



BUNDESMINISTERIUM
FÜR GESUNDHEIT

Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011



Die Entscheidung für Kinder ist ein äußerst komplexes, soziales Phänomen, das nicht nur durch eine Einflussgröße zu erklären ist. Laut Rille-Pfeiffer ist vor allem auch die lebensphasenspezifische Betrachtung des Übergangs vom Jugendlichen zum Erwachsenen wichtig. Denn die Antwort auf die Frage, wie gut oder wie schlecht es einem jungen Menschen gelingt, sich eine eigene Lebensgrundlage zu schaffen, hat einen klaren Einfluss auf die weitere Lebensplanung und daher auch auf generative Entscheidungen.⁴⁹

2.4 Verhütung

Mag.^a Petra Schweiger, Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin, Frauengesundheitszentrum ISIS und Gynmed Ambulanz/SALK, Salzburg

DDr. Christian Fiala, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Ärztlicher Leiter des Gynmed Ambulatorium Wien / Salzburg

Die meisten Frauen erwarten von einer guten Verhütungsmethode, dass sie sicher/wirksam, gut verträglich und einfach in der Anwendung ist.⁵⁰

Dafür stehen in Österreich eine große Anzahl an Verhütungsmethoden zur Verfügung: gemeinsam mit den rund vierzig Pillen (orale Kontrazeptiva) und anderen Produkten (Verhütungsring, Verhütungspflaster, Hormonspirale, Hormonstäbchen, Dreimonatsspritze,..) und den nicht hormonellen Verhütungsmitteln werden ca. 60 verschiedene Präparate angeboten.

2.4.1 Wirksamkeit der verschiedenen Verhütungsmethoden

Die Verhütungsmethoden unterscheiden sich sehr deutlich in ihrer Wirksamkeit. Diese wird mit dem Pearl-Index (= Anzahl der Schwangerschaften pro 100 AnwenderInnen pro Jahr) angegeben. Je niedriger der Wert des Pearl-Index ist, umso zuverlässiger ist die Methode. Dabei werden der theoretische Wert (bei fehlerfreier Anwendung) und der praktische Wert unterschieden. Je näher beide Werte beisammen liegen, umso einfacher ist die wirksame Anwendung.

Tabelle 54: Übersicht über die Wirksamkeit von Verhütungsmethoden

Verhütungsmethode	% Frauen, die nach einem Jahr Anwendung ungewollt schwanger wurden	
	Praktische Anwendung	Fehlerfreie Anwendung
Verhütungsstäbchen	0,05	0,05
Sterilisation (Mann)	0,15	0,10
Hormonspirale	0,2	0,2
Sterilisation (Frau)	0,5	0,5
Kupferspirale	0,8	0,6
Dreimonatsspritze	3	0,5
Pille	8	0,3
Verhütungsring	8	0,3
Verhütungspflaster	8	0,3
Kondom	15	2

49 Rille-Pfeiffer, 2009, S. 175

50 Spectra, 2005; BZgA, 2007

Verhütungsmethode	% Frauen, die nach einem Jahr Anwendung ungewollt schwanger wurden	
	Praktische Anwendung	Fehlerfreie Anwendung
Diaphragma	16	6
Methoden der Fruchtbarkeitswahrnehmung „Aufpassen“	25	4
Zäpfchen, Cremen, Gels	29	18
Keine Verhütung	85	85

Quelle: summary table of contraceptive efficacy, <http://www.contraceptivetechnology.org/table.html>, (dl 10.08.2010)

2.4.2 Häufigkeit der Anwendung von Verhütungsmethoden

Eine aktuelle Datenquelle zum Verhütungsverhalten in Österreich ist der Generations and Gender Survey 2008/09 (GGG), eine internationale Untersuchung, die derzeit in 18 europäischen Ländern durchgeführt wird. Im GGS wurden Personen im Alter von 18 - 45, die in einer Partnerschaft leben, unter anderem über Verhütung befragt.

73% der Paare in Österreich verhüten. Etwa die Hälfte aller Paare wendet eine sehr wirksame Methode an. 27% der Frauen/ Paare verhüten nicht. 7% haben einen Kinderwunsch, 9% gehen davon aus, dass sie selbst bzw. der/die Partner/in unfruchtbar sind. 11% der Frauen/ Paare haben keinen Kinderwunsch, sind vermutlich fruchtbar und verhüten nicht. Sie gelten zusammen mit jenen 27% der Frauen, die nur mittelmäßig wirksame Verhütungsmethoden anwenden als Risikogruppe für ungewollte Schwangerschaften (38%).

Die drei häufigsten Verhütungsmethoden, die 18 bis 45-jährige Frauen in einer Partnerschaft anwenden, sind die Pille (44,5%), das Kondom (21,4%) und die Kupfer- oder Hormonspirale (17,2%). Alle anderen Methoden werden nur von einer sehr kleinen Anzahl an Frauen angewendet.⁵¹

Tabelle 55: Derzeitige Verhütungsmethode von Personen in einer Partnerschaft

Alter	Verhütung		Ad-Hoc-Methoden		sehr wirksame Methoden				Natürliche Methoden	Sons-tige Methoden	Personen in fester Partnerschaft	
	JA	NEIN	Kon-dom	Sons-tige	Pille	Spirale	Hormon-Ring	Sons-tige				
Männer												
18 - 25	89,5%	10,5%	39,7%	1,8%	74,1%	2,1%	0,4%	3,7%	0,4%	0,0%	164.500	
25 - 29	78,8%	21,2%	27,8%	2,5%	61,2%	5,2%	2,8%	7,3%	1,0%	0,9%	175.200	
30 - 34	71,3%	28,7%	33,6%	1,8%	46,0%	7,9%	5,3%	7,9%	6,2%	0,5%	168.100	
35 - 39	67,7%	32,3%	40,7%	1,6%	31,6%	10,7%	3,2%	8,7%	7,5%	1,1%	227.300	
40 - 45	66,6%	33,4%	30,4%	0,6%	36,2%	17,8%	3,9%	10,7%	4,0%	3,4%	341.800	
18 - 45	73,0%	27,0%	34,2%	1,5%	48,3%	9,7%	3,1%	8,0%	3,8%	1,4%	1.076.900	
Frauen												
18 - 24	89,4%	10,6%	17,0%	0,5%	72,8%	4,8%	4,2%	7,2%	0,5%	0,6%	199.600	
25 - 29	81,3%	18,7%	24,6%	0,3%	54,7%	9,7%	5,2%	7,8%	1,7%	0,4%	190.600	
30 - 34	74,6%	25,4%	26,1%	0,6%	39,8%	17,4%	4,5%	5,2%	5,9%	1,0%	201.700	
35 - 39	68,6%	31,4%	20,7%	0,7%	33,1%	24,7%	3,6%	10,5%	5,7%	1,7%	252.000	

Alter	Verhütung		Ad-Hoc-Methoden		sehr wirksame Methoden			Natürliche Methoden	Sons-tige Metho-den	Personen in fester Partner-schaft	
	JA	NEIN	Kon-dom	Sons-tige	Pille	Spirale	Hor-mon-Ring				Sons-tige
40 - 45	61,5%	38,5%	20,0%	0,9%	25,8%	27,1%	2,8%	17,6%	5,5%	2,3%	339.600
18 - 45	73,2%	26,8%	21,4%	0,6%	44,5%	17,2%	4,0%	10,1%	3,9%	1,3%	1.183.400
Gesamt											
M + F	73,1%	26,9%	27,5%	1,0%	46,3%	13,7%	3,6%	9,1%	3,9%	1,3%	2.260.300

Quelle: Familienentwicklung in Österreich, GGS, 2008/09 Berechnungen: Norbert Neuwirth; ÖIF

Untersuchungen von Markt- und Meinungsforschungsinstituten⁵² im Auftrag von Pharmafirmen, bestätigen diese Daten.

Die überwiegende Mehrheit (72%) der Frauen und Mädchen informieren sich bei der Frauenärztin/dem Frauenarzt über Verhütung. Bei jungen Frauen war die Ärztin/der Arzt in 59% die Hauptinformationsquelle und 33% die Schule bzw. der Aufklärungsunterricht.⁵³

Beim „ersten Mal“ geben drei Viertel der Jugendlichen an mit einem Kondom verhütet zu haben, 12% haben nicht verhütet.⁵⁴

85% der Mädchen⁵⁵ schätzen das Kondom als sehr bzw. eher zuverlässiges Verhütungsmittel ein, obwohl das Kondom mit einem praktischen Pearl-Index von 15 eher mittelmäßig bis unsicher verhütet und mehr als die Hälfte der Mädchen bereits Erfahrung mit einem gerissenen oder abgerutschten Kondom gemacht hat.

Mit zunehmendem Alter der Frauen nimmt die Anwendungshäufigkeit von Langzeit-Verhütungsmethoden wie z.B. die Kupferspirale oder die Hormonspirale zu: Etwa ein Viertel der 26- bis 40-jährigen Frauen wenden diese sicheren Methoden an.⁵⁶

2.4.3 Wer bezahlt die Verhütung

In fast allen westeuropäischen Ländern ist es Standard, dass Verhütungsmittel von den Krankenkassen bezahlt werden, zumindest für Frauen mit niedrigem Einkommen und für Jugendliche. In Österreich muss jede Frau/jedes Paar selbst dafür aufkommen. Eine Kostenübernahme würde einen breiten gesellschaftlichen Konsens und die entsprechenden finanziellen Ressourcen voraussetzen. Beides war in der Vergangenheit nicht gegeben. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es in Österreich genügend sichere und sehr wirksame Verhütungsmethoden gibt. Die Anwendung wirksamer Verhütungsmethoden könnte durch Informationskampagnen, sowie eine Kostenübernahme verbessert werden.

52 Spectra, 2005; GfK Austria, 2008

53 Spectra, 2005

54 ÖGF, 2001

55 ÖGF, 2008

56 Spectra, 2005; GfK Austria 2008; GGS 2008/09

2.5 Notfallverhütung – die „Pille danach“

Mag.^a Petra Schweiger, Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin, Frauengesundheitszentrum ISIS und Gynmed Ambulanz/SALK, Salzburg

DDr. Christian Fiala, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Ärztlicher Leiter des Gynmed Ambulatorium Wien / Salzburg

In Österreich sind zwei unterschiedliche Hormonpräparate zur Notfallverhütung zugelassen.

Die **rezeptfreie** „Pille danach“ – Vikela®/Postinor®

Seit Dezember 2009 sind diese gestagenhaltigen Präparate rezeptfrei in den Apotheken erhältlich (Kosten: € 11,90.-).

Die Pille danach bringt einen hohen Zugewinn an Selbstbestimmung für Frauen. Diese Haltung teilen laut einer repräsentativen Umfrage von Oekonsult (2009) 87% der ÖsterreicherInnen. Die Kenntnis über den Wirkmechanismus des Medikaments ist gering: So glauben 75% der Befragten fälschlicherweise, die Pille danach sei eine Abtreibungspille. Information und Aufklärung sind also nach wie vor wichtig und werden von 88% der ÖsterreicherInnen definitiv gewünscht.

Die Pille danach (Notfallverhütung) ist eine Tablette, welche 1,5mg des Gestagens Levonorgestrel enthält. Levonorgestrel unterdrückt bzw. verzögert den Eisprung und kann somit – rechtzeitig eingenommen – eine Schwangerschaft verhindern.

Die Pille danach soll so bald als möglich, spätestens aber 72 Stunden nach einem ungeschützten Geschlechtsverkehr, eingenommen werden. Je später der Einnahmezeitpunkt ist, umso geringer ist die Wirksamkeit.

- innerhalb von 24 Stunden nach der Verhütungspanne genommen, verhindert die Pille danach zu 95% eine unerwünschte Schwangerschaft.
- 24 bis 48 Stunden nach dem ungeschützten Verkehr eingenommen, wirkt diese Notfallverhütung noch zu 85%
- 48 bis 72 Stunden (drei Tage) danach eingenommen, sinkt die Wirksamkeit auf 58%.

Wenn eine Schwangerschaft bereits eingetreten ist, wird diese durch die Pille danach nicht beendet. Das ist ein wesentlicher Unterschied zum medikamentösen Schwangerschaftsabbruch mit Mifegyne®, einem völlig anderen Wirkstoff, bei dem eine bereits bestehende Schwangerschaft beendet wird.

Gründe für die Einnahme der Pille danach sind zu rund einem Drittel Anwendungsfehler mit Kondomen, zu einem weiteren Drittel keine Anwendung eines Verhütungsmittels. Auf das restliche Drittel fallen vor allem Anwendungsfehler bei der Pille (vergessen) und sonstige Anwendungsfehler anderer Verhütungsmittel.⁵⁷

In Europa liegen aus Frankreich die längsten Erfahrungen mit der Pille danach vor. Dort ist das Präparat seit Juni 1999 rezeptfrei (OTC =over the counter) erhältlich.

Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat im Juni 2010 ein aktuelles Informationsblatt zur Sicherheit der Pille danach mit Levonorgestrel herausgegeben. Fazit: Die Pille danach kann von allen Frauen ohne Einschränkungen angewendet werden. Für diese Form der Notfallkontrazeption gibt es Erfahrungen aus der Anwendung seit mehr als 30 Jahren. Sie ist gut verträglich, bleibt nur kurze Zeit nach Einnahme im Körper und hat keine toxischen Wirkungen. Es besteht keine Gefahr der Überdosierung, es gibt keine bedeutenden medikamentösen Wechselwirkungen und Gegenanzeigen sind nicht bekannt. Die Pille danach verursacht keine ernsthaften Nebenwirkungen – leichte Nebenwirkungen treten bei weniger als einer von fünf Frauen auf, meist Unregelmäßigkeiten bei der Menstruationsblutung. Das Risiko einer Schwangerschaft außerhalb der Gebärmutter ist nicht erhöht. Weiters ist kein negativer Einfluss auf die Fruchtbarkeit bekannt, bei versehentlicher Einnahme in einer Frühschwangerschaft besteht keine Gefahr einer Schädigung der Schwangerschaft. Die Einnahme der Pille danach kann auch keine bestehende Schwangerschaft abbrechen. Die verfügbaren wissenschaftlichen

Daten zeigen, dass die Pille danach die Einnistung einer befruchteten Eizelle nicht beeinflusst – die Wirkung besteht in einer Verzögerung bzw. Verhinderung eines Eisprungs.

Die Anwendung ist einfach und eine ärztliche Betreuung ist nicht erforderlich. Die Methode ist in zahlreichen Ländern ohne Rezept erhältlich. Studien haben gezeigt, dass sowohl Erwachsene als auch Jugendliche die Informationen zur Anwendung leicht verstehen. Sie belegen auch, dass ein leichter Zugang zur Pille danach nicht dazu führt, dass Frauen und Mädchen diese anstelle regulärer Verhütung anwenden.

Die rezeptpflichtige „Pille danach“ – EllaOne®

Seit Jänner 2010 gibt es in Österreich ein neues, verschreibungspflichtiges Medikament zur Notfallverhütung: EllaOne® (Kosten: € 36,90.-). Der Wirkstoff Ulipristalacetat wurde speziell für die Notfallkontrazeption entwickelt – eine „Pille für noch länger danach“. Sie kann bis zu 5 Tage nach dem ungeschützten Verkehr angewendet werden, somit 2 Tage länger als levonorgestrelhaltige Notfallkontrazeptiva.

Ulipristalacetat ist ein selektiver Progesteronrezeptor Modulator. Dieser Wirkstoff kann einen Eisprung verhindern und eine Abnahme der Gebärmutter schleimhaut bewirken. Ob diese Pille ungewollte Schwangerschaften besser verhindert wie die levonorgestrelhaltige Pille danach, lässt sich derzeit aufgrund der Datenlage noch nicht beurteilen. Vorteile in der Verträglichkeit sind für Ulipristalacetat nicht belegt. Daten zum Einfluss auf bestehende Schwangerschaften gibt es praktisch nicht.

2.6 Schwangerschaftsabbruch

Mag.^a Petra Schweiger, Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin, Frauengesundheitszentrum ISIS und Gynmed Ambulanz/SALK, Salzburg

DDr. Christian Fiala, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Ärztlicher Leiter des Gynmed Ambulatorium Wien / Salzburg

Der Schwangerschaftsabbruch ist ein internationales Thema der Frauengesundheit - die Selbstbestimmung über die eigene Fruchtbarkeit ein zentrales Anliegen der Frauengesundheitsbewegung.

Viele Gründe können zum Entstehen einer ungewollten Schwangerschaft führen, z.B. falsche Einschätzung der eigenen Fruchtbarkeit, ambivalenter Kinderwunsch, unsichere Verhütung, erschwerter Zugang zu wirksamen Verhütungsmitteln (keine Kostenübernahme durch Krankenkassen in Österreich), Anwendungsfehler, oder Angst vor Nebenwirkungen. Ein Teil der Frauen, die ungewollt schwanger werden entscheidet sich zum Abbruch.

Die Beweggründe dafür wurden in zahlreichen internationalen Studien⁵⁸ aufgezeigt. In österreichischen Studien⁵⁹ war die Wahrscheinlichkeit für einen Abbruch umso höher, je mehr der folgenden Aspekte zutreffen:

- abgeschlossene Familienplanung (keine auf ein weiteres Kind bezogene Zukunftsvorstellungen)
- keine feste Partnerschaft oder kurze Dauer der Partnerschaft
- Beziehungsprobleme
- geringes Haushaltseinkommen
- nicht mit der Ausbildung oder Arbeitssituation vereinbar
- hohe Berufszufriedenheit
- negative Einstellung zur Sexualität

Im Entscheidungsprozess für oder gegen ein Kind werden ökonomische Faktoren lediglich von einem Drittel als bedeutend angesehen. Ein passender Partner bzw. eine passende Partnerin ist für zwei von drei Befragten wichtig, ebenso die ganz persönliche Bereitschaft für ein (weiteres) Kind. „Die Entscheidung zu einem Kind ist

58 z.B. Finer, et al. 2005

59 Wimmer-Puchinger, 1982; 2001