der Langzeitverhütungsmittel (etwa Stäbchen, Hormonspirale) enthalten sein.

„Wir haben doch immer wieder junge Mädchen, 14-, 15-, 16-, 17-jährige, die ungewollt schwanger werden. Es müsste – wie in Deutschland – möglich sein, dass sie die Pille gratis bekommen. Das würde die Zahl enorm verringern. Wenn das problemlos ginge und nicht wie jetzt, dass das Mädchen mit der Mutter zur Gynäkologin muss, sondern beispielsweise gratis über GynäkologInnen oder öffentliche Einrichtungen.“ (Gynäkologin)

Frauen in der mittleren bis späteren reproduktiven Lebensphase

Ein deutliches und für alle mit dieser Untersuchung befassten Personen etwas überraschendes Ergebnis ist die Tatsache, dass sich herausarbeiten lässt, dass diese Gruppe von Frauen mit mehreren Einflussdeterminanten für ungewollte Schwangerschaften kämpft:

Ihr Wissen über die Wirksamkeit von Verhütungsmethoden ist schlechter als das Wissen junger Frauen. Ihr Wissen über Notfallverhütung sinkt mit steigendem Alter. Sie verhüten seltener „immer“ und viel häufiger „ab und zu“ oder gar nicht.

Bei den befragten ExpertInnen herrscht die übereinstimmende Erfahrung, dass vor allem Frauen ab der Mitte ihres reproduktiven Alters mehr und mehr davon Abstand nehmen, sicher, d.h. hormonell, zu verhüten. Die Gründe dafür finden die ExpertInnen auch in den Untersuchungsergebnissen wieder: Eine sinkende Koitusfrequenz in langjährigen Partnerschaften spräche für die Frauen dagegen, regelmäßig die Pille zu nehmen. Viele dieser Frauen hätten auch schlichtweg „die Nase voll“, permanent Hormone zu sich zu nehmen. Auch die „Ungläubigkeit“, von „einem Mal“ gleich schwanger werden zu können bzw. überhaupt noch fruchtbar zu sein, wird hier als Beobachtung von den befragten ExpertInnen berichtet. Diese Ergebnisse führen letztendlich zu dem Schluss, dass Frauen, je mehr sie sich dem Ende der reproduktiven Phase nähern, umso weniger wahrgenommen werden. Fatal beispielsweise wirke sich da auch aus, dass ÄrztInnen bei Frauen in dieser Lebensphase zunehmend davon Abstand nehmen, Verhütung in Beratungsgesprächen grundsätzlich anzusprechen oder auch mögliche Wissensmängel oder Informationsmängel aufzuspüren. Man nähme wohl an, meinte einer der Experten, dass Frauen, die in dieser Lebensphase ein Kind bekommen, informiert genug seien und wüssten, wie man schwanger oder nicht schwanger wird. Hier reduziere sich das Nachfragen oftmals darauf – wenn überhaupt –, ob verhütet werde. Nachzufragen stelle in diesem Fall keine übliche Praxis dar: Die ExpertInnen beschreiben dies als ein „aktives Nichtansprechen“. Das liege nicht nur daran, dass diese Beratungsgespräche von den Krankenkassen nicht finanziert würden.

⁴ Die Kosten für die Pille werden bei gesetzlich krankenversicherten Frauen bis zum vollendeten 20. Lebensjahr von der Krankenkasse übernommen (hier können Kosten aufgrund der Rezeptgebühr entstehen). Die Beratung, nötige Voruntersuchungen und spätere Kontrolluntersuchungen sind kostenlos. Unter 18 Jahren genügt ein Kassenrezept, es fallen keine weiteren Gebühren an. Quelle: <http://www.profamilia.de/erwachsene/verhuetung/pille.htm>, abgefragt am 15.02.2014.

Für derartige Beratungsgespräche brauchen auch ÄrztInnen eine fundierte fachliche Fortbildung zum Thema Verhütung und auch Qualifizierungen zur Kommunikationskompetenz. Dabei fänden sich vor allem diese Frauen in einer Gemengelage aus fehlendem oder veraltetem Wissen und dem fehlenden Bewusstsein über die Notwendigkeit permanent sicherer Verhütung.

„... Frauen sind 35 Jahre lang fruchtbar und trotzdem sagen sie eines Tages: ‚Ich bin des Verhütens müde.‘ Und hören damit auf. Es fehlt das Bewusstsein, dass man in der Fruchtbarkeit keine Pause machen kann. Es ist wie die Fahrt mit dem Segelboot über den Atlantik, da kann ich auch nicht aussteigen. Dieses Bewusstsein fehlt.“ (Gynäkologe) Frauen in der Prämenopause und im Klimakterium aktiv auf das noch immer bestehende Risiko ungewollter Schwangerschaften aufmerksam zu machen, finde nicht ausreichend statt.

Wenn Frauen ihre Familienplanung abgeschlossen haben – was durch diese Untersuchung auch mit Daten belegt werden kann –, brauchen sie noch einmal eine andere Wahrnehmung von ihrem betreuenden Umfeld. Dies treffe nach Ansicht der ExpertInnen darüber hinaus auch auf die Mehrfachabbrüche zu. 40 Prozent der Frauen, die Mehrfachabbrüche durchführen lassen, sind über 30 Jahre alt und haben „persönlich die Fertilitätsrate erfüllt“.

Hier gehe es darum, Wege zu finden, wie man diese Frauen, die in der Angst leben, nicht gut zu verhüten, am besten unterstützen könne. „Wir lassen die Frauen alleine, diese Frauen plus minus 40 – das ist ein Thema, und dem sollen wir uns auch stellen.“ (Gynäkologe)

Frauen nicht-österreichischer Herkunft

Diese Frauen stellen eine äußerst heterogene Gruppe dar, sind aber trotzdem von einigen besonderen Merkmalen gekennzeichnet, die in Zukunft in der Beratungsarbeit von spezifischen Einrichtungen und von betreuenden ÄrztInnen berücksichtigt werden sollten: Die ExpertInnen machen beispielsweise häufig die Erfahrung, dass Frauen aus den ehemals sozialistischen Staaten in Osteuropa früher oft gezwungen waren, einen Schwangerschaftsabbruch als eine Verhütungsmethode von mehreren zu akzeptieren. Dies erkläre sich damit, dass Schwangerschaftsabbrüche ehemals leichter zugänglich (auch finanziell) waren als Verhütungsmittel. Hier sollte bewusstseinsbildend verstärkt gearbeitet werden. Bei vielen Migrantinnen sind Sprachbarrieren ein Risiko für mangelndes Wissen über wirksame Verhütung. Viele dieser Frauen sind in ihren Herkunftsländern nicht oder kaum aufgeklärt worden und haben daher ein großes Informationsdefizit. Sie suchen seltener GynäkologInnen auf. Nach Ansicht der ExpertInnen wäre es ein Weg, über die AllgemeinmedizinerInnen zu sensibilisieren. Dazu müsste diesen aber ihre potentiell wesentliche Rolle zur Förderung der sexuellen Gesundheit von Frauen nicht-österreichischer Herkunft nahe gebracht werden. Dies wäre eine wichtige Möglichkeit, auch diese Frauen zu erreichen. Aber auch MigrantInnenvereine oder Moscheen könnten hier eine wichtige Funktion übernehmen, wenn ausgebildete SexualpädagogInnen für Verhütungsberatung zur Verfügung stünden.

Frauen, die aufgrund religiöser Einstellungen oder eines bestimmenden Partners „anders“ verhüten

Von einer Gruppe, die ungewollt schwanger wurde und die Schwangerschaft abgebrochen hat, weiß man auch bei Gesamtsicht der erhobenen Daten nicht, wie sie verhütet haben. Auffällig, aber nicht anhand der vorhandenen Daten näher deutbar ist, dass es eine

Gruppe von Frauen gibt, denen gemeinsam ist, dass sie zwar angeben verhütet zu haben, aber keine der angeführten üblichen und bekannten Verhütungsmethoden verwendet hat, sondern die Antwortmöglichkeit „anderes“ gewählt hat. Das sind Frauen, die sich einer Religionsgemeinschaft angehörig fühlen und die häufig angeben, dass der Partner entschieden hat, wie verhütet wird. Wie diese Gruppe erreicht werden kann, lag auch für die ExpertInnen nicht auf der Hand.

„Sockel-Frauen“

Jene Frauen, die ungewollt schwanger werden, weil sie im Entstehungszeitpunkt aufgrund der jeweiligen Situation weder einen Verhütungswillen aktivieren konnten noch verhütet haben, sind keineswegs Frauen, deren Verhalten nicht veränderbar ist. Bei genauerer Sicht geht es auch nicht um die jeweils betroffenen Frauen, sondern um eine Situation, über die zu wenig aufgeklärt wird.



Handlungsempfehlungen

Dieser Katalog an Handlungsempfehlungen wurde unter Einbeziehung der ExpertInnen im Rahmen von Interviews sowie bei den Kuratoriumssitzungen erstellt.

Einhellig wird von diesen die Position vertreten, dass ein Gutteil ungewollter und dann abgebrochener Schwangerschaften durch das im Folgenden dargestellte Maßnahmenbündel verhindert werden könnte. Politischer Wille, dies in die Tat umzusetzen, ist hier eine Grundvoraussetzung.

Zugleich wird, auch dies ist die Überzeugung aller involvierten ExpertInnen, ein gewisser Sockel an ungewollten Schwangerschaften nicht verhindert werden können. Dies hängt einerseits mit dem vielfältigen psychodynamischen, unbewussten Geschehen, das ungewollten Schwangerschaften zugrunde liegen kann, zusammen. Andererseits sind Verhütungsspannen – mit und ohne Zutun der beteiligten Personen – nicht per se auszuschließen. Wenn man das als Faktum betrachtet, ermöglicht das einen pragmatischen, nicht von Moral oder Schuldzuweisungen geprägten Umgang mit dem Thema. Zudem verweist es auf die notwendige gesellschaftliche und fachliche Unterstützung, die Frauen in Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen entgegenzubringen ist.

Allgemeine Informationspolitik

- » Durchführung österreichweiter Kampagnen zur Enttabuisierung von Sexualität, Verhütung und Schwangerschaftsabbruch in Verbindung mit lokalen /regionalen Aktivitäten
- » Durchführung österreichweiter Kampagnen zur Basisbildung über die Funktionsweisen des weiblichen und männlichen Körpers in Verbindung mit lokalen /regionalen Aktivitäten
- » Entwicklung einfacher, mehrsprachiger themenspezifischer Folder, die in verschiedenen Beratungsstellen bzw. in ÄrztInnenpraxen (AllgemeinmedizinerInnen, GynäkologInnen) sowie in Spitälern (Ambulanzen etc.) aufliegen; diese Folder sollten folgende Themen behandeln:
 - Wirksamkeit verschiedener Verhütungsmethoden im Detail (etwa von Barrieremitteln, „Tage zählen“ und hormonellen Verhütungsmethoden) (siehe dazu Österreichischer Verhütungsreport 2012)
 - Neue Verhütungsmethoden (kleinere Hormonspirale, Einphasenpillen ohne Östrogen, Implantat, Vaginalring)
 - Aufklärung über Sterilisation
 - Altersspezifische Informationen über die Notfallverhütung, über die vor allem ältere Frauen weniger Bescheid wissen („Pille danach“)
 - Information über spezielle Situationen, die eine gelingende Verhütung gefährden (von Antibiotikagaben und deren Wirkung auf hormonelle Verhütung, dem Risiko von Barrieremitteln über



- spezifische Lebenssituationen wie Trennungen bis hin zu unerwarteten Alltagssituationen wie Firmenfeiern oder Ausbildungen)
- Bedeutung von Alkohol und ungewollten Schwangerschaften
- » Aktivitäten seitens der öffentlichen Hand zur Vermittlung der großen Bedeutung reproduktiver Gesundheit und sicherer Verhütung als wesentlicher Bestandteil von Gesundheit von Frauen und Männern in allen Lebensphasen
- » Aufklärung über Rechenmodelle für den Zyklus im Internet („Viele rechnen sich über Internet-Rechner ihre fruchtbaren Tage aus, ohne dass ihr Zyklus mit dem Rechenmodell übereinstimmt“)

Allgemeine Informationspolitik bezüglich Nutzen und Gefahren hormoneller Verhütung

- » Rund um die unerwünschten Nebenwirkungen hormoneller Verhütungsmittel gibt es viel Unwissenheit, Falschinformationen und dadurch ausgelöste Ängste bei Frauen
- » Hier ist eine evidenzbasierte Informationspolitik über mögliche Risiken (etwa Thromboserisiko etc.), aber auch über den Nutzen hormoneller Verhütungsmittel zu starten
- » Dies sollte in Verbindung mit der Aufklärung über die verschiedenartigen Pillen passieren
- » Hier sollte auch eine zielgruppenspezifische Arbeit in Richtung Medien und JournalistInnen stattfinden, die wesentlich an der Mythenbildung rund um die Gefahren hormoneller Verhütungsmittel mitwirken

Kostenfreier, niederschwelliger Zugang zu Verhütungsmitteln und Untersuchungsmöglichkeiten

- » Verschiedene Gruppen von Frauen – etwa junge Mädchen, Frauen aus sozial benachteiligten Gruppen, Asylwerberinnen oder Migrantinnen mit unsicherem Aufenthaltsstatus, weitere nicht in das Sozialversicherungssystem eingebundene Frauen – haben einen erschwerten bzw. überhaupt keinen Zugang zu Verhütungsmitteln; hier sollten niederschwellige Möglichkeiten geschaffen werden, dass diese Frauen einen kostenfreien, unbürokratischen Zugang zu Verhütungsmitteln und Untersuchungsmöglichkeiten erhalten (dies müsste nicht nur in urbanen Zentren, sondern auch in ruralen Regionen gewährleistet sein)

Zielgruppenspezifische Aufklärung von Mädchen und Frauen

- » Aufklärung von Mädchen und jungen Frauen darüber, welche Risiken Schwankungen beim jugendlichen Zyklus (hormonell bedingt, jedoch auch durch besondere Lebensumstände wie Stress, unregelmäßige Ernährung, Nachtlernen) für die verschiedenen Verhütungspraxen haben können

- » Zielgruppenspezifische Aufklärung und Wissensvermittlung über Verhütungsmethoden und –mittel für MigrantInnen über MigrantInnenorganisationen, Caritas, Volkshilfe etc.; hier sollten kultur- und religionsspezifische Elemente einer Reflexion über mögliche nachteilige Folgen für die sexuelle und reproduktive Gesundheit der Frauen zugeführt werden, um auf Perspektive einen Wandel herbeiführen zu können (etwa Coitus interruptus, Kondom oder Tage zählen als weit verbreitete Verhütungspraxis in moslemischen Kulturen bis hin zum Verständnis, dass der Schwangerschaftsabbruch auch eine Verhütungsmethode darstellt, wie dies bei Frauen aus den ehemaligen realsozialistischen Staaten nach wie vor der Fall zu sein scheint)
- » Schwerpunktmäßige Beratung von Frauen in der Geburtsvorbereitung und nach der Geburt
Regelmäßige Workshops zu sexueller Gesundheit und Verhütung für Asylwerberinnen (mehrsprachig)

Lehrinhalte bezüglich Verhütung an medizinischen Ausbildungsstätten

- » Österreichweit sollte eine Erhebung an allen medizinischen Universitäten sowie in allen Spitälern durchgeführt werden, in welcher Form ÄrztInnen (im Turnus, in der Ausbildung zu GynäkologInnen oder zu AllgemeinmedizinerInnen) zu Fragen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit incl. Verhütung fundiert ausgebildet werden
- » Diese Erhebung könnte ebenfalls dazu dienen, den Status in Hinblick auf Qualifizierung für Kommunikation und ÄrztInnen-PatientInnen-Gespräch unter Gendergesichtspunkten festzustellen
- » Aktuell werden die Ausbildungsrichtlinien für GynäkologInnen überarbeitet; hier sollte eine umfassende geschlechtergerechte Qualifizierung zu den Themen sexuell-reproduktive Gesundheit und wirksame, sichere Verhütung verankert werden.
- » Dasselbe trifft für die Ausbildungsrichtlinien für FachärztInnen in Allgemeinmedizin zu, die ebenfalls aktuell auf der Agenda stehen.

Öffentliche Finanzierung der Verhütungsberatung durch ÄrztInnen

- » Ärztliche Verhütungsberatungsgespräche sollen über die Krankenkassen in einem wesentlich größeren Ausmaß als bisher abgerechnet werden können
- » Diese Maßnahme ist eine wesentliche Voraussetzung, um GynäkologInnen sowie AllgemeinmedizinerInnen als zentrale AkteurInnen der Verhütungsberatung gewinnen zu können

Wissensbasierte Beratung für sexuelle und reproduktive Gesundheit inkl. Verhütung durch ÄrztInnen

- » Durchführung einer Erhebung bei GynäkologInnen in Spitälern sowie im niedergelassenen Bereich, wie sie Verhütungsberatung durchführen
- » Vieles weist darauf hin, dass GynäkologInnen im intra- und extramuralen Bereich über ihre wesentliche Funktion in Hinblick auf die Verhütung ungewollter Schwangerschaften sensibilisiert werden müssen; dies nicht nur bei Mädchen und jungen Frauen, sondern bei allen Frauen in der reproduktiven Phase (Hinweis auf Risikophasen wie die Zeit nach der Geburt und Stillphase, vor allem aber auch bei Frauen in der Prämenopause sowie im Wechsel; hier ist die Erhebung des Hormonstatus eine wesentlich unterstützende Informationsgrundlage für Verhütungsgespräche; ÄrztInnen gehen davon aus, dass ältere Frauen über Verhütung Bescheid wissen, dem ist aber oft nicht so; dies ist ebenfalls zu vermitteln); wesentlich ist hier auch die Vermittlung von der Wirksamkeit verschiedener Verhütungsmethoden und –mittel bzw. die Aufklärung darüber, dass etwa Coitus interruptus keine Verhütungsmethode darstellt (dies wird vor allem von MigrantInnen sehr häufig nach wie vor praktiziert)
- » Dasselbe trifft auch für AllgemeinmedizinerInnen zu; diesen kommt vor allem auch in Hinblick von MigrantInnen eine wesentliche Funktion zu, da AllgemeinmedizinerInnen jene Anlaufstellen im Gesundheitssystem sind, zu denen MigrantInnen am ehesten Kontakt haben. Wesentlich ist auch bei den AllgemeinmedizinerInnen die Vermittlung von der Wirksamkeit verschiedener Verhütungsmethoden und –mittel bzw. die Aufklärung darüber, dass etwa Coitus interruptus keine Verhütungsmethode darstellt
- » AllgemeinmedizinerInnen sollten darüber hinaus bei Verschreibung von einigen Antibiotika auf deren potentiell abschwächende Wirkung von Pillen hinweisen
- » Bei dieser Verhütungsberatung sollten die psychodynamischen Aspekte in Zusammenhang mit ungewollten Schwangerschaften (etwa bei konflikthaften Beziehungen, in Trennungsphasen) wesentlich Beachtung finden, dies ist in besonderer Weise bei Mädchen und jungen Frauen zu berücksichtigen (Identitätsbildung, Herkunftsfamilien, sexuelle Gewalt in Herkunftsfamilien)
- » Die Entwicklung eines Curriculums für Verhütungsberatung durch GynäkologInnen (Spitäler, niedergelassener Bereich) könnte all diese Inhalte und Kompetenzen vermitteln; diese Fortbildung könnte über das Fortbildungsdiplom der Ärztekammer durchgeführt werden; wesentlich ist hier auch die Vermittlung, dass Verhütungsberatung einen Prozess darstellt und nicht mit einem einmaligen Gespräch beendet sein kann (hierzu gehört u.a. auch die Bereitschaft, Frauen dabei zu unterstützen, das für sie passende hormonelle Präparat zu finden)
- » Sinnvoll ist auch die dezentrale Einrichtung von Verhütungsberatungsstellen (etwa in allgemeinmedizinischen Praxen, Frauenberatungsstellen oder in Frauengesundheitszentren), in denen etwa wöchentlich Beratungsstunden in verschiedenen Sprachen angeboten werden

Qualifizierung und Qualitätssicherung in der Sexuaufklärung

- » Durchführung einer Studie zur Praxis der Sexuaufklärung im österreichischen vorschulischen und schulischen Bildungsbereich (incl. Normen, Werte, Inhalte sowie Methoden der Sexuaufklärung)⁵
- » Entwicklung von Standards für das Unterrichtsprinzip „Sexualerziehung“ entsprechend der WHO-Richtlinie “Standards for Sexuality Education in Europe”⁶
- » Ausbildung von KindergartenpädagogInnen und LehrerInnen zu SexualpädagogInnen an allen primären und sekundären Bildungseinrichtungen in Österreich
- » Entwicklung eines gender- und diversitätsgerechten Curriculums für Fortbildungen zu sexueller Gesundheit und Verhütung für MultiplikatorInnen (SozialarbeiterInnen, SchulärztInnen, VertreterInnen diverser Sozial-, Frauen- oder MigrantInnenvereine etc.)

5 Siehe dazu die Expertise der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung „Richtlinien und Lehrpläne zur Sexualerziehung“ unter: http://www.bzga.de/botmed_13300004.html

6 Siehe unter: <http://www.bzga-whocc.de/?uid=072bde22237db64297daf76b7cb998f0&id=Seite4486>

Literaturliste

Boltanski, Luc (2007), Soziologie der Abtreibung, Zur Lage des fötalen Lebens, Frankfurt/Main

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsgin) (2013), Frauen leben 3 – Familienplanung im Lebenslauf, Erste Forschungsergebnisse zu ungewollten Schwangerschaften und Schwangerschaftskonflikten, Zwischenbericht, Köln

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsgin) (2011), Verhütungsverhalten Erwachsener 2011, Aktuelle repräsentative Studie im Rahmen einer telefonischen Mehrthemenbefragung, Köln

Cibula, David (2008), Women's contraceptive practices and sexual behaviour in Europe, In: The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, December 2008, 13(4), 362-75

Frauenbericht 2010 (2010), Bericht betreffend die Situation von Frauen in Österreich im Zeitraum von 1998 bis 2010, hrsg. von der Bundesministerin für Frauen und Öffentlichen Dienst im Bundeskanzleramt Österreich, Wien

Helferich, Cornelia (2012), ... und dann folgte weitgehend Stille, Schwangerschaftsabbruch in der sozialwissenschaftlichen Forschung, In: Pro Familia Magazin 2012, 40 (3-4), 12-14

Österreichischer Verhütungsreport 2012 (2012), Eine repräsentative Umfrage von Integral-Meinungsforschung im Auftrag des Gynmed Ambulatoriums, Wien

Singh, Susheela/Gilda Sedgh/Rubina Hussain (2010), Unintended Pregnancy: Worldwide Levels, Trends, and Outcomes, In: Studies in Family Planning, 2010, 41(4), 241-250, Quelle: <http://www.guttmacher.org/in-the-know/references.html#24>, abgefragt am 28.01.2014

Singh, Susheela/Deirdre Wulf/Rubina Hussain/Akinrinola Bankole/Gilda Sedgh (2009), Abortion Worldwide: A Decade of an Uneven Process, Quelle: <http://www.guttmacher.org/pubs/Abortion-Worldwide.pdf>, abgefragt am 28.01.2014

Sobotka, Tomáš/ Wolfgang Lutz (2011), Wie die Politik durch falsche Interpretationen der konventionellen Perioden-TFR in die Irre geführt wird, In: Comparative Population Studies – Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft, Jg. 35, 3 (2010), 665-696 (Erstveröffentlichung 15.09.2011)

Szarewski, Anne/Diana Mansour (1999), The ‚pill scare‘: the responses of authorities, doctors and patients using oral contraception, In: Human Reproduction Update, Vol. 5., No. 6, 627-632

Vessey, Martin/David Yeates (2013), Oral contraceptive use and cancer. Final report from the Oxford – Family Planning Association contraceptive study, In: Contraception, Vol. 88, Issue 6, 678-683

Wimmer-Puchinger, Beate (1983), Empirische Untersuchung der Motive zum Schwangerschaftsabbruch: Soziale und psychische Situation der Frau, Wien

Anhang

Liste der Kuratoriumsmitglieder sowie der befragten ExpertInnen

Mag^a Karoline Brandauer, Mitarbeiterin der Stabsstelle für Chancengleichheit, Anti-Diskriminierung und Frauenförderung des Landes Salzburg

DDr. Christian Fiala, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Leiter des Gynmed Ambulatoriums in Wien und der Gynmed Ambulanz am Salzburger Universitätsklinikum, Gründer und Leiter des Museums für Verhütung und Schwangerschaftsabbruch, Wien

Univ.-Prof. Prim. Dr. med. Thorsten Fischer, Vorstand der Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Salzburger Universitätsklinikum

Drⁱⁿ Maria Haidinger, Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Wahlärztinnenpraxis Salzburg

Mag^a Aline Halhuber-Ahlmann, Geschäftsführerin des Salzburger Frauengesundheitszentrums ISIS

Mag^a Ulrike Hutter, Klinische und Gesundheits-Psychologin, Psychotherapeutin und Psychoanalytikerin, Schwangerschaftskonfliktberaterin in der Sexualberatungsstelle Salzburg

Mag^a Ulrike Kendlbacher, Leiterin des Referates für Familien und Generationen, Land Salzburg

Mag^a Gabriele Maierhofer, Klinische und Gesundheits-Psychologin, Psychotherapeutin der Psychosomatischen Ambulanz und der Gynmed Ambulanz am Salzburger Universitätsklinikum

Drⁱⁿ Mag^a Stephanie Posch, Frauenreferentin der Kammer für Arbeiter und Angestellte, Salzburg

Mag^a Petra Schweiger, Klinische und Gesundheits-Psychologin im Salzburger Frauengesundheitszentrum ISIS und in der Gynmed Ambulanz am Salzburger Universitätsklinikum, Wissenschaftliche Mitarbeiterin der Universität Salzburg

Mag^a Andrea Solti, Mitarbeiterin im Verein Frauentreffpunkt, Salzburg

Drⁱⁿ Dorrit Weiss, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe in der Gynmed Ambulanz am Salzburger Universitätsklinikum, Wahlärztinnenpraxis Hallein