

Aus dem Universitätsklinikum Münster
Institut für Medizinische Psychologie
- Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Dr. phil. Fritz A. Muthny -

Zur psychosozialen Situation ungeplant schwangerer Frauen

INAUGURAL-DISSERTATION
zur
Erlangung des doctor medicinae
der Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

vorgelegt von Claudia Langenberg
aus München
2004

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster.

Dekan: Univ.-Prof. Dr. Heribert Jürgens

1. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. Dr. Fritz A. Muthny
 2. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. Reinhardt Nippert
- Tag der mündlichen Prüfung: 10.09.2004

Aus dem Universitätsklinikum Münster
Institut für Medizinische Psychologie
- Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Dr. phil. Fritz A. Muthny -
Referent: Univ.-Prof. Dr. Dr. Fritz A. Muthny
Koreferent: Univ.-Prof. Dr. Reinhardt Nippert

ZUSAMMENFASSUNG

Zur psychosozialen Situation ungeplant schwangerer Frauen
Claudia Langenberg

Hintergrund: Trotz vorhandener, effektiver und allgemein verfügbarer Verhütungsmethoden ist die Zahl ungeplanter Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland ungemindert hoch. Ungeplante Schwangerschaften sind nicht nur im Fall einer Unterbrechung der Schwangerschaft mit gesundheitlichen Risiken und psychosozialen Problemen assoziiert, auch die Austragung kann vielfältige langfristige Nachteile für Mutter und Kind mit sich bringen. Die Identifizierung modifizierbarer Risikofaktoren ungeplanter Schwangerschaften ist daher von großer sozialer und gesundheitspolitischer Bedeutung.

Methodik: Das Ziel dieser Studie war es, das Verhütungsverhalten ungeplant schwangerer Frauen und ihre Einstellungen zu Schwangerschaftsverhütung zu dokumentieren; speziell zu untersuchen, welche Einflüsse mit unsicherem oder inkonsequentem Verhütungsverhalten in Zusammenhang stehen. Das Interesse galt außerdem Faktoren, die den Ausgang der Schwangerschaft beeinflussen. Fragebögen wurden an Beratungsstellen und gynäkologische Praxen in der Umgebung von Münster verschickt; deren Mitarbeiter baten Frauen, die aktuell ungeplant schwanger waren, um ihre Teilnahme an der Studie. Diese erhielten den Fragebogen, eine Erklärung zum Zweck der Untersuchung, eine Anleitung zum Ausfüllen des Fragebogens und einen Rücksendeumschlag. 37 Frauen schickten den anonymisierten Fragebogen zurück.

Ergebnisse: Von allen 37 ungeplanten Schwangerschaften entstanden 41% in einer „Ehe“ oder „dauerhaften Beziehung“, dabei reagierte über ein Drittel aller informierten Partner „negativ“ oder „sehr negativ“ auf die Schwangerschaft. Die Mehrheit der Frauen (81%) erlebte ihre erste ungeplante Schwangerschaft, alle Übrigen hatten - mit Ausnahme einer Frau - schon mindestens eine Abtreibung. Über zwei Drittel der Schwangeren hatten einen Verhütungsversuch unternommen, weniger als die Hälfte verhütete jedoch „konsequent“ oder „sehr konsequent“. So gaben über 40% an, bei ihrer ungeplanten Schwangerschaft ein Risiko eingegangen zu sein. Der Informationsstand in Bezug auf Verhütung unterschied sich nicht zwischen Frauen mit und ohne Verhütungsversuch, allerdings war die „Selbstbestimmung“ der Verhütung von Frauen ohne Verhütungsversuch deutlich geringer. Die Teilnehmerinnen entschieden sich zu ähnlichen Anteilen zur Abtreibung (44%) und Austragung (50%) der Schwangerschaft, und nur zwei Frauen hatten zum Zeitpunkt der Befragung noch keine Entscheidung getroffen. Fast 90% der Frauen fühlten sich „wenig“ oder „gar nicht“ auf eine Schwangerschaft vorbereitet. Knapp ein Drittel hatte schon mindestens ein Kind, dabei war der aktuelle Kinderwunsch dieser Frauen deutlich geringer als der kinderloser Frauen. Sie entschieden sich ausserdem signifikant häufiger für eine Unterbrechung der Schwangerschaft. Auch Frauen, die den Einfluss eines Kindes auf Studium, Beruf oder Ausbildung als negativ beurteilten, tendierten zu dieser Entscheidung. Teilnehmerinnen, die sich zur Austragung entschlossen, schätzten ihre Lebenssituation positiver ein, fühlten sich mehr auf eine Schwangerschaft vorbereitet, und hatten stärkere moralische Bedenken gegenüber einer Abtreibung. Auch das Verhütungsverhalten ließ Rückschlüsse auf den Ausgang der Schwangerschaft zu. Frauen, die ein Risiko bei der Verhütung eingegangen waren, entschieden sich signifikant häufiger für die Austragung des Kindes.

Tag der mündlichen Prüfung: 10.09.2004

Meinen Eltern gewidmet, voller Liebe und Dank für deren Unterstützung.

INHALTSVERZEICHNIS

| | | |
|----------|---|------------|
| 1 | EINLEITUNG | 1 |
| 1.1 | EPIDEMIOLOGIE UND KONSEQUENZEN UNGEPLANTER SCHWANGERSCHAFTEN..... | 1 |
| 1.2 | UNGEPLANTE ODER UNGEWOLLTE SCHWANGERSCHAFT | 2 |
| 1.3 | GESUNDHEITLICHE UND SOZIALE RISIKEN | 4 |
| 1.4 | URSACHEN UNGEPLANTER SCHWANGERSCHAFTEN..... | 7 |
| 1.5 | GRUNDLAGEN, PROBLEME UND KONSEQUENZEN DER ENTSCHEIDUNG FÜR DIE ABTREIBUNG ODER AUSTRAGUNG EINER UNGEPLANTEN SCHWANGERSCHAFT..... | 12 |
| 2 | METHODIK..... | 17 |
| 2.1 | BESCHREIBUNG DER UNTERSUCHUNG | 17 |
| 2.2 | DESIGN..... | 18 |
| 2.3 | INSTRUMENT | 19 |
| 2.4 | ANVISIERTER STICHPROBE | 25 |
| 2.5 | DURCHFÜHRUNG | 26 |
| 2.6 | STATISTISCHE METHODEN DER DATENANALYSE..... | 26 |
| 3 | ERGEBNISSE | 28 |
| 3.1 | RÜCKLAUF | 28 |
| 3.2 | CHARAKTERISTIKA DER STICHPROBE (SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN, TEIL A)..... | 28 |
| 3.3 | ERFAHRUNGEN MIT UNGEPLANTER SCHWANGERSCHAFT (FRAGEBOGENTEIL B) | 34 |
| 3.4 | EINSTELLUNG GEGENÜBER EMPFÄNGNISVERHÜTUNG (FRAGEBOGENTEIL C) | 44 |
| 3.5 | GYNÄKOLOGISCHE BRATUNG UND BEHANDLUNG (FRAGEBOGENTEIL D)..... | 57 |
| 3.6 | REAKTIONEN AUF DIE SCHWANGERSCHAFT (FRAGEBOGENTEIL E)..... | 60 |
| 4 | DISKUSSION | 81 |
| 4.1 | ZUSAMMENFASSUNG UND INTERPRETATION DER ERGEBNISSE | 81 |
| 4.2 | STÄRKEN UND LIMITATIONEN DER STUDIE | 89 |
| 4.3 | RELEVANZ DER ERGEBNISSE UND SCHLUSSFOLGERUNGEN..... | 93 |
| 5 | LITERATUR | 98 |
| 6 | LEBENS LAUF | 102 |
| 7 | ANHANG | I |
| 7.1 | ZUSÄTZLICHE TABELLEN..... | I |
| 7.2 | FRAGEBOGEN | XV |

TABELLENVERZEICHNIS

| | |
|--|----|
| TABELLE 1 (A1-5): SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN | 29 |
| TABELLE 2 (A6, A9): WOHSITUATION DER SCHWANGEREN | 30 |
| TABELLE 3 (A7-8, A10-11): SCHULBILDUNG, STELLUNG IN BERUF UND AUSBILDUNG..... | 31 |
| TABELLE 4 (A12): BERUFE DER FRAUEN (FREIE ANTWORTEN) | 32 |
| TABELLE 5 (A13): FINANZIERUNG DES LEBENSUNTERHALTES..... | 33 |
| TABELLE 6 (A15): POLITISCHE ZUGEHÖRIGKEIT | 33 |
| TABELLE 7 (B3-4): SEXUALPARTNER UND BEZIEHUNGEN | 35 |
| TABELLE 8 (B8): GRÜNDE FÜR FEHLENDEN VERHÜTUNGSVERSUCH | 36 |
| TABELLE 9 (B9): VERHÜTUNG DER UNGEPLANTEN SCHWANGERSCHAFT | 37 |
| TABELLE 10: UNGESCHÜTZTER VERKEHR UND VERHÜTUNGSKONSEQUENZ | 38 |
| TABELLE 11 (B9): URSACHEN DER SCHWANGERSCHAFT TROTZ VERHÜTUNGSVERSUCH..... | 39 |
| TABELLE 12 (B9) URSACHEN FÜR DEN WECHSEL DER METHODE | 40 |
| TABELLE 13 (B12): SELBSTBESTIMMUNG DER VERHÜTUNGSMETHODE..... | 40 |
| TABELLE 14: SELBSTBESTIMMUNG DER VERHÜTUNG UND VERHÜTUNGSVERSUCH | 41 |
| TABELLE 15 (B12): EINFLUSS DES PARTNERS AUF DIE VERHÜTUNG..... | 42 |
| TABELLE 16: RISIKOBEREITSCHAFT UND VERHÜTUNGSKONSEQUENZ | 43 |
| TABELLE 17: INFORMATIONENSTAND UND VERHÜTUNGSVERSUCH | 45 |
| TABELLE 18 (C2): KRITERIEN BEI DER SCHWANGERSCHAFTSVERHÜTUNG | 45 |
| TABELLE 19: PEARL-INDEX GÄNGIGER VERHÜTUNGSMETHODEN..... | 47 |
| TABELLE 20 (C3): BEURTEILUNG VERSCHIEDENER VERHÜTUNGSMITTEL | 48 |
| TABELLE 21 (C3): VOR- UND NACHTEILE VERSCHIEDENER VERHÜTUNGSMETHODEN | 50 |
| TABELLE 22 (C4):KENNTNISSE SCHWANGERSCHAFTSRELEVANTER BEREICHE | 52 |
| TABELLE 23 (C12): INFORMATION ÜBER ABTREIBUNG..... | 54 |
| TABELLE 24 (C15): KOMMT EINE ABTREIBUNG FÜR SIE PRINZIPIELL IN FRAGE? | 55 |
| TABELLE 25 (C17): ZUSTIMMUNG ZU VORGEGEBENEN AUSSAGEN..... | 55 |
| TABELLE 26 (C19): KINDERWUNSCH ZUM ZEITPUNKT DER SCHWANGERSCHAFT..... | 56 |
| TABELLE 27: AKTUELLER KINDERWUNSCH VON FRAUEN MIT UND OHNE KINDER..... | 56 |
| TABELLE 28 (C20): FRÜHERER KINDERWUNSCH | 57 |
| TABELLE 29 (D1/ D2): UMSTÄNDE DES ERSTEN FRAUENARZTBESUCHES | 58 |
| TABELLE 30 (D3/ D5): ROLLE DER ÄRZTIN UND DES ARZTES | 59 |
| TABELLE 31 (E1): BESTÄTIGUNG DER SCHWANGERSCHAFT..... | 61 |
| TABELLE 32 (E2): REAKTION AUF DIE SCHWANGERSCHAFT..... | 61 |
| TABELLE 33 (E5/E6): EINBEZIEHUNG EXTERNER PERSONEN..... | 63 |
| TABELLE 34 (E10): SORGEN DER SCHWANGEREN..... | 64 |
| TABELLE 35 (E7): REAKTION DES UMFELDES | 65 |
| TABELLE 36 (E8/ E9): BERATUNG FÜR DIE SCHWANGERE..... | 66 |
| TABELLE 37 (E12): URSACHEN DER UNENTSCHLOSSENHEIT (FREIE KOMMENTARE)..... | 67 |
| TABELLE 38: MORALISCHE EINSTELLUNG UND AUSGANG DER SCHWANGERSCHAFT | 68 |
| TABELLE 39: EISCHÄTZUNG DER SITUATION UND AUSGANG DER SCHWANGERSCHAFT | 68 |
| TABELLE 40: VORBEREITUNG AUF DIE SCHWANGERSCHAFT UND DEREN AUSGANG..... | 69 |
| TABELLE 41: RISIKO BEI DER VERHÜTUNG UND AUSGANG DER SCHWANGERSCHAFT | 70 |
| TABELLE 42: AKTUELLER KINDERWUNSCH UND AUSGANG DER SCHWANGERSCHAFT | 71 |
| TABELLE 43: RISIKO BEI DER VERHÜTUNG UND AUSGANG DER SCHWANGERSCHAFT | 72 |
| TABELLE 44 (E13): INFORMATIONENSTAND BEZÜGLICH STAATLICHER UNTERSTÜTZUNG | 72 |
| TABELLE 45 (E 14): INFORMATIONEN ZU UNTERSTÜTZUNG | 73 |
| TABELLE 46 (E16): WÜNSCHE AN DIE SCHWANGERSCHAFTSBERATUNG | 74 |

| | |
|---|------|
| TABELLE 47: FINANZIELLE SITUATION UND AUSGANG DER SCHWANGERSCHAFT..... | 75 |
| TABELLE 48 (E18/ E20): POTENTIELLE UNTERSTÜTZUNG | 75 |
| TABELLE 49: EINFLUSS AUF STUDIUM/ BERUF UND AUSGANG DER SCHWANGERSCHAFT | 76 |
| TABELLE 50 (E22/27/33): EINSCHÄTZUNG DES PARTNERS, DER ELTERN UND FREUNDE..... | 77 |
| TABELLE 51 (E28): ALTER DES PARTNERS (27 FRAUEN MIT FESTER PARTNERSCHAFT) | 79 |
| TABELLE 52: PARTNERSCHAFT UND AUSGANG DER SCHWANGERSCHAFT | I |
| TABELLE 53 (A14): BERUFE DER ELTERN (ABSOLUTE HÄUFIGKEITEN) | II |
| TABELLE 54 (C2): WIEWEIT SPIELEN DIE FOLGENDEN KRITERIEN BEI IHRER PERSÖNLICHEN VERHÜTUNG EINE ROLLE?..... | III |
| TABELLE 55 (C3): WIE SCHÄTZEN SIE DIE ANGEGEBENEN VERHÜTUNGSMETHODEN BEZÜGLICH IHRER NEBENWIRKUNGEN UND SICHERHEIT EIN?..... | IV |
| TABELLE 56 (C4): WIE BEWERTEN SIE IHRE KENNTNISSE BEZÜGLICH DER FOLGENDEN ASPEKTE? | V |
| TABELLE 57 (C5): ALTER/ UMSTÄNDE DER AUFKLÄRUNG..... | VI |
| TABELLE 58 (C12): WIE GUT FÜHLEN SIE SICH ÜBER DEN THEMENKOMPLEX ABTREIBUNG INFORMIERT?..... | VII |
| TABELLE 59 (C17): WIEWEIT STIMMEN SIE DEN FOLGENDEN AUSSAGEN ZU? | VIII |
| TABELLE 60 (D3/ D5): ROLLE DER ÄRZTIN/ DES ARZTES | IX |
| TABELLE 61 (E7): REAKTION DES UMFELDES AUF DIE SCHWANGERSCHAFT | X |
| TABELLE 62 (E10): SORGEN DER SCHWANGEREN..... | XI |
| TABELLE 63 (E13): INFORMATIONENSTAND BEZÜGLICH STAATLICHER UNTERSTÜTZUNG ... | XII |
| TABELLE 64 (E22): WIE SCHÄTZEN SIE IHRE ELTERN BEZÜGLICH DER FOLGENDEN BEREICHE EIN?..... | XIII |
| TABELLE 65 (E27): WIE SCHÄTZEN SIE IHREN PARTNER BEZÜGLICH DER FOLGENDEN BEREICHE EIN? | XIV |
| TABELLE 66 (E33): WIE SCHÄTZEN SIE IHREN FREUNDESKREIS BEZÜGLICH DER FOLGENDEN BEREICHE EIN? | XV |

1 Einleitung

Die Einleitung dokumentiert die gesellschaftliche, gesundheitspolitische und ökonomische Relevanz ungeplanter Schwangerschaften. Aus der Literatur werden Ursachen der Entstehung „ungeplanter“ beziehungsweise „ungewollter“ Schwangerschaften identifiziert. Zusätzlich werden Faktoren analysiert, die nach Eintritt der Schwangerschaft ihren Ausgang beeinflussen, also die Entscheidungsgrundlage für oder gegen eine Unterbrechung oder Austragung der Schwangerschaft bilden.

1.1 Epidemiologie und Konsequenzen ungeplanter Schwangerschaften

Die Entstehung einer Schwangerschaft ist in Zeiten effektiver und allgemein zugänglicher Verhütungsmaßnahmen idealerweise geplant (Rosenfeld and Everett, 1996). Dennoch sind sowohl in Deutschland, als auch in anderen europäischen Ländern, über die Hälfte aller Schwangerschaften ungeplant. Mehrere Studien aus den Vereinigten Staaten belegen, dass auch dort über die Hälfte aller Schwangerschaften ungeplant entstehen. Diese enden zu ähnlichen Anteilen in der Unterbrechung (44%) beziehungsweise Austragung (43%) der Schwangerschaft (Forrest, 1994). Eine amerikanische Studie verzeichnete von 1987-1994 zwar insgesamt einen Rückgang der Raten ungeplanter Schwangerschaften von 54 auf 45 pro 1.000 Frauen im reproduktionsfähigen Alter, bestätigte jedoch erneut den eingangs beschriebenen hohen Anteil ungeplanter an allen Schwangerschaften, mit einer darauf bezogenen Abtreibungshäufigkeit von 54% (Henshaw, 1998). Die Autoren errechneten daraus

akkumulierte Raten, bezogen diese auf ein Frauenleben bis zum Ende ihrer Reproduktionsfähigkeit, und kamen zu folgendem Ergebnis: „At 1994 rates, women can expect to have 1.42 unintended pregnancies by the time they are 45, and at 1992 rates, 43% of women will have had an abortion“.

Schwangerschaften minderjähriger Frauen nehmen in vielerlei Hinsicht eine Sonderstellung ein, dennoch ist das Problem keineswegs auf diese Altersgruppe begrenzt. Die Häufigkeit ungeplanter Schwangerschaften sowohl ist für minderjährige, als auch alleinstehende, verheiratete, und für Frauen über 35 Jahren insgesamt angestiegen (Rosenfeld and Everett, 1996; Sulak and Haney, 1993). Es konnte gezeigt werden, dass Frauen im Alter von 18-24 Jahren, unverheiratete Frauen, solche aus niedrigen Einkommens-, Schul- und Ausbildungsgruppen, und Frauen aus Bevölkerungsminderheiten einem besonders hohen Risiko ungeplanter Konzeption ausgesetzt sind (Forrest, 1994; Henshaw, 1998). Da diese Faktoren in engem Zusammenhang miteinander stehen, bleibt unklar, inwieweit sie sich gegenseitig bedingen oder voneinander unabhängige Risiken darstellen.

1.2 Ungeplante oder ungewollte Schwangerschaft

Für die Identifizierung von Risikofaktoren muss zwischen „ungeplanter“ und „ungewollter“ Schwangerschaft unterschieden werden. Die Notwendigkeit zur Differenzierung dieser Gruppen wurde schon früh erkannt und durch zahlreiche Autoren in ihren Studien belegt und angewandt: „What are often reported as rates of

unintendedness may be rates of unwantedness, a completely different concept. Many studies fail to delineate the distinction between those unintended pregnancies that are indeed unintended versus those that were mistimed” (Petersen and Moos, 1997).

Diese Trennung ist auch dadurch erschwert, dass die Frauen meist erst zu einem Zeitpunkt befragt werden, an dem die Schwangerschaft bereits eingetreten ist und ihre unmittelbare Beurteilung der Situation bereits durch erste Entscheidungsüberlegungen verzerrt wurde: „Certain subgroups of women may be more likely to classify births as wanted when they are asked retrospectively; alternatively, they may be more likely to experience changes in their living conditions that alter their fertility intentions” (Williams et al., 1999). In der Literatur werden ungeplante Schwangerschaften, die in der Unterbrechung enden, demgemäß als „ungewollt“ klassifiziert und so von „ungeplanten“ Schwangerschaften unterschieden, die ausgetragen werden.

Ungeplante und ungewollte Schwangerschaften gehen zum größten Teil auf inkonsequente Anwendung und Gebrauch ineffektiver Verhütungsmethoden, anstatt fehlenden Verhütungsversuch zurück. Es ist daher schwer, anhand des Verhütungsverhaltens Rückschlüsse auf die Intention oder Einstellung zu ziehen, also zwischen risikoreichem Verhalten bei fehlendem Kinderwunsch und Ambivalenz bezüglich eines Kinderwunsches zu unterscheiden. Hinzu kommt, dass Einflüsse aus wichtigen Lebensbereichen, wie beispielsweise Partnerschaft, Berufswahl oder Wohnsituation, das Verhütungsverhalten und die Entscheidung für oder gegen ein Kind nach Eintritt der Schwangerschaft, also zum Zeitpunkt der Befragung, unterschiedlich beeinflussen können. Dies gilt insbesondere dann, wenn es sich um die erste

Schwangerschaft handelt.

Das optimale Design für die vorliegende Untersuchung wäre aus oben beschriebenen Gründen eine Kohortenstudie von Frauen im reproduktionsfähigen Alter, die über einen längeren Zeitraum unter Beobachtung steht. Diese Kohorte könnte zu verschiedenen Zeitpunkten vor und nach Eintritt einer Schwangerschaft sowie vor und nach der endgültigen Entscheidung für oder gegen eine Abtreibung bezüglich ihres Verhütungsverhaltens und Kinderwunsches befragt werden. Die hohen Kosten, die Dauer und der Aufwand machen dieses Studiendesign jedoch relativ selten, so dass die Mehrzahl aller vorhandenen Studien dem oben beschriebenen „recall-bias“ ausgesetzt ist.

1.3 Gesundheitliche und soziale Risiken

Ungeplante und ungewollte Schwangerschaften sind mit negativen gesundheitlichen, finanziellen und sozialen Folgen für Mutter und Kind verbunden. Dabei ist die Unterscheidung von Frauen, die nach Feststellung ihrer Schwangerschaft sicher zur Abtreibung entschlossen sind („ungewollt“), und der Gruppe „ungeplanter“ Schwangerschaften auch für die Untersuchung der physischen und psychischen Folgen solcher Schwangerschaften relevant.

Risiken für die Mutter

Bei ungewollten Schwangerschaften muss die Gruppe der bezüglich Abtreibung „ambivalent“ eingestellten Frauen besondere Berücksichtigung finden, da sich deren gesundheitliche Risiken, zusätzlich zu den physischen Abtreibungskomplikationen der

anderen Gruppe, komplexer darstellen. Denn obwohl langfristige negative emotionale Effekte einer Abtreibung insgesamt nicht sehr häufig sind, haben Frauen, deren Entscheidung für oder gegen eine Abtreibung ambivalent war, ein erhöhtes Risiko unter negativen Folgen wie Schuldgefühlen oder Depressionen zu leiden (Bracken et al., 1974). In einer amerikanischen Kohortenstudie hatten verheiratete Frauen, die sich zur Abtreibung ihrer ersten ungeplanten Schwangerschaft entschieden, im Vergleich zu Frauen, die sich dagegen entschieden, ein mehr als doppelt so hohes Risiko, eine spätere klinische Depression zu erleiden. Dieses Risiko wurde nicht in der Gruppe unverheirateter Frauen beobachtet, die sich zu Abtreibung entschieden (Reardon and Cogle, 2002). Die Autoren erläutern dies damit, dass einerseits die Austragung des Kindes für unverheiratete Mütter stärker mit negativen Folgen behaftet ist, andererseits die Entscheidung für eine Abtreibung und deren Verarbeitung sich für verheiratete Frauen schwieriger darstellt.

Auch für Frauen, die sich zur Austragung ihrer ungeplanten Schwangerschaft entscheiden, wurden Untersuchungen zum Risiko für Mutter und Kind durchgeführt. Wie eingangs erwähnt, unterscheiden sich Frauen, deren Kind ungeplant war, a priori sozioökonomisch von Müttern geplanter Kinder. Dieser Tatsache Rechnung tragend, untersuchte eine Studie die Situation von zum Startzeitpunkt vergleichbaren Gruppen von jungen Frauen auf ihre Situation zwei Jahre nach Abbruch oder Austragung einer ungeplanten Schwangerschaft. Die Gruppe derer, die sich gegen die Austragung entschied, hatte im Vergleich zur Gruppe der Mütter nicht nur eine höhere Wahrscheinlichkeit einen Schulabschluss zu besitzen oder sich noch in der Ausbildung

zu befinden, sie war auch ökonomisch bessergestellt. Auch ein Einfluss auf das Verhütungsverhalten konnte nachgewiesen werden: „The teenagers who had obtained abortions were also less likely than the other two groups to experience a subsequent pregnancy during the following two years and were slightly more likely to practice contraception” (Zabin et al., 1989). Die Vermutung liegt nahe, dass die sozioökonomischen Bedingungen, die zur Entstehung „ungewollter“ beziehungsweise „ungeplanter“ Schwangerschaften beitragen, sich durch die Austragung des Kindes noch verschärfen. Langfristige psychische Folgen wurden in dieser Studie für die Gruppe der Frauen mit Abtreibung nicht häufiger als in der Vergleichsgruppe beobachtet: „An analysis of psychological stress showed that those who terminated their pregnancy had experienced no greater levels of stress or anxiety than had the other teenagers at the time of the pregnancy test, and they were no more likely to have psychological problems two years later” (Zabin et al., 1989).

Risiken für das Kind

Die „Ungeplantheit“ eines Kindes wirkt sich ebenfalls auf das Verhalten der Frau während der Schwangerschaft und damit auf das ungeborene Kind aus: „This research examined the relationship of unintended childbearing and beliefs about the importance of prenatal care with initiation after first trimester, adjusting for key sociodemographic determinants. After adjustment for maternal age, marital status, education, parity, race, and health insurance status, unintended births were 1.6 times more likely to involve delayed care” (Mayer, 1997). Dieses Verhalten entsteht, weil frühe Schwangerschaftszeichen häufiger als bei geplanten Schwangerschaften nicht sofort

erkannt werden. Dadurch bestätigen sich die Schwangerschaften später, und der Beginn der Vorsorgeuntersuchungen sowie eines risikovermeidenden Verhaltens wird verzögert. In dieselbe Richtung wirken sich die oben beschriebenen sozioökonomischen Rahmenbedingungen auf das Verhalten während der Schwangerschaft aus. So wird von dieser Gruppe, unabhängig vom oben beschriebenen Zeitphänomen, ein risikoreiches Verhalten während der Schwangerschaft, wie zum Beispiel Rauchen, seltener vermieden: „Both the intendedness of a pregnancy and the mother's social and demographic characteristics are important predictors of pregnancy-related behaviour” (Kost et al., 1998). Die Konsequenzen dieses Verhaltens wirken sich schädlich für Mutter und Kind aus: „Unintended pregnancies may be associated with delays in the initiation of prenatal care and behaviours during pregnancy that increase the risk for adverse birth outcomes” (From the Centers for Disease Control and Prevention, 1993). Ein niedriges Geburtsgewicht, assoziiert mit weiteren Komplikationen, ist eines der Gesundheitsrisiken von Kindern ungeplanter Schwangerschaften: „Mothers of very low birth weight infants were significantly more likely than those who had a normal-weight baby to report that they had felt unhappy about the pregnancy. Very low birth weight was also associated with early denial of the pregnancy” (Sable et al., 1997).

1.4 Ursachen ungeplanter Schwangerschaften

Es stellt sich die Frage nach den Ursachen der zahlreichen ungeplanten Schwangerschaften. Insbesondere danach, ob und wie versucht wurde diese Schwangerschaften zu verhüten. Warum versagen theoretisch effektive Methoden in der

Praxis und warum werden bei fehlendem Kinderwunsch keine oder unsichere Methoden verwendet oder sichere zugunsten unsicherer Methoden aufgegeben. Hierbei scheinen neben Anwendungsfehlern und Versagen der Methode mehrere Ursachen eine Rolle zu spielen.

Versagen der Methode

Die Zahl der trotz angewandter Verhütung entstehender Schwangerschaften weitaus höher, als die durch kontrollierte Studien ermittelten Werte (Pearl-Index) erwarten lassen. Die Studienbedingungen entsprechen nicht den realen Verhältnissen, unter denen die verschiedenen Methoden tatsächlich Anwendung finden („efficacy“ versus „effectiveness“-Studien).

Eine Studie, die die für nichtgemeldete Abtreibungen korrigierten Daten des National Survey of Family Growth auf Versagerquoten für gängige Verhütungsmethoden im ersten Anwendungsjahr untersuchte, kam zu den folgenden Ergebnissen. Die Pille zeigte sich als effektivste reversible Methode, bei der 8% der Anwenderinnen im ersten Jahr des Gebrauchs schwanger wurden. Mit der Anwendung eines Kondoms passierte das bei 15%. Periodische Abstinenz ist die Methode mit der höchsten Versagerquote von 26%. Fast genauso viele ungewollte Schwangerschaften (25%) entstanden jedoch auch bei Verhütung durch Spermizide allein. Die Autoren kommen zu folgendem Schluss: „Failure rates vary more by user characteristics such as age, marital status and poverty status than by method, suggesting the extent to which failure results from improper and irregular use rather than from the inherent limitations of the method“ (Jones and Forrest, 1992).

Es spielt also nicht nur die Sicherheit der Methode eine wichtige Rolle, als vielmehr konsequente Anwendung und Vermeidung risikoreichen Verhaltens, zum Beispiel in Sondersituationen wie bei spontanem Geschlechtsverkehr oder eingeschränkter Sicherheit effektiver Methoden wie zum Beispiel durch Medikamenteneinnahme.

Soziale Deprivation, Alter, Ausbildungsstand, kognitive Fähigkeiten und Reife zum Zeitpunkt des ersten Geschlechtsverkehrs beeinflussen demzufolge die Wahrscheinlichkeit ungeplanter Schwangerschaften nicht nur durch fehlende Verhütung oder die Wahl unsicherer Methoden (Jones, 1999). Sie mindern auch die Effektivität von theoretisch sicheren Methoden durch ihren Einfluss auf Verhütungskonsequenz und Risikobereitschaft.

Non-compliance und fehlende Anwendung sicherer Methoden

Schlüsseldeterminanten für die Anzahl ungeplanter Schwangerschaften sind neben Versagen der Methode auch Schwangerschaften durch Verlassen einer sicheren Methode, zum Beispiel eines hormonellen Kontrazeptivums. Diese Abbruchraten reflektieren die Unzufriedenheit mit den verschiedenen zur Verfügung stehenden Methoden, deren Ursachen noch zu spezifizieren sind: „The risks of pregnancy during typical use of reversible methods of contraception are considerably higher than risks of failure during trials, reflecting imperfect use of these methods rather than lack of inherent efficacy. High rates of method-related discontinuation probably reflect dissatisfaction with available methods” (Trussell and Vaughan, 1999).

Die Gruppe der Frauen, die trotz Verhütungswunsch aufhört orale Kontrazeptiva anzuwenden, unterteilt sich in drei Subgruppen (Rosenberg et al., 1995):

- diejenigen, die die verlassene Methode zunächst gar nicht substituieren (ca. 20%) und dadurch den höchsten Anteil der mit oralen Kontrazeptiva im Zusammenhang stehenden ungeplanten Schwangerschaften ausmachen (41%);
- die zweite Gruppe, die zu einer anderen sicheren (Intrauterinpeessar) oder irreversiblen (Sterilisation) Methode wechselt (33%), macht dagegen nur 1% dieser Schwangerschaften aus;
- die dritte Gruppe von Frauen, die danach unsicherere Mittel (Diaphragma, Kondome, Spermizide, periodische Abstinenz) anwendet, und so 19% der mit oralen Kontrazeptiva im Zusammenhang stehenden ungeplanten Schwangerschaften bedingt.

Es bleibt die Frage, warum sichere Verhütungsmethoden bei fehlendem Kinderwunsch gar nicht erst angewandt werden. Einige Autoren vermuten in diesem Zusammenhang, dass die Angst vor Komplikationen beziehungsweise Nebenwirkungen von Kontrazeptionsmaßnahmen eine größere Rolle spielt, als tatsächlich erlebte beziehungsweise aufgetretene Komplikationen: „Fear of complications, not the complications themselves, is the most powerful deterrent to women's use of contraception“ (Grimes, 1986).

Besonders orale Kontrazeptiva stehen allgemein in dem Verdacht, gravierende Langzeitkomplikationen zu verursachen, was sich jedoch durch kontrollierte Studien in

diesem Ausmaß nicht bestätigen lässt: „Although breast cancer remains the most important safety concern, the bulk of recent data suggests that oral contraceptives have no overall impact on a woman's risk of developing this disease. The results are less clear on the risk of cervical cancer and its precursors because of methodological problems. However, the newer oral contraceptive formulations no longer appear to be associated with an increased risk of myocardial infarction or stroke” (Grimes, 1992). Und obwohl neuere Studien diese Ergebnisse bestätigen (Marchbanks et al., 2002), besteht weiterhin Ungewissheit hauptsächlich in Bezug auf Gebärmutterhalskrebs (Smith et al., 2003). Viele Frauen haben daher grundsätzliche gesundheitliche Bedenken gegen die Wahl eines oralen Verhütungsmittels, insbesondere über einen längeren Zeitraum.

Bei den Frauen, die orale Kontrazeptiva verwenden, beeinträchtigen die relativ häufigen kurzfristigen und akuten Nebenwirkungen die Compliance und dadurch der Sicherheit: „Compliance difficulties are more common among oral contraceptive users than is generally appreciated. Inconsistent use and method discontinuation are estimated to account for approximately 20% of the annual 3.5 million annual unintended pregnancies in the United States” (Rosenberg and Waugh, 1999). Dieselbe amerikanische Studie zeigt, dass fast die Hälfte aller Anwenderinnen die Einnahme von einer oder mehr Pillen pro Zyklus und fast ein Viertel sogar zwei oder mehr Pillen pro Zyklus vergessen. Möglichkeiten, die zu einer signifikanten Verbesserung der Compliance führten, waren die Zufriedenheit der Frauen mit ihren Ärzten, die Abwesenheit von Nebenwirkungen sowie das Lesen der Beipackinformationen des jeweiligen Kontrazeptivums.

Auch eine große europäische Studie (Dänemark, Frankreich, Italien, Portugal und

England) analysierte an 6676 Frauen im Alter von 16 bis 30 Jahren die Ursachen schlechter Compliance und früher Unterbrechung der Einnahme oraler Kontrazeptiva. Sie kommt zu ähnlichen Ergebnissen: „Poor compliance was associated with a lack of established routine for pill-taking, failure to read and understand written materials that came with the oral contraceptives package, not receiving adequate information or help about oral contraceptives from their health care provider, and occurrence of certain side effects, including hirsutism, nausea, bleeding irregularities, and breast tenderness” (Rosenberg et al., 1995). Die Gruppe der inkonsistenten Anwenderinnen (Nichteinnahme von ein bis zwei Pillen pro Zyklus) hatte hierbei ein dreimal so hohes Risiko ungeplant schwanger zu werden. Die Autoren identifizierten als Hauptursachen für einen frühen Abbruch der Methode in erster Linie Nebenwirkungen wie Übelkeit, Blutungen, Brustspannen, Stimmungsschwankungen und Gewichtszunahme.

1.5 Grundlagen, Probleme und Konsequenzen der Entscheidung für die Abtreibung oder Austragung einer ungeplanten Schwangerschaft

Zahlreiche Frauen sind zu Beginn einer Schwangerschaft über einen längeren Zeitraum unsicher, ob sie sich für ein Kind oder einen Abbruch der Schwangerschaft entscheiden sollen: „For many women the abortion decision and, to a lesser extent the decision to deliver, was conflictful, options evenly balanced, and considerable indecision reported” (Bracken et al., 1978; Wikman et al., 1993). Die Anzahl derer, die sich unsicher sind ob sie abtreiben sollen, hängt dabei vom Befragungszeitpunkt ab.

Verschiedene Studien zeigen jedoch übereinstimmend, dass die Entscheidung mindestens eines Viertels der Frauen, die sich zur Abtreibung entschließen, unsicher beziehungsweise ambivalent ist, unabhängig vom Zeitpunkt (Husfeldt et al., 1995). Auch 15% der Frauen, die sich für die Austragung des Kindes entscheiden, haben eine Abtreibung in Erwägung gezogen (Holmgren and Uddenberg, 1993).

Die Hauptgründe für eine Abtreibung unterscheiden sich zwischen Frauen, die trotz Abtreibungswunsch eine ambivalente Einstellung dazu haben, und denen, die sich ihrer Entscheidung sicher sind. Eine Studie von 1995 untersuchte 339 Frauen, die zur Durchführung eines geplanten Schwangerschaftsabbruchs in ein Krankenhaus überwiesen wurden, um die Hauptüberlegungen zu identifizieren, die die Entscheidung zum Abbruch herbeiführten (Husfeldt et al., 1995). Während von Frauen, deren Entscheidung zur Abtreibung als „sicher“ bezeichnet wurde, die „bereits vorhandene Kinderzahl“, „Beziehung zum Partner“ und das eigene „Alter“ angegeben wurden, führten bei ambivalenten Frauen vorwiegend „Überlegungen zu Beruf oder Ausbildung“, „Beziehung zum Partner“ und - fast ausschließlich bei dieser Gruppe - „sozialer Druck“ zu der Entscheidung für eine Abtreibung. Auch die „finanzielle Situation“ sowie „Wohnverhältnisse“ beeinflussten häufiger die Entscheidung dieser Gruppe von Frauen. Die Entscheidung für die Abtreibung in der Gruppe der unentschlossenen Frauen wird, im Vergleich zur anderen Gruppe, weitaus häufiger durch den Partner mitbestimmt, insgesamt haben die Schwangeren seltener das Gefühl, eine „eigenständige Entscheidung“ getroffen zu haben. Es konnte gezeigt werden, dass bei den meisten Frauen dieser Gruppe die Entscheidung für eine Abtreibung durch einen

Kinderwunsch des Partners oder bessere finanzielle Verhältnisse hätte geändert werden können.

Wie eingangs beschrieben, muss zwischen Frauen, die sich bereits zu einem frühen Zeitpunkt oder schon bei Feststellung der Schwangerschaft sicher für eine Termination der Schwangerschaft entscheiden, und jenen, bei denen äußere Umstände diese Entscheidung wesentlich mitbeeinflussen und den Entscheidungsprozeß verzögern, unterschieden werden. In der oben beschriebenen Studie waren fast die Hälfte der Frauen schon zum Zeitpunkt der Entdeckung der Schwangerschaft sicher zur Abtreibung entschlossen. Bei anderen Autoren liegt diese Zahl noch höher: „Seventy-two percent of the women had decided to have an abortion as soon as they knew they were pregnant. Sixty-six percent had made their decision before the end of the 8th week of pregnancy” (Holmgren, 1988).

Die Entscheidungsdeterminanten liegen also weniger in der Person selbst begründet, als vielmehr in den äußeren (Lebens-) Umständen: „During their reproductive life, therefore, almost all women in this population will face the decision whether to abort and many will choose that option. Whether abortion or delivery is chosen will depend upon circumstances surrounding specific pregnancies rather than characteristics of the mother” (Bracken et al., 1978).

Das heißt, dass bezogen auf die unterschiedlichen moralischen Überlegungen, die für Frauen in dieser Situation eine Rolle spielen und identifiziert werden konnten, die konkrete Entscheidung letztendlich vor dem Hintergrund praktischer Überlegungen gefällt wird: „The women interviewed had three levels of moral reasoning

simultaneously present. A theoretical level, most of all concerning other women, a liberal view of rights: abortion should be a freely obtainable option. A theoretical level, above all, concerning themselves, a restrictive deontological view: the extinction of life is morally wrong and should be avoided. A practical level, when the problem was a reality: a consequentialist ethics of care” (Holmgren and Uddenberg, 1994).

Es ist dabei interessant zu untersuchen, welche Entscheidungsdeterminanten und Lebensumstände den grössten Einfluss auf diese „praktischen“ Überlegungen bilden. Es gibt bereits zahlreiche Hinweise darauf, dass die Beziehung zum Partner, beziehungsweise seine Einstellung zur bestehenden Schwangerschaft, sowie das Ausmaß der Unterstützung durch das soziale Umfeld wesentlichen Einfluss haben: „Women delivering were in significantly longer relationships with partners who had also been less cooperative about contraception. Discussion with significant others occurred more often in decisions to deliver and greater support was received for that option” (Bracken et al., 1978). „Women were less likely to say they had not wanted to conceive with a particular partner if they were living with that partner than if they were not. The likelihood of not having wanted a pregnancy with a given partner rose with the lifetime number of serious partners” (Zabin et al., 2000).

Es konnte gezeigt werden, dass die Aussicht alleinerziehende Mutter zu sein, dabei den grössten Einfluss auf die Entscheidung für oder gegen eine Unterbrechung der Schwangerschaft hat. Doch zahlreiche weitere Faktoren sind relevant für diese Entscheidung: “Variables such as parity, age, housing situation, previous abortion history, attitudes towards abortion and occupational status were all found to be

significant when describing the differences between abortion-seeking women and women giving birth” (Skjeldestad, 1994).

Es gilt also für den Ausgang der Schwangerschaft, sprich die Entscheidung für Abtreibung oder Austragung des Kindes, was schon für deren Entstehung durch inkonsequentes oder ineffektives Verhütungsverhalten diskutiert wurde. Beide sind wesentlich durch äußere Umstände beeinflusst und spiegeln nur teilweise bewusste persönliche Entscheidungen und Einstellungen der Frau wieder. Eine Untersuchung zu diesem Thema muss daher Einflüsse auf unterschiedlichen Ebenen berücksichtigen.

2 Methodik

2.1 Beschreibung der Untersuchung

Ziele der Studie

Die Ziele dieser Studie waren, das Verhütungsverhalten und die Einstellungen ungeplant schwangerer Frauen zu dokumentieren; speziell zu untersuchen:

- A. Welche Einflüsse mit unsicherem oder inkonsequentem Verhütungsverhalten in Zusammenhang stehen.
- B. Faktoren zu identifizieren, die den Ausgang der Schwangerschaft (Abtreibung oder Austragung) beeinflussen; insbesondere:
 - die Rolle des Verhütungsverhaltens vor der Schwangerschaft,
 - die Beziehung zum Partner und seiner Einstellung zur Schwangerschaft,
 - und den Einfluss ausgewählter soziodemografischer Faktoren.

Die folgenden Hypothesen lagen zu Beginn der Studie vor:

- A. Einflüsse auf das Verhütungsverhalten
 - Ungeplant schwangere Frauen mit Verhütungsversuch betreiben inkonsequente und risikoreiche Verhütung.
 - Das Ausmaß der Selbstbestimmung der Verhütung durch die Frau beeinflusst den Verhütungsversuch.

B. Ausgang der Schwangerschaft

- Frauen mit risikoreichem Verhütungsverhalten entscheiden sich eher für die Austragung der Schwangerschaft.
- Die moralische Einstellung zur Abtreibung beeinflusst den Ausgang der Schwangerschaft.
- Frauen mit bereits erfülltem Kinderwunsch und solche ohne feste Partnerschaft entscheiden sich eher für die Abtreibung des Kindes.
- Frauen mit negativer Einschätzung ihrer allgemeinen, finanziellen oder beruflichen Situation entscheiden sich eher für die Abtreibung der Schwangerschaft.

2.2 Design

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine Querschnittsstudie ungeplant schwangerer Frauen unterschiedlichen Alters.

20 Gynäkologische Praxen und 10 Schwangerschaftsberatungsstellen in der Umgebung von Münster wurden aus dem aktuellen Telefonverzeichnis identifiziert und schriftlich um ihre Teilnahme an der Studie gebeten.

In diesem Schreiben wurde der Zweck und Ablauf der Untersuchung, die Rolle der Praxen beziehungsweise Beratungsstellen bei der Rekrutierung der Stichprobe sowie die Einschlusskriterien für die Studie erläutert. Ein Erinnerungsbrief erfolgte, wenn

innerhalb von zwei Wochen keine Rückmeldung eingegangen war.

Vier Praxen und drei Schwangerschaftsberatungsstellen erklärten sich schriftlich zu einer Zusammenarbeit bereit. Sechs Praxen und vier Beratungsstellen erteilten eine Absage und von den übrigen erfolgte keine Rückmeldung.

Es wurden insgesamt 100 Fragebögen an die Beratungsstellen und Praxen verschickt, die sich zu einer Mitarbeit bereit erklärt hatten. Deren Mitarbeitende baten Frauen, die aktuell ungeplant schwanger waren, um ihre Teilnahme an der Studie. Diese erhielten den Fragebogen, eine Erklärung zum Zweck der Untersuchung, eine Anleitung zum Ausfüllen des Fragebogens und einen Rücksendeumschlag (siehe Anhang 7.2).

2.3 Instrument

Für den Zweck dieser Untersuchung wurde ein in fünf Themenbereiche gegliederter Fragebogen entwickelt. Die vorangegangene Literaturrecherche bildete dabei die Grundlage für die Priorisierung der Themenbereiche und Selektion der Fragen.

Pretest

Der vorläufige Entwurf des Fragebogens wurde an fünf schwangere Frauen (geplante und ungeplante Schwangerschaften) unterschiedlichen Alters und Bildungsstandes verteilt, die diesen auf Verständnis, Logik und Zeitaufwand testeten. Die Kommentare und Anregungen dieser Frauen fanden in der korrigierten Version des Fragebogens Berücksichtigung.

Die folgende schematische Übersicht zeigt die Themenbereiche, Struktur und Filterfunktionen des Fragebogens. Die vollständige Version findet sich im Anhang 7.2.

A. Soziodemografische Daten (A1-18)

B. Erfahrungen mit ungeplanter Schwangerschaft

B1-4 Schwangerschaft und Beziehung

B5 Waren Sie zuvor einmal ungeplant schwanger? **Ja** → **B6** **Nein** → **B7**

B6 Frühere ungeplante Schwangerschaften

B7 Verhütungsversuch dieser Schwangerschaft? **Ja** → **B9** **Nein** → **B8**

B8 Verhütung zu früheren Zeitpunkten? → **B10**

B9 Verhütungsanamnese

B10-12 Risikobereitschaft und Selbstbestimmung

C. Einstellung gegenüber Empfängnisverhütung

C1-6 Einstellungen und Kenntnisse bezüglich Verhütung

C7-10 Einstellungen bezüglich Sexualität

C11-17 Einstellungen und Kenntnisse bezüglich Schwangerschaftsabbruch

C18-20 Kinderwunsch

D. Gynäkologische Beratung und Behandlung (D1-9)

E. Reaktionen auf die Schwangerschaft

E1-10 Reaktionen der Schwangeren und des Umfeldes

E11-21 Entscheidung zum Schwangerschaftsausgang und Einschätzung der allgemeinen, beruflichen und finanziellen Situation

E22-23 Einschätzung der Eltern

E24 Befinden Sie sich in einer Partnerschaft? **Ja** → **E25** **Nein** → **E30**

E25-29 Aktuelle Partnerschaft → **E33**

E30-32 Partnerschaft vor der Schwangerschaft

E33-36 Einschätzung des Freundeskreises

Fragentypen

In dieser Studie wurden verschiedene Fragetypen verwendet, die folgenden Beispielimens dienen zur Veranschaulichung.

Standardisierte Fragen mit vorgegebenen Antwortkategorien

Hier wurden Fragen mit Einfachauswahl, als auch Mehrfachauswahl verwendet.

Nominale Kategorien (Mehrfachauswahl, kombiniert mit freier Texteingabe)

Wie finanzieren Sie Ihre Verhütungsmittel (mehrere Angaben möglich)

Allein Partner Gemeinsam Eltern Keine Kosten

Sonstiges: _____

Geordnete Kategorien/ 5er Skalen (Einfachauswahl, 5er Skala)

Verspüren Sie zurzeit einen Kinderwunsch?

gar nicht wenig mittel stark sehr stark

Offene Fragen mit freier Texteingabe

Warum haben Sie aufgehört Verhütungsmethoden anzuwenden? Bitte erläutern Sie kurz:

Fragebogenteil A (Umfang eine Seite, 18 Items)

Der erste Teil des Fragebogens erhebt demografische Daten zum Alter der Frauen, zu Nationalität, Konfession, Familienstand, Kinderzahl, Wohnsituation, Schul- und Ausbildungsstand und Berufssituation. Zusätzlich wurde der Berufsstand der Eltern erhoben. Die letzten Fragen in diesem Abschnitt beschäftigen sich mit der politischen Einstellung der Frauen, der Rolle von Religion, Glauben und Kirche im ihrem Leben.

Fragebogenteil B (Umfang zwei Seiten, 12 Items)

Der zweite Teil bezieht sich auf die Erfahrungen der Frauen bezüglich ungeplanter Schwangerschaft. Es wurde hier nach aktuellen und früheren Partnerschaften, und nach der Häufigkeit ungeplanter Schwangerschaften gefragt. Frauen, die zuvor eine oder mehrere ungeplante Schwangerschaften erlebt hatten, wurden zusätzlich zu diesen Schwangerschaften befragt. Bei Frauen, die versucht hatten ihre Schwangerschaft zu verhüten, wurde eine ausführliche Verhütungsanamnese (Anwendung, Wahl, Wechsel, Finanzierung und Versagen von Verhütungsmethoden, ungeschützter Verkehr) erhoben. Frauen ohne Verhütungsversuch wurden zu ihrem früheren Verhütungsverhalten und zu Motiven des Wechsels befragt. Die letzten Fragen in diesem Abschnitt richteten sich an Risikobereitschaft und Selbstbestimmung der Verhütung aller Befragten.

Fragebogenteil C (Umfang drei Seiten, 20 Items)

Dieser Teil zielt auf die Einstellung der Frauen zu Empfängnisverhütung und Abtreibung. Er enthält Fragen zur Priorisierung bei der Wahl der persönlichen Verhütung, die Beurteilung gängiger Verhütungsmethoden (orale Kontrazeptiva,

Kondome, periodische Enthaltbarkeit, Spermizide, Diaphragma, Spirale) bezüglich Nebenwirkungen und Sicherheit. Die Frauen geben außerdem Auskunft zu ihrem Kenntnisstand bezüglich Verhütung, Konzeption und Schwangerschaft, ebenso zu ihrem Sexualleben, Kinderwunsch und ihrer Einstellung bezüglich Abtreibung.

Fragebogenteil D (Umfang eine Seite, 9 Items)

Der vierte Teil des Fragebogens beschäftigt sich in erster Linie mit der gynäkologischen Beratung und Behandlung der Frauen. Er enthält Fragen zum Alter und den Umständen des ersten Frauenarztbesuchs, der Rolle und Funktion der Gynäkologin beziehungsweise des Gynäkologen aus Sicht der Frauen, sowie Ursachen für Unzufriedenheit und Arztwechsel.

Fragebogenteil E (Umfang vier Seiten, 36 Items)

Der letzte Teil des Fragebogens behandelt die Reaktionen der Frauen sowie ihres Umfeldes auf die ungeplante Schwangerschaft, die Einschätzung des Partners beziehungsweise Kindsvaters, der Eltern und des Freundeskreises bezüglich ausgewählter schwangerschaftsrelevanter Bereiche, sowie der Beratungsfunktion der verschiedenen Parteien. Die Frauen geben insbesondere Auskunft über Einflussfaktoren der Entscheidung für oder gegen die Abtreibung und Austragung des Kindes. Frauen mit Partner wurden um ihre Einschätzung der Partnerschaft gebeten. Bei Frauen ohne Partner wurden Partnerschaften vor Eintritt der Schwangerschaft und ihre Einschätzung der aktuellen Partnerlosigkeit ermittelt. Alle Frauen wurden bezüglich möglicher Unterstützungsquellen und des gegenwärtigen Entscheidungsstandes für die Abtreibung oder Austragung des Kindes befragt.

Instrumentenentwicklung (Teile und deren Herkunft)

Im Kontext ungeplanter Schwangerschaften ist neben Bedingungen, die nach Eintritt der Schwangerschaft ihren Ausgang mitbestimmen, auch interessant welche der Faktoren, die zur ihrer Entstehung beigetragen, den Ausgang vorhersagen lassen.

Hier scheint neben der familiären Situation insbesondere das Verhütungsverhalten vor der Schwangerschaft eine wichtige Rolle zu spielen. Neben der Erhebung soziodemografischer Daten im ersten Teil des Fragebogens (siehe Anhang 7.2, Teil A), enthält der zweite Teil (siehe Anhang 7.2, Teil B) daher Fragen zu ungeplanter Schwangerschaft, zur derzeitigen sowie bisherigen Beziehungen, sowie die ausführliche Verhütungsanamnese mit Fragen zu aktuell und früher angewandten Methoden, Wechsel der Methoden und Gründen für den Wechsel, Verhütungskonsequenz, ungeschütztem Verkehr, Finanzierung und Bestimmung der Wahl der Verhütungsmittel.

Für die Evaluation der Entstehungsursachen wurde neben den oben beschriebenen Bereichen (siehe Teil B) auch die subjektive Einschätzung verschiedener Verhütungsmaßnahmen durch die Frauen abgefragt. Diese können durch den Vergleich mit vorhandenen Daten auf ihre Realitätsnähe geprüft werden. Die Frauen geben Auskunft über ihre persönlichen Präferenzen für die Wahl einer Verhütungsmethode, und werden systematisch nach ihrem Wissen und der subjektiven Einschätzung der Sicherheit, Nebenwirkungen, und Vor- und Nachteile verschiedener verbreiteter Methoden gefragt (siehe Anhang 7.2, Teil C).

Die Rolle der gynäkologischen Beratung und Behandlung spielt nicht nur für den Erfolg oder Misserfolg der Familienplanung, sondern auch für den Ausgang der ungeplanten

Schwangerschaft eine wichtige Rolle. Fragen zu diesem Bereich wurden deshalb ebenfalls integriert (siehe Anhang 7.2, Teil D).

Der letzte Teil des Fragebogens enthält Items zur Einschätzung der Schwangerschaft im Hinblick auf die finanzielle Situation, die Ausbildungs- oder Berufssituation, die Partnerschaft, die Wohnsituation und gesundheitliche Konsequenzen (siehe Anhang 7.2, Teil E). Zusätzlich sind die Reaktion des Umfeldes und deren Bedeutung für die Schwangere relevant. Diese wurden, ebenso wie die Motivation für oder gegen eine Abtreibung, miterhoben. Bei der Evaluation der Lebensumstände im Hinblick auf die Entscheidung für oder gegen eine Abtreibung muss der Beziehung beziehungsweise der Rolle des Partners und des sozialen Umfeldes besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Fragen zu Partnerschaft, Familie und Freunden, Kenntnissen und Einschätzung staatlicher Unterstützungsmaßnahmen, sowie weiteren Quellen persönlicher Unterstützung wurden in Teil E des Fragebogens integriert (siehe Anhang 7.2).

2.4 Anvisierte Stichprobe

Die Zielgruppe bestand aus ungeplant schwangeren Frauen aller Altersgruppen aus der Umgebung von Münster. Frauen, die ausgewählte Praxen und Beratungsstellen aufsuchten und zum Zeitpunkt der Befragung ungeplant schwanger waren, wurden von deren Ärztinnen und Ärzten um ihre Teilnahme an der Studie gebeten. Im Falle des Einverständnisses wurde ihnen ein Fragebogen ausgehändigt, der mit Hilfe einer Anleitung selbstständig ausgefüllt und zurückgesandt wurde.

2.5 Durchführung

Gynäkologische Praxen und Schwangerschaftsberatungsstellen in der Umgebung von Münster wurden aus dem aktuellen Telefonverzeichnis identifiziert und schriftlich um Ihre Teilnahme an der Studie gebeten. Eine Erinnerung erfolgte, wenn innerhalb von zwei Wochen keine Rückmeldung eingegangen war.

Es wurden insgesamt 100 Fragebögen an die Beratungsstellen und Praxen verschickt, die sich schriftlich zu einer Zusammenarbeit bereit erklärt hatten. Deren Mitarbeitende baten Frauen, die aktuell ungeplant schwanger waren, um ihre Teilnahme an der Studie.

Diese erhielten den Fragebogen, eine Erklärung zum Zweck der Untersuchung, eine Anleitung zum Ausfüllen des Fragebogens und einen Rücksendeumschlag.

2.6 Statistische Methoden der Datenanalyse

Deskriptive Statistik

Zunächst werden die Antworten der Frauen auf die standardisierten Fragen mit Methoden der deskriptiven Statistik beschrieben. Prozentuale und absolute Häufigkeiten kategorialer Variablen und Mittelwerte und Standardabweichungen diskreter Variablen werden dargestellt.

Die Antworten auf die offenen Fragen werden zu jedem Inhaltsbereich zusammengefasst und kategorisiert.

Inferenzstatistik

Statistische Signifikanz für Unterschiede von Mittelwerten diskreter Variablen zwischen Gruppen wurde mittels t-Tests für Heterogenität beziehungsweise Trend berechnet, zusätzlich wurden 95% Konfidenzintervalle angegeben. Statistische Signifikanz für Unterschiede von Häufigkeiten zwischen Gruppen wurde mittels Chi²-Tests berechnet.

Software

Statistical Package for the Social Sciences (SPSS for Windows. Release 11.5.0 Chicago: SPSS Inc., 1989-2002).

3 Ergebnisse

3.1 Rücklauf

Der ausgefüllte Fragebogen wurde von 37 Frauen innerhalb des vorgegebenen Zeitraumes von sechs Monaten an das Institut für Medizinische Psychologie zurückgeschickt. Diese Fragebögen bilden die Grundlage dieser Auswertung.

Nach der Beschreibung der Stichprobe werden im Folgenden zunächst die Antworten der Frauen auf die standardisierten Fragen dargelegt (deskriptive Statistik) und zu jedem Inhaltsbereich die Antworten auf die offenen Fragen beschrieben und, soweit möglich, kategorisiert. Inferenzstatistische Darstellungen werden am Ende des jeweils zugehörigen Inhaltsbereiches dargestellt.

3.2 Charakteristika der Stichprobe (Soziodemographische Daten, Teil A)

Alter, Religionszugehörigkeit, Familienstand und Elternschaft der Stichprobe sind in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1 (A1-5): Soziodemographische Daten

| | Prozentsatz | (n) |
|----------------------------------|--------------------|------------|
| Alter | | |
| Unter 20 Jahren | 8% | (3) |
| 21-25 Jahre | 38% | (14) |
| 26-30 Jahre | 35% | (13) |
| 31-35 Jahre | 8% | (3) |
| 36-40 Jahre | 8% | (3) |
| Über 40 Jahre | 3% | (1) |
| Religionszugehörigkeit | | |
| Katholisch | 50% | (16) |
| Evangelisch | 25% | (8) |
| Keine | 25% | (8) |
| Keine Angabe | | (5) |
| Familienstand | | |
| Verheiratet | 25% | (9) |
| Verheiratet, getrennt lebend | 3% | (1) |
| Nicht verheiratet | 72% | (26) |
| Keine Angabe | | (1) |
| Haben Sie bereits Kinder? | | |
| Bereits Kinder | 31% | (11) |
| Keine Kinder | 69% | (24) |
| Keine Angabe | | (2) |

Von 10 verheirateten Frauen gaben 60% (n=6) an, dass ihre Schwangerschaft in der Ehe entstanden war, bei 40% (4) war dies nicht der Fall. Letztere Gruppe beinhaltet dabei eine Frau, die zum Zeitpunkt ihrer Schwangerschaft getrennt von ihrem Mann lebte. Von den 11 Frauen mit Kindern hatten 36% (4) zum Zeitpunkt der Befragung bereits ein Kind, 46% (5) zwei Kinder, und je eine Frau hatte drei beziehungsweise vier Kinder.

Die Wohnsituation und Größe des Wohnortes der Frauen finden sich in Tabelle 2. Knapp die Hälfte der Frauen (46%) lebte zur Zeit der Befragung mit ihrem Partner zusammen, über ein Viertel (27%) lebte allein.

Tabelle 2 (A6, A9): Wohnsituation der Schwangeren

| | Prozentsatz (n) | |
|---|------------------------|------|
| Wie leben Sie zur Zeit? | | |
| Allein | 27% | (9) |
| Mit dem Partner | 46% | (15) |
| Bei den Eltern | 15% | (5) |
| Mit anderen Personen | 12% | (4) |
| Keine Angabe | | (4) |
| Größe des Wohnortes | | |
| Dorf (<10 000) | 19% | (7) |
| Kleinstadt (10 000 - 40 000 Einwohner) | 22% | (8) |
| Mittlere Stadt (40 000 - 200 000 Einwohner) | 19% | (7) |
| Großstadt (> 200 000 Einwohner) | 41% | (15) |

Schulbildung und Stellung in Beruf und Ausbildung

92% (34) der Frauen besaßen zum Zeitpunkt der Befragung einen Schulabschluß, zwei Frauen befanden sich in der Ausbildung und eine Frau gab an, keinen Abschluss gemacht zu haben. Fast ein Viertel (24%) der Frauen besaß Abitur, 22% einen Hochschulabschluss, insgesamt 41% mittlere Reife und 5% einen Hauptschulabschluss. Dementsprechend verteilte sich auch die Anzahl der Schuljahre; die Hälfte der Frauen verbrachte 12 und mehr Schuljahre. Die Mehrzahl befand sich zum Zeitpunkt der Befragung in Erwerbstätigkeit (46%), über ein Drittel der Frauen waren Beamtinnen oder Angestellte, und ein Viertel Studentinnen, Schülerinnen oder Auszubildende.

Tabelle 3 gibt eine Übersicht über Schulbildung und Stellung in Beruf und Ausbildung.

Tabelle 3 (A7-8, A10-11): Schulbildung, Stellung in Beruf und Ausbildung

| | Prozentsatz (n) | |
|-------------------------------------|------------------------|------|
| Schulabschluss | | |
| Hauptschulabschluss | 5% | (2) |
| Mittlere Reife | 41% | (15) |
| (Fach-)Abitur | 24% | (9) |
| Hochschulabschluss | 22% | (8) |
| Kein Abschluss | 3% | (1) |
| Noch in der Schulausbildung | 5% | (2) |
| Anzahl der Schuljahre | | |
| 9 | 6% | (2) |
| 10 | 40% | (14) |
| 11 | 3% | (1) |
| 12 | 17% | (6) |
| 13 | 28% | (10) |
| ≥ 14 | 6% | (2) |
| Keine Angabe | | (2) |
| Ausbildungs-/ Berufsstand | | |
| Auszubildende | 3% | (1) |
| Studentin | 19% | (7) |
| Schülerin | 5% | (2) |
| Erwerbstätigkeit | 46% | (17) |
| Mutterschutz | 11% | (4) |
| Hausfrau | 11% | (4) |
| Ohne Arbeit | 5% | (2) |
| Aktuelle Tätigkeit | | |
| An/ ungelernte Arbeiterin | 3% | (1) |
| Facharbeiterin | 3% | (1) |
| Beamtin/ Angestellte | 36% | (13) |
| Selbständig | 11% | (4) |
| Hausfrau | 19% | (7) |
| Studentin/ Schülerin/ Auszubildende | 25% | (9) |
| Keine Angabe | | (1) |

Tabelle 4 gibt die Berufe wieder, die von den Frauen ausgeübt wurden.

Angaben zu den Berufen der Eltern sind in Anhang 7.1 (Tabelle 53) dargestellt.

Tabelle 4 (A12): Berufe der Frauen (freie Antworten)

| Berufe der Frauen (n=34) | Absolute Häufigkeiten |
|--|------------------------------|
| Lehrerin | 3 |
| Ärztin/ Zahnärztin | 3 |
| Arzthelferin/ Zahnarzthelferin | 3 |
| Einzelhandelskauffrau/ Verkäuferin | 2 |
| Hotelfachfrau | 2 |
| Kauffrau | 2 |
| Fremdsprachensekretärin/ Verwaltungsangestellte | 2 |
| Arzthelferin, Diplom-Psychologin | 1 |
| Groß- und Außenhandelskauffrau | 2 |
| Ingenieurin | 1 |
| Bauzeichnerin | 1 |
| Diplom Sozialpädagogin | 1 |
| MA Geschichte/Slawistik | 1 |
| Erzieherin | 1 |
| Journalistin | 1 |
| Steuerfachgehilfin | 1 |
| Rechtsanwalts- und Notarsgehilfin (studiere jetzt Lehramt) | 1 |
| Medizinisch-Technische Laboratoriumsassistentin | 1 |
| Krankenschwester | 1 |
| Hebamme | 1 |
| Apothekenhelferin | 1 |
| Porzellanmalerin, Grafikerin | 1 |
| Keinen Beruf erlernt | 1 |

Die freien Antworten zur Finanzierung des Lebensunterhaltes sind in Tabelle 5 zusammengefasst.

Tabelle 5 (A13): Finanzierung des Lebensunterhaltes

| Wie finanzieren Sie Ihren Lebensunterhalt? (n=34) | Absolute Häufigkeiten |
|--|------------------------------|
| Erwerbstätigkeit | 16 |
| Gehalt des Partners | 6 |
| Sozialamt/ Arbeitsamt | 4 |
| Teilzeitarbeit | 3 |
| Eltern | 3 |
| Bafög | 1 |
| Bezüge durch Vater des Kindes und Erziehungsgeld | 1 |

Der größte Teil der Frauen finanzierte sich durch eigene Erwerbstätigkeit (auch Teilzeitarbeit) oder das Gehalt des Mannes. Sozialhilfe und Arbeitslosengeld spielten bei weniger Frauen eine Rolle. Eine der 16 Frauen, die ihren Lebensunterhalt überwiegend durch Erwerbstätigkeit finanzierten, gab zusätzlich finanzielle Unterstützung durch die Eltern an; eine der sieben Frauen, die sich überwiegend durch das Gehalt des Partners finanzierten, gab als zusätzlichen Lebensunterhalt ihr eigenes Gehalt an. Tabelle 6 gibt die politische Zuordnung der Frauen zum Parteienspektrum an.

Tabelle 6 (A15): Politische Zugehörigkeit

| Welcher politischen Partei stehen Sie am nächsten? (n=28) | Absolute Häufigkeiten |
|--|------------------------------|
| Keiner | 9 |
| Die Grünen | 8 |
| SPD | 7 |
| Grün-rot/ links | 3 |
| CDU | 1 |

Nur rund drei Prozent der Frauen schätzten sich als „stark oder „sehr stark“ politisch aktiv ein. Für 22% spielten Religion und Glaube eine „große“ oder „sehr große“ Rolle, die Kirche spielte eine solche Rolle hingegen nur bei drei Prozent.

3.3 Erfahrungen mit ungeplanter Schwangerschaft (Fragebogenteil B)

Beziehung und frühere Schwangerschaften

Wie im vorherigen Teil erwähnt, entstanden von allen untersuchten ungeplanten Schwangerschaften insgesamt sechs in der „Ehe“, neun in „dauerhaften Beziehungen“, zwölf in „neueren Beziehungen“, acht mit „flüchtigen Bekanntschaften“ und zwei mit einem „bereits gebundenen Partner“.

Von allen Befragten waren 81% der Frauen (30) zum Befragungszeitpunkt zum ersten Mal ungeplant schwanger, 19% (7) hatten bereits zuvor eine ungeplante Schwangerschaft erlebt. Von diesen sieben Frauen waren drei Frauen insgesamt schon zweimal ungeplant schwanger, zwei Frauen dreimal, eine Frau sechsmal und eine Frau siebenmal. Drei dieser Frauen hatten dabei auch geplante Schwangerschaften (zwei Frauen einmal, eine Frau zweimal). Sechs der sieben Frauen, die bereits zuvor ungeplant schwanger waren, hatten schon mindestens eine Schwangerschaftsunterbrechung, davon fünf Frauen mit insgesamt einer Abtreibung und eine Frau mit zwei Abtreibungen.

Tabelle 7 zeigt die Anzahl der Sexualpartner in den zwölf Monaten vor der Schwangerschaft und die Zahl aller „festen“ Partnerschaften bis zur Schwangerschaft.

Tabelle 7 (B3-4): Sexualpartner und Beziehungen

| | Prozentsatz (n) | |
|--|------------------------|------|
| Anzahl der Sexualpartner | | |
| (in den 12 Monaten vor der Schwangerschaft) | | |
| Ein Partner | 59% | (19) |
| Zwei Partner | 22% | (7) |
| Drei oder mehr Partner | 19% | (6) |
| Keine Angabe | | (5) |
| Anzahl fester Beziehungen (insgesamt) | | |
| Eine Beziehung | 34% | (11) |
| Zwei Beziehungen | 27% | (9) |
| Drei Beziehungen | 21% | (7) |
| Vier oder mehr Beziehungen | 18% | (6) |
| Keine Angabe | | (4) |

Verhütungsverhalten

Die Frage, ob sie versucht hätten ihre Schwangerschaft zu verhüten, bejahten 73% (27) der Frauen. Acht Frauen (22%) hatten keinen Verhütungsversuch unternommen und zwei Frauen (5%) machten hierzu keine Angabe.

Diejenigen, die nicht versucht hatten ihre Schwangerschaft zu verhüten, wurden gebeten, ihre Gründe zu skizzieren. Die folgenden freien Kommentare dieser Frauen geben Aufschluss über deren individuelle Beweggründe, trotz fehlendem Kinderwunsch keine Verhütungsmethoden anzuwenden (Tabelle 8).

Tabelle 8 (B8): Gründe für fehlenden Verhütungsversuch

| Freie Antworten auf offene Fragen: | |
|---|--|
| – | 10 Jahre Eßstörung/ Bulimie, dachte ich könnte nicht mehr schwanger werden |
| – | Thrombose nach OP |
| – | Kondom war lästig |
| – | Keine Partnerschaft |
| – | Habe mich unwohl mit der Pille gefühlt, da ich sie sehr lange angewendet habe. War zu jung um Alternativen anzuwenden. War nicht aufgeklärt und wusste so über Folgen nicht wirklich Bescheid |
| – | Nach meiner letzten Geburt wurde ich noch während der Stillzeit, ohne eine Periode gehabt zu haben, nach fünf Monaten erneut schwanger. Vor der ersten Geburt nahm ich die Pille |
| – | Da Fruchtbarkeit zu diesem Zeitpunkt aufgrund einer Klimaveränderung eigentlich anders hätte sein sollen, versagte unsere Verhütungsmethode: Kondome, und zu sicheren, unfruchtbaren Tagen kein Schutz |
| – | Ich bin trotz Spirale schwanger geworden |
| – | Getrennt lebend ohne festen Partner |
| – | Pillenpause, keine feste Beziehung bzw. regelmäßigen Geschlechtsverkehr |
| – | Nicht aufgehört (mit der Verhütung) |

Wie die oben stehende Aufzählung zeigt, wurde diese Frage fälschlicherweise auch von einigen Frauen beantwortet, deren Verhütungsmethode versagt hatte. Sieben der acht Frauen ohne Verhütungsversuch gaben an, zu einem früheren Zeitpunkt verhütet zu haben: sechs Frauen mit oralen Kontrazeptiva, davon eine Frau zusätzlich mit Kondom, eine Frau nur mit Kondom. Nur eine Frau verhütete zu keinem Zeitpunkt. Eine Frau gab an, keinen Verhütungsversuch unternommen zu haben, da sie sich in der Stillzeit einer vorherigen Schwangerschaft befand und aufgrund dessen „in Sicherheit wähnte“.

Die Frauen, die einen Versuch unternommen hatten ihre Schwangerschaft zu verhüten, wandten die in Tabelle 9 dargestellten Methoden an.

Tabelle 9 (B9): Verhütung der ungeplanten Schwangerschaft

| | Prozentsatz | (n) |
|--|--------------------|------------|
| Verhütungsmethode (Mehrfachnennungen möglich) | | |
| Pille | 32% | (9) |
| Spirale | 4% | (1) |
| Kondom | 61% | (17) |
| Schaum | 4% | (1) |
| Coitus interruptus | 14% | (4) |
| Periodische Enthaltbarkeit | 18% | (5) |
| Sonstiges* | | (1) |
| Kein Verhütungsversuch | | (7) |
| Keine Angabe | | (2) |
| Verhütungskonsequenz | | |
| „gar nicht“ oder „wenig“ konsequent | 31% | (9) |
| „mittel“ konsequent | 24% | (7) |
| „konsequent“ oder „sehr konsequent“ | 45% | (13) |
| Kein Verhütungsversuch | | (6) |
| Keine Angabe | | (2) |
| Finanzierung der Verhütungsmittel | | |
| Allein | 35% | (10) |
| Partner | 10% | (3) |
| Gemeinsam | 48% | (14) |
| Keine Kosten/ Sonstiges* | 7% | (2) |
| Kein Verhütungsversuch | | (6) |
| Keine Angabe | | (2) |
| Ungeschützter Verkehr | | |
| „nie“ oder „selten“ | 55% | (16) |
| „gelegentlich“ | 31% | (9) |
| „häufig“ oder „sehr häufig“ | 14% | (4) |
| Kein Verhütungsversuch | | (6) |
| Keine Angabe | | (2) |

*kein zusätzlicher Kommentar unter „Sonstiges“

Am häufigsten (Mehrfachnennungen waren möglich) wurde dabei die Benutzung von Kondomen (61%), gefolgt von der Pille (32%), periodischer Enthaltbarkeit (18%), und Coitus interruptus (14%) genannt. Die Verhütungskonsequenz stellte sich dabei jedoch sehr unterschiedlich dar, 45% gaben „sehr konsequente“ oder „konsequente“ Anwendung einer Methode an (jedoch von Methoden unterschiedlicher Effektivität).

Tabelle 10 zeigt, dass „ungeschützter Verkehr“ und „Verhütungskonsequenz“ der Frauen mit Verhütungsversuch dabei eng zusammenhängen. Je häufiger ungeschützter Verkehr praktiziert wurde, desto geringer wurde auch die Verhütungskonsequenz eingeschätzt ($p \leq 0.001$, 2-seitiger t-Test für Heterogenität und Trend).

Tabelle 10: Ungeschützter Verkehr und Verhütungskonsequenz

| Ungeschützter Verkehr | N | Mittelwert* | Std. Fehler |
|------------------------------|----------|--------------------|--------------------|
| „nie“ | 7 | 4.29 | 0.29 |
| „selten“ | 8 | 3.63 | 0.26 |
| „gelegentlich“ | 9 | 2.78 | 0.32 |
| „häufig“ oder „sehr häufig“ | 4 | 2.25 | 0.25 |
| Total | 28 | 3.32 | 0.20 |

*5er Skala von 1=sehr wenig bis 5=sehr stark

Frauen mit Verhütungsversuch wurden nach ihren Vermutungen gefragt, warum sie trotz der Verhütung schwanger geworden waren: 16% (6) vermuteten Anwendungsfehler, 22% (8) befanden die Verhütungsmethode für unsicher, 5% (2) gaben der Unzuverlässigkeit des Partners die Schuld, 5% (2) hatten keine Vermutung und 32% (12) gaben unter „Sonstiges“ die in Tabelle 11 genannten Erklärungen.

Tabelle 11 (B9): Ursachen der Schwangerschaft trotz Verhütungsversuch

| Freie Antworten auf offene Fragen: | |
|---|---|
| – | Nicht konsequent verhütet |
| – | Kondom war offensichtlich defekt |
| – | Einnahme von Antibiotika ohne Wissen, dass es die Wirkung der Pille aufhebt |
| – | Nicht zur richtigen Zeit angewendet |
| – | Durch Medikamenteneinnahme |
| – | Durchfall |
| – | „Risiko“ eingegangen |
| – | Nicht immer verhütet |
| – | Klimaveränderung |
| – | Habe mich auf den regelmäßigen Zyklus verlassen und daher nicht immer mit Kondom verhütet |
| – | Bei der Pille kam es zu Zwischenblutungen, deshalb Coitus interruptus dann Kondom |

Ein großer Teil der Frauen mit Verhütungsversuch (21 der 27 Frauen) gab an, zuvor eine andere Methode angewandt zu haben. Darunter waren: Pille (16), Spirale (5), Kondom (8), Diaphragma (3), Schaum (1), Coitus interruptus (1) und periodische Enthaltbarkeit (2).

Sieben Frauen verwandten dieselbe Methode, dies inklusive einer Frau, die zuvor angegeben hatte, keinen Verhütungsversuch unternommen zu haben und diese Frage fälschlicherweise trotz vorgeschalteter Filtervariable beantwortete.

Frauen mit Verhütungsversuch und einem Wechsel der Methode wurden nach ihren Gründen gefragt. Die folgenden freien Kommentare von 14 dieser 21 Frauen (Tabelle 12) geben Aufschluss über Motive zum Wechsel von Verhütungsmethoden.

Tabelle 12 (B9) Ursachen für den Wechsel der Methode

| Freie Antworten auf offene Fragen: | |
|---|---|
| – | Pillenmüde geworden, Temperaturmessung zu lästig und aufwendig |
| – | Pille mit 14 bekommen (Regelbeschwerden) und auf Anraten meines Hausarztes nach 10 Jahren abgesetzt – Kopfschmerzen, zittrige Arme |
| – | Ich habe die ersten Tage nach meiner Regel und die letzten Tage vor meiner Regel nicht immer mit Kondom verhütet, meine Freundinnen sagten, dass dann nichts passieren kann, ist auch zwei Jahre gut gegangen |
| – | Wollte auch mal meinen Eisprung spüren |
| – | Partner wollte kein Kondom, Partnerschaft war noch zu neu ungefestigt für Spirale, Pille |
| – | Ich wollte die Pille nicht mehr nehmen, weil sie über den Hormonhaushalt geht |
| – | Pille und Diaphragma schützen nicht vor Infektionen, Pille beeinträchtigt Körpergefühl, Diaphragma zu umständlich |
| – | Unverträglichkeit der Pille |
| – | Partnerwechsel |
| – | Nebenwirkungen bei dauerhafter Anwendung mit zunehmendem Alter |
| – | Habe vor 6 Monaten mein zweites Kind entbunden und wollte mir wieder eine Spirale einsetzen lassen |
| – | Bei nicht fester Partnerschaft erschien mir bisher Kondom als sicherster Schutz (HIV-Schutz) |
| – | Babypause |
| – | Pille nicht vertragen |

Tabelle 13 zeigt, inwieweit die befragten Frauen die Art der Verhütung selbst bestimmten. 88% der Frauen gaben dabei an, ihre Verhütungsmethode „stark“ oder „sehr stark“ selbst bestimmt zu haben.

Tabelle 13 (B12): Selbstbestimmung der Verhütungsmethode

| Selbstbestimmung der Verhütung | Prozentsatz | (n) |
|---------------------------------------|--------------------|------------|
| „sehr wenig“ oder „wenig“ | 3% | (1) |
| „mittel“ | 9% | (3) |
| „stark“ oder „sehr stark“ | 88% | (31) |
| Keine Angabe | | (2) |

Hier ist es interessant zu untersuchen, ob die Selbstbestimmung der Verhütung einen Einfluss darauf hatte, ob ein Verhütungsversuch unternommen wurde. Wie aus Tabelle 14 ersichtlich wird, war die Selbstbestimmung der Verhütung von Frauen mit Verhütungsversuch höher, im Vergleich zu Frauen ohne Verhütungsversuch. Die Differenz der Mittelwerte der Variablen "Selbstbestimmung" (5er Skala von 1=sehr wenig bis 5=sehr stark) der beiden Gruppen (95% Konfidenzintervall) lag bei 0.88 (0.32; 1.43) und war statistisch signifikant ($p=0.003$, 2-seitiger t-Test).

Tabelle 14: Selbstbestimmung der Verhütung und Verhütungsversuch

| Gruppe | N | Mittelwert* | Std. Error |
|------------------------|----------|--------------------|-------------------|
| Verhütungsversuch | 26 | 4.50 | 0.11 |
| Kein Verhütungsversuch | 8 | 3.63 | 0.32 |
| Total | 34 | 4.29 | 0.13 |

*5er Skala von 1=sehr wenig bis 5=sehr stark

Die Rolle der Selbstbestimmung der Verhütung durch die Frauen steht in engem Zusammenhang mit Forderungen und Wünschen der jeweiligen Partner bezüglich Verhütung.

Die freien Kommentare der Frauen zu diesem Bereich sind in Tabelle 15 zusammengefasst. Die Partner insgesamt eines Drittels der Frauen, die diese Frage beantworteten (6 von 19), hatten keine Wünsche oder Forderungen. Die Partner zwei weiterer Frauen waren mit der Methode der Frau einverstanden.

Tabelle 15 (B12): Einfluss des Partners auf die Verhütung

| Forderungen/ Wünsche des Partners (n=19) | Absolute Häufigkeiten |
|--|-----------------------|
| – Keine Forderungen | 6 |
| – Pille/ kein Kondom | 4 |
| – Ohne Verhütungsmittel/ ungeschützter Verkehr | 2 |
| – Beide gleicher Meinung/ Partner einverstanden | 2 |
| – Wunsch nach einer Verhütung, die keine Unterbrechung beim Sex verursacht | 1 |
| – Pille war erwünscht, da bequem für Partner. In der jetzigen Beziehung Unterstützung damit aufzuhören. | 1 |
| – Pille oder Kondom | 1 |
| – Einschränkung des Lebensstandards | 1 |
| – Da ich aus gesundheitlichen Gründen gegen die Pille bin und mir andere Verhütungsmethoden zu unsicher schienen, mussten sie sich an meinem Willen orientieren, schließlich können Männer mitverhüten | 1 |

Informationen über angewandte Verhütungsmittel

Die Informationen der Frauen über ihre Verhütungsmethoden entstammen unterschiedlichen Quellen. Genannt wurden (Mehrfachnennungen waren möglich) Ärztin/ Arzt (23), Freundeskreis (17), Partner (4), Eltern (4), Lehrerinnen/ Lehrer (3), Zeitschriften/ Bücher (9) und Beratungsstellen (1). Unter der Kategorie „Sonstiges“ gab eine Hebamme „berufsbedingt“ an. Keine der Frauen wünschte sich mehr Informationen über Möglichkeiten der Empfängnisverhütung.

Risikoreiches Verhalten

Die Frage, ob sie bei ihrer ungeplanten Schwangerschaft ein Risiko eingegangen seien, bejahten 43% (16) aller Frauen, gegenüber 46% (17), die dies verneinten. Vier Frauen

machten keine Angabe, zwei mit Verhütungsversuch, eine ohne Verhütungsversuch, und eine Frau deren Angaben zu all diesen Variablen fehlten. Da die Mehrzahl der Frauen (73%) versucht hatte, ihre Schwangerschaft zu verhüten, kann die oben beschriebene Risikobereitschaft einerseits auf die Anwendung ineffektiver Methoden (siehe Tabelle 9), andererseits auf inkonsequente Anwendung schliessen lassen.

Tabelle 16 zeigt diesen Zusammenhang in der Gruppe von Frauen mit Verhütungsversuch. Die Verhütungskonsequenz von Frauen, die angegeben hatten „kein Risiko“ eingegangen zu sein, im Vergleich zu denen, die ein solches Risiko bejahten, lag knapp einen Punkt höher. Die Differenz der Mittelwerte der „Verhütungskonsequenz“ (5er Skala von 1=sehr wenig bis 5=sehr stark) der beiden Gruppen (95% Konfidenzintervall) lag bei -0.87 (-1.65; -0.082) und war statistisch signifikant ($p=0.032$, 2-seitiger t-Test).

Tabelle 16: Risikobereitschaft und Verhütungskonsequenz

| Gruppe | N | Mittelwert* | Std. Fehler |
|---------------|----------|--------------------|--------------------|
| Risiko | 13 | 2.85 | 0.27 |
| Kein Risiko | 14 | 3.71 | 0.27 |
| Total | 27 | 3.30 | 0.21 |

*5er Skala von 1=sehr wenig bis 5=sehr stark

Wir fragten zusätzlich nach der Anzahl insgesamt durchgeführter Schwangerschaftstests. 30% (11) der Frauen hatten bisher nur einen Schwangerschaftstest durchgeführt, 38% (14) zwei bis vier Tests und 22% (8) hatten bereits sieben bis 15 Tests durchgeführt. Vier Frauen machten hierzu keine Angabe.

3.4 Einstellung gegenüber Empfängnisverhütung (Fragebogenteil C)

Dieser Teil des Fragebogens beschäftigt sich mit Präferenzen der Verhütung, der Beurteilung von Sicherheit und Nebenwirkungen gängiger Verhütungsmethoden, der Einstellung zu Abtreibung und dem Kinderwunsch der Frauen.

Es wurde erhoben, inwieweit die Frauen sich über vorhandene Möglichkeiten der Empfängnisverhütung informiert fühlen. 23% (8) fühlten sich „sehr umfassend“, 54% (19) „umfassend“ und 23% (8) „mittel“ informiert. Die Antwortkategorien „wenig“ oder „gar nicht“ wurden von keiner der Frauen gewählt. Insgesamt deutet dies auf einen subjektiv „umfassenden“ Informationsstand (Mittelwert 4.0, Standardabweichung 0.69) bezüglich vorhandener Verhütungsmethoden hin.

Wir untersuchten zusätzlich, ob sich der Informationsstand von Frauen mit und ohne Verhütungsversuch unterschied. Tabelle 17 zeigt, dass die Mittelwerte der beiden Gruppen nahezu identisch waren (5er Skala von 1=sehr wenig bis 5=sehr stark). Die Differenz (95% Konfidenzintervall) lag bei 0.08 (-0.47; 0.64) und war nicht statistisch signifikant ($p=0.76$, 2-seitiger t-Test).

Fehlende Informationen oder Unkenntnis scheinen daher eine untergeordnete Rolle für die Entscheidung für oder gegen einen Verhütungsversuch zu spielen. Dies wurde auch daran deutlich, dass keine der Frauen sich mehr Informationen zu Verhütung gewünscht hatte (siehe auch Seite 42).

Tabelle 17: Informationsstand und Verhütungsversuch

| Gruppe | N | Mittelwert* | Std. Fehler |
|------------------------|----------|--------------------|--------------------|
| Verhütungsversuch | 25 | 3.96 | 0.14 |
| Kein Verhütungsversuch | 8 | 3.88 | 0.23 |
| Total | 33 | 3.94 | 0.12 |

*5er Skala von 1=gar nicht bis 5=sehr stark

Tabelle 18 fasst die Antworten von Frauen mit und ohne Verhütungsversuch auf die Frage zusammen, inwieweit die vorgegebenen Kriterien bei ihrer persönlichen Verhütung eine Rolle spielen (5er Skala von 1=gar nicht bis 5=sehr stark).

Tabelle 18 (C2): Kriterien bei der Schwangerschaftsverhütung[†]

| Vorgegebene Kategorien | Prozentsatz „stark“ oder „sehr stark“ (Skalenwerte 4 und 5 addiert) |
|--|--|
| Geringe Nebenwirkungen | 73% |
| Sicherheit, jetzt nicht schwanger zu werden | 86% |
| Kein Risiko für spätere Schwangerschaften | 70% |
| Seelisches Gleichgewicht | 59% |
| Verfügbarkeit, Aufwand zur Beschaffung | 43% |
| Geringe/ keine Kosten | 22% |
| Billigung durch den Partner | 30% |
| Beeinträchtigung der eigenen Sexualität | 49% |
| Beeinträchtigung der Sexualität des Partners | 46% |
| Anwendungsfreundlichkeit | 65% |
| Schamgefühl | 14% |
| Moralvorstellungen, Grundsätze der Kirche | - |
| Billigung durch den Freundeskreis | - |

[†]Detaillierte Angaben finden sich in Tabelle 54 des Anhangs 7.1.

„Starkes“ oder „sehr starkes“ Gewicht wurde hierbei insbesondere auf die „Sicherheit, jetzt nicht schwanger zu werden“ (86%), „geringe Nebenwirkungen“ (73%) und den Ausschluss eines „Risikos für spätere Schwangerschaften“ (70%) gelegt. Eine wichtige Rolle spielte für über der Hälfte der Frauen (59%) auch ihr „seelisches Gleichgewicht“. Dies könnte mit erlebten oder befürchteten Nebenwirkungen zusammenhängen (siehe auch Tabelle 12). Ein vergleichbar geringer Teil der Frauen gab ein solches Gewicht „geringen Kosten“ der Verhütungsmethode (22%) und Aspekten des „Schamgefühls“ (14%). Für keine der Frauen spielten „Moralvorstellungen“, „Grundsätze der Kirche“ oder die „Billigung durch den Freundeskreis“ eine solche Rolle.

Die Studienteilnehmerinnen wurden zusätzlich gebeten, die Nebenwirkungen und Sicherheit ausgewählter Verhütungsmethoden auf einer 5er Skala (1=gar nicht bis 5=sehr stark) zu beurteilen, und zwar unabhängig davon, ob die Teilnehmerin die Verhütungsmethode aktuell anwendet oder früher einmal angewandt hatte.

Diese Ergebnisse sind in Tabelle 20 wiedergegeben. Zunächst stellt jedoch Tabelle 19 zum Vergleich die Sicherheit gängiger Verhütungsmethoden nach Berichten aus der Literatur dar.

Tabelle 19: Pearl-Index gängiger Verhütungsmethoden

| Verhütungsmethode | Pearl-Index |
|--------------------------------------|-------------------------------|
| Hormonelle Verhütungsmethoden | |
| Die Pille | 0,1 - 3 |
| Ein-Phasen-Pille | 0,2 - 0,5 |
| Sequenzpräparate | 0,2 - 0,7 |
| Dreistufenpräparate | 0,2 - 0,5 |
| Mikropille | 0,2 - 0,5 |
| Minipille | 3 |
| Depotspritze | 0,4 - 2 |
| Implantat | 0 (laut Pro Familia) |
| Intrauterinsystem | 0,1 (laut Hersteller) |
| Vaginalring | 0,24 - 1,41 (laut Hersteller) |
| Verhütungspflaster | 0,72 (laut Hersteller) |
| Barriere-Methoden | |
| Kondom | 3 - 14 |
| Intrauterinpessar | 0,5 - 4,6 |
| Diaphragma | 12 - 20 |
| Portiokappe | 5 - 15 |
| Natürliche Familienplanung | |
| Coitus reservatus | 35 |
| Coitus interruptus | 35 |
| Knaus-Ogino | 15 - 38 |
| Temperaturmessung | 1 - 10 |
| Billings | 5 - 15 |
| Scheidenspülung | 31 |
| Verhütungs-Computer | 3,8 - 10 |
| Chirurgische Methoden | |
| Sterilisation der Frau | 0,1 - 0,3 |
| Sterilisation des Mannes | 0,1 - 0,3 |
| Chemische Methoden | |
| Spermizide | 5 - 20 |

Nach © A Med-World AG, Stand 12.12.2003

Tabelle 20 (C3): Beurteilung verschiedener Verhütungsmittel[†]

| Methode | Prozentsatz „stark“ oder „sehr stark“ (Skalenwerte 4 und 5 addiert) | |
|----------------------------|--|-----------------------|
| | Sicherheit | Nebenwirkungen |
| Pille | 89% | 47% |
| Kondome | 41% | 6% |
| Spirale | 78% | 31% |
| Diaphragma | 40% | 3% |
| Periodische Enthaltbarkeit | 3% | - |
| Spermizide | 3% | 10% |

[†]Detaillierte Angaben finden sich in Tabelle 55 des Anhangs 7.1.

Wie aus Tabelle 20 ersichtlich, wurden als sicherste Methoden die Pille, gefolgt von Spirale, identifiziert; dieselben Verhütungsmethoden, denen auch die stärksten Nebenwirkungen zugeschrieben wurden.

Die freien Kommentare der Frauen zu Vor- und Nachteilen gängiger Verhütungsmethoden sind in Tabelle 21 tabellarisch dargestellt.

Die Antworten spiegeln teilweise die Ergebnisse der oben stehenden Tabelle wieder. So wurden beispielsweise als Vorteil der Pille am häufigsten „Sicherheit“, als Nachteil „Nebenwirkungen“ genannt. Bei Kondomen waren die Hauptvorteile „keine Nebenwirkungen oder körperliche Belastungen“ und „Schutz vor Geschlechtskrankheiten und HIV“, und der Nachteil die „Beeinträchtigung von Gefühlen und Sexualität“. Die Vorteile einer „langfristigen“ und „sicheren“ Verhütung wurden bei der Spirale den Nachteilen einer „längeren und stärkeren Blutung“ und

anderen Komplikationen entgegengesetzt. „Natürlichkeit“ und „keine Nebenwirkungen“ wurden mehrfach als Vorteile von Diaphragma und periodischer Enthaltbarkeit genannt, diese standen Nachteilen der Art der „Anwendung“ beim Diaphragma und „fehlender Sicherheit“ bei periodischer Enthaltbarkeit gegenüber.

Tabelle 21 (C3): Vor- und Nachteile verschiedener Verhütungsmethoden

| Vorteile (absolute Häufigkeiten) | Nachteile (absolute Häufigkeiten) |
|---|---|
| Pille | |
| Sicherheit (13) | Nebenwirkungen (7): Übelkeit, Gewicht, Psyche |
| Anwendungsfreundlichkeit/ einfache Handhabung (6) | Eingriff in den Hormonhaushalt (5) |
| Ungestörter Sex (2) | Tägliche Medikamenteneinnahme (5) |
| Klein und schluckbar | Nebenwirkungen für Raucherinnen (3) |
| Keine mechanische Barriere | Beeinträchtigung der Gesundheit (2) |
| | Partner nicht beteiligt (2) |
| | Nicht 100%ig/ trotzdem schwanger (2) |
| | Ich konnte sie nach ca. 10 Jahren nicht mehr nehmen (Pause) |
| | Frau ist immer bereit |
| Kondome | |
| Keine Nebenwirkungen/ keine körperliche Belastung (8) | Beeinträchtigung von Gefühlen und Sexualität (5) |
| Schutz vor Geschlechtskrankheiten und HIV (7) | Kann platzen/ abrutschen (3) |
| Sicherheit bei exakter Handhabung (2) | Verfügbarkeit/ nicht immer zur Hand (3) |
| Leicht anwendbar/ Partner wendet an (2) | Anwendung (3) |
| Preiswert (2) | Nicht so sicher wie Pille (2) |
| Anwendung nur bei Bedarf | Unterbrechung sexueller Aktivität (2) |
| Gemütlichkeit nach dem Verkehr | Unpraktisch |
| | Oft sehr lästig, erst holen auspacken etc. |
| | Hat Frau nicht im Griff |
| | Unromantisch, ekelig |
| Spirale | |
| Langfristige Verhütung (6) | Längere und stärkere Blutungen (4) |
| Sichere Verhütung (3) | Fremdkörper (2) |
| Keine Erfahrung | Verwachsungen (2) |
| Muss nicht extra eingesetzt werden beim Sex | Schmerzen (2) |
| Nur einmal Stress | Folgen für Frauen mit Kinderwunsch (2) |
| | Unverträglichkeit |
| | Eventuelle Komplikationen |
| | Gesundheitsschädlich |
| | Kann Entzündungen hervorrufen |
| | Arztbesuch |

Tabelle 21 fortgesetzt

| Vorteile (absolute Häufigkeiten) | Nachteile (absolute Häufigkeiten) |
|--|---|
| Diaphragma | |
| Natürlich/ keine Nebenwirkungen (5) | Anwendung (7) |
| Bei Bedarf anwendbar (4) | Beeinträchtigung der Sexualität (2) |
| Selbstbestimmt (2) | Ausfluss |
| Unbekannt | Viel Übung erforderlich |
| Mechanisches Mittel | Nicht alle Männer mögen es |
| Keine Vorteile | Diaphragma muss exakt sitzen, wiederholte Anpassung notwendig |
| Relativ hohe Sicherheit | Arztbesuch, Fremdkörper |
| Periodische Enthalttsamkeit | |
| Natürlich/ keine Nebenwirkungen (8) | Keine sichere Verhütung (7) |
| Kennenlernen des Körpers und seiner Änderungen (2) | Kompliziert/ aufwendig (6) |
| Keine Vorteile (2) | Regelmäßiger Lebenswandel und Zyklus sind für die Sicherheit der Methode notwendig (4) |
| Partner miteinbezogen | Temperaturschwankungen durch Erkältung/ nächtliches Aufstehen (2) |
| Große Sicherheit bei richtiger Anwendung | Sexualleben wird beeinträchtigt |
| Selbstbestimmte Sexualität | Eisprung unregelmäßig durch Prüfungen |
| Einfache Handhabung | Disziplin erforderlich |
| Bevor ich Temperatur messe lebe ich lieber ganz enthaltsam, für mich ist diese Methode der totale Stress | Risiko, was passiert an fruchtbaren Tagen? Kein Schutz gegen Infektionskrankheiten Nur für Ehepaare |
| Spermizide | |
| Keine Vorteile (2) | Allergieauslösend/ Juckreiz/ Brennen (3) |
| Einfache/ schnelle Handhabung (2) | Unsicher (3) |
| Frei käuflich | Aufwendig, Planung ist notwendig (2) |
| Relativ sicher | Chemie (2) |
| Geringe Nebenwirkungen | Beeinträchtigt die Scheidenflora |
| Bei Bedarf anwendbar | Geringe Sicherheit, Oralverkehr eingeschränkt |
| | Anwendung |
| | Mag ich überhaupt nicht |
| | Unangenehme Handhabung |
| | Medikamenteneinnahme |

In Tabelle 22 ist der subjektive Kenntnisstand der Frauen bezüglich schwangerschaftsrelevanter Bereiche zusammengefasst. Insgesamt schätzen mindestens zwei Drittel der Frauen ihren Kenntnisstand bezüglich Verhütungsmethoden, ihres Körper, des Befruchtungsvorganges oder der Entwicklung des Kindes als jeweils gut oder sehr gut ein.

Tabelle 22 (C4): Kenntnisse schwangerschaftsrelevanter Bereiche[†]

| Vorgegebene Kategorien | Prozentsatz „gut“ oder „sehr gut“ (Skalenwerte 4 und 5 addiert) |
|----------------------------------|---|
| Subjektiver Kenntnisstand | |
| Verhütungsmethoden | 74% |
| Körper | 77% |
| Befruchtung | 88% |
| Entwicklung des Kindes | 85% |

[†]Detaillierte Angaben finden sich in Tabelle 56 des Anhangs 7.1.

Die Frage durch wen und zu welchem Zeitpunkt die Frauen aufgeklärt wurden, wurde durch 32 der 37 Studienteilnehmerinnen beantwortet. Die detaillierten freien Antworten finden sich in Tabelle 56 des Anhangs 7.1. Zusammenfassend ergab sich, dass hier die Eltern, insbesondere die Mutter, die Schule (Lehrer), der Freundeskreis und Literatur, beziehungsweise Zeitschriften, die größte Rolle spielten. Unter anderem wurde auch die Rolle der Ärztin und des Arztes erwähnt, oder angegeben, dass keine Aufklärung stattgefunden hatte.

Auf die Frage, welche Rolle Sexualität in ihrem Leben spiele, antworteten 51% (19) der Frauen mit „sehr wichtig“ oder „wichtig“, 46% (17) mit „mittel“ und 3% (1) mit „wenig

wichtig“. Die Antwortkategorie „unwichtig“ wurde von keiner Frau gewählt. Dementsprechend bezeichnete sich rund die Hälfte der Frauen (19) als sexuell „sehr aktiv“ oder „aktiv“, 41 % (15) als „mittel“ und 8% (3) als „wenig aktiv“. Auch hier wählte keine der Frauen die Antwortkategorie „nicht aktiv“.

Bei der Frage danach, wie häufig die Frauen vor ihrer ungeplanten Schwangerschaft durchschnittlich Geschlechtsverkehr im Monat hatten, ergab sich das folgende Bild.

Ein Drittel (11) aller Frauen, die diese Frage beantworteten, gab an ein- bis fünfmal pro Monat Geschlechtsverkehr zu haben, ein weiteres Drittel (11) gab sechs bis zwölfmal an, das letzte Drittel (11) hatte durchschnittlich 15- bis 20-mal Geschlechtsverkehr. Vier Frauen machten hierzu keine Angabe. 61% (21) schätzten ihr damaliges sexuelles Lustempfinden als „sehr stark“ oder „stark“ ein, 33% (12) als „mittel“ und 6% (2) als „gering“. Keine Frau gab ein „sehr geringes“ Lustempfinden an, und eine Frau machte hierzu keine Angabe. Die Informationen der Frauen über Abtreibung (Mehrfachnennungen waren möglich) entstammen in erster Linie: Ärztin/ Arzt 51% (19), Zeitungen 35% (13), Fernsehen 30% (11), Eltern 8% (3), Freunden 43% (16) oder Beratungsstellen 51% (19). Unter „Sonstiges“ wurden zusätzlich genannt 14 % (5):

- Fachliteratur
- War bei einer Freundin dabei, Bücher
- Ausbildung
- Eine Abtreibung kam für uns nie in Frage
- Religionsunterricht/ Schule

Tabelle 23 zeigt, dass sich mehr Frauen „stark“ oder „sehr stark“ über gesundheitliche Risiken und Indikationen der Abtreibung informiert fühlten (dennoch nur rund die Hälfte der Frauen), als dies für Abtreibungsstrafrecht (35%) der Fall war.

Tabelle 23 (C12): Information über Abtreibung[†]

| | Prozentsatz „stark“ oder „sehr stark“ (Skalenwerte 4 und 5 addiert) |
|---|--|
| Informationsstand bezüglich Abtreibung | |
| Generell | 52% |
| Gesundheitliche Risiken | 51% |
| Allgemeine Rechtslage | 49% |
| Strafrecht | 35% |
| Kostenerstattung | 46% |
| Indikationen | 54% |

[†]Detaillierte Angaben finden sich in Tabelle 58 des Anhangs 7.1.

32% (11) der Frauen beurteilten die jetzige Rechtslage zur Abtreibung als „sehr gut“ oder „gut“, 27% (9) als „mittel“, 32% (11) als „negativ“ und 9% (3) als „sehr negativ“. Drei Frauen beantworteten diese Frage nicht. 31% (11) wünschten sich „sehr stark“ oder „stark“ Veranstaltungen zum Thema Abtreibung, 34% (12) wünschten sich dies „mittel“, 26% (9) „wenig“ und 9% (3) „gar nicht“. Zwei Frauen beantworteten diese Frage nicht. Tabelle 24 zeigt, dass für knapp die Hälfte der ungeplant schwangeren Frauen (49%) eine Abtreibung prinzipiell nicht in Frage kam, für 37% war eine Abtreibung jedoch prinzipiell eine Möglichkeit.

Tabelle 24 (C15): Kommt eine Abtreibung für Sie prinzipiell in Frage?

| | Prozentsatz (n) | |
|------------------------------|------------------------|------|
| Abtreibung als Option | | |
| „Ja“ | 37% | (13) |
| „Nein“ | 49% | (17) |
| „Nicht sicher“ | 14% | (5) |
| Keine Angabe | | (2) |

Die Antworten auf die Frage „Ist die Entscheidung für oder gegen eine Abtreibung für Sie eine moralische Frage?“ verteilten sich wie folgt: für 16% (6) stimmte dies „gar nicht“ und „wenig“ zu, für 35% (13) „mittel“, für 19% (7) „stark“ und für 14% (5) stimmte diese Aussage „sehr stark“ zu.

Tabelle 25 fasst zusammen, inwieweit die Teilnehmerinnen den vorgegebenen Aussagen zustimmten (5er Skala von 1=gar nicht bis 5=sehr stark). „Starke“ bis „sehr starke“ Zustimmung fand die Aussage „Mein Bauch gehört mir“ bei der Hälfte aller Frauen (51%), bei „Abtreibung ist Mord“ waren dies 11%. Keine der Frauen stimmte den Aussagen „Verhütung ist Männersache“ oder „Abtreibung ist eine Form der Verhütung“ in dieser Weise zu.

Tabelle 25 (C17): Zustimmung zu vorgegebenen Aussagen[†]

| | Prozentsatz „stark“ oder „sehr stark“ (Skalenwerte 4 und 5 addiert) |
|---|--|
| Zustimmung zu folgenden Aussagen | |
| „Verhütung ist Frauensache“ | 11% |
| „Abtreibung ist Mord“ | 8% |
| „Mein Bauch gehört mir“ | 51% |

[†]Detaillierte Angaben finden sich in Tabelle 59 des Anhangs 7.1.

Kinderwunsch der Schwangeren

Der folgende Abschnitt beschäftigt sich mit dem Kinderwunsch der Frauen. Frauen ohne Kinder (24) wurden gefragt, ob sie sich „irgendwann“ in ihrem Leben einmal Kinder wünschen. Die Hälfte dieser Frauen (12) verspürte diesen Wunsch „stark“ oder „sehr stark“. Tabelle 26 beschreibt den „aktuellen“ Kinderwunsch der gesamten Stichprobe zum Zeitpunkt der Befragung.

Tabelle 26 (C19): Kinderwunsch zum Zeitpunkt der Schwangerschaft

| | Prozentsatz | (n) |
|--|-------------|------|
| Verspüren Sie zurzeit einen Kinderwunsch? | | |
| „gar nicht“ oder „wenig“ | 50% | (18) |
| „mittel“ | 22% | (8) |
| „stark“ oder „sehr stark“ | 28% | (10) |
| Keine Angabe | | (1) |

Der „aktuelle“ Kinderwunsch hing dabei wesentlich davon ab, ob die Frau zum Zeitpunkt der Schwangerschaft bereits Kinder hatte, wie aus Tabelle 27 ersichtlich wird. Die Differenz der Mittelwerte (5er Skala von 1=gar nicht bis 5=sehr stark) von Frauen mit und ohne Kinder (95% Konfidenzintervall) lag bei -1.64 (-2.65; -0.63) und war statistisch signifikant ($p=0.002$, 2-seitiger t-Test).

Tabelle 27: Aktueller Kinderwunsch von Frauen mit und ohne Kinder

| Gruppe | N | Mittelwert | Std. Fehler |
|----------------|----|------------|-------------|
| Bereits Kinder | 10 | 1.40 | 0.27 |
| Keine Kinder | 24 | 3.04 | 0.30 |
| Total | 34 | 2.56 | 0.26 |

Die Frage, ob ein solcher Kinderwunsch in der Vergangenheit bestanden hätte, verneinten („gar nicht“ oder „wenig“) knapp die Hälfte der Frauen (47%), fast ebenso viele bejahten („stark“ oder „sehr stark“) einen solchen Wunsch (45%).

Tabelle 28 (C20): Früherer Kinderwunsch

| | Prozentsatz (N) | |
|------------------------------|------------------------|------|
| Früherer Kinderwunsch | | |
| „gar nicht“ oder „wenig“ | 47% | (17) |
| „mittel“ | 8% | (3) |
| „stark“ oder „sehr stark“ | 45% | (16) |
| Keine Angabe | | (1) |

3.5 Gynäkologische Bratung und Behandlung (Fragebogen teil D)

Tabelle 29 und 30 enthalten Ergebnisse zur gynäkologischen Beratung und Behandlung. Die Hälfte (51%) aller Frauen beurteilte ihre erste Erfahrung mit einer Frauenärztin oder einem Frauenarzt als „gute“ oder „sehr gute“ Erfahrung, für 11% war diese jedoch „schlecht“ oder „sehr schlecht“. Für über die Hälfte (54%) fand diese Erfahrung im Alter zwischen 16 und 17 Jahren statt.

Tabelle 29 (D1/ D2): Umstände des ersten Frauenarztbesuches

| | Prozentsatz (n) | |
|-----------------------------------|------------------------|------|
| Einschätzung der Erfahrung | | |
| „sehr schlecht“ oder „schlecht“ | 11% | (4) |
| „mittel“ | 38% | (24) |
| „gut“ oder „sehr gut“ | 51% | (19) |
| Alter | | |
| < 14 Jahre | 11% | (4) |
| 14 – 15 Jahre | 16% | (6) |
| 16 – 17 Jahre | 54% | (20) |
| 18 – 21 Jahre | 16% | (6) |
| ≥ 21 Jahre (=36 Jahre) | 3% | (1) |

Tabelle 30 zeigt Möglichkeiten zur Verbesserung der Verhütungsberatung durch die Gynäkologin oder den Gynäkologen. Bezüglich „Sicherheit von Verhütungsmitteln“ fühlen sich noch 59% der Frauen „stark“ oder „sehr stark“ beraten, bezüglich „Nebenwirkungen“ oder „Alternativen zu angewandten Verhütungsmitteln“ waren dies nur noch 43% beziehungsweise 32%. Zwischen 50% und 60% der Frauen schrieb ihrer Ärztin beziehungsweise ihrem Arzt eine „starke“ oder „sehr starke“ Rolle für Beratung und als Vertrauensperson zu.

Tabelle 30 (D3/ D5): Rolle der Ärztin und des Arztes[†]

| | Prozentsatz „stark“ oder „sehr stark“ (Skalenwerte 4 und 5 addiert) |
|--|--|
| Beratung bezüglich Verhütung | |
| Nebenwirkungen | 43% |
| Sicherheit | 59% |
| Alternativen | 32% |
| Funktionen der Ärztin/ des Arztes | |
| Beratung | 58% |
| Klärung von Fragen | 61% |
| Vertrauensperson | 50% |

[†]Detaillierte Angaben finden sich in Tabelle 60 des Anhangs 7.1.

Die Frauenärztin oder der Frauenarzt wurden von 62% (23) der Frauen gewechselt, die übrigen 38% (14) verneinten dies. Von den 23 Frauen wechselten 30% (7) ein- bis zweimal, 35% (8) dreimal, 17% (4) viermal und 17% (4) fünfmal oder häufiger. Dabei spielten Umzüge oder Ortswechsel (11) und Unzufriedenheit (8) eine entscheidende Rolle. Zwei Frauen gaben an, von einem Frauenarzt zu einer Ärztin gewechselt zu haben, da sie sich dort „wohler fühlten“.

Die folgenden freien Kommentare verdeutlichen die individuellen Erfahrungen der Frauen, die zur Unzufriedenheit geführt hatten:

- Verständnislos, kein Vertrauen, einfühllöse Untersuchungen.
- Eine geplante Schwangerschaft wurde durch eine Fehlgeburt beendet. Es entstanden Komplikationen, weil die erste Ärztin das Absterben des Fötus nicht rechtzeitig erkannt hatte, daraufhin wechselte ich den Arzt.
- Mein erster Frauenarzt hat mich verbal ziemlich heruntergemacht, da ich mir von ihm keine Pille verschreiben lassen wollte.

- Unwohlsein bei Untersuchungen.
- Praxisklima, Kompetenz.

24% (9) der Frauen gaben an „nie“ oder „selten“ zur frauenärztlichen Vorsorgeuntersuchung zu gehen, 73% (27) gingen „regelmäßig“ und eine Frau gab an „häufiger als notwendig“ zur Untersuchung zu gehen. Die Hälfte der Frauen (18) wurde regelmäßig von ihrer Ärztin beziehungsweise ihrem Arzt daran erinnert, 14% (5) wurden „selten“ und 36% (13) „nie“ daran erinnert. Eine Frau machte keine Angabe zu dieser Frage.

3.6 Reaktionen auf die Schwangerschaft (Fragebogenteil E)

Die Frauen wurden zunächst gefragt, wodurch ihre Schwangerschaft sich bestätigt hatte. Jeweils zwei Drittel der Schwangerschaften wurden durch das Ausbleiben der Regelblutung und/ oder einen Schwangerschaftstest festgestellt. Eine Frau bemerkte ihre Schwangerschaft zuerst durch das Auftreten von Übelkeit.

Tabelle 31 (E1): Bestätigung der Schwangerschaft (Mehrfachnennungen)

| | Prozentsatz (n) | |
|--|------------------------|------|
| Bestätigung der ungeplanten Schwangerschaft | | |
| Ausbleibende Regelblutung | 65% | (24) |
| Schwangerschaftstest | 68% | (25) |
| Ärztin/ Arzt | 51% | (19) |
| Sonstiges* | 3% | (1) |

*Sonstiges: „Übelkeit“

Der ersten Reaktion nach Entdecken der Schwangerschaft galt besonderes Interesse, Tabelle 32 enthält deren Beschreibung durch die Frauen. Über 40% der Frauen empfanden Angst und/ oder Hilflosigkeit, 35% Überraschung und 27% Unbehagen. Ebenso viele Frauen (27%) empfanden zu Beginn der Schwangerschaft auch Freude. Bei einer Gruppe von ungeplant schwangeren Frauen ist es sicher nicht überraschend, dass negative Gefühle und Momente der Überraschung das Bild dominierten.

Tabelle 32 (E2): Reaktion auf die Schwangerschaft (Mehrfachnennungen)

| | Prozentsatz (n) | |
|---|------------------------|------|
| Reaktion auf die Schwangerschaft | | |
| Angst | 43% | (16) |
| Unbehagen | 27% | (10) |
| Hilflosigkeit | 41% | (15) |
| Unentschlossenheit | 16% | (6) |
| Freude | 27% | (10) |
| Überraschung | 35% | (13) |
| Wut | 11% | (4) |
| Sonstiges* | 11% | (4) |

*Sonstiges: „Ärger“, „gar nichts, reines zur Kenntnisnahme“, „Ungläubigkeit“, „gar keine Reaktion, es dauerte, bis einem die Situation bewusst wurde“

Eigene Bewertung der Situation

Nach der Bestätigung der Schwangerschaft bewertete ein Drittel der Frauen (34%) diese neue Situation insgesamt als „sehr negativ“ oder „negativ“, 29% als „mittel“ und 37% als „positiv“ oder „sehr positiv“. Zwei Frauen machten hierzu keine Angabe. Wie zu erwarten in einer Studienpopulation ungeplant schwangerer Frauen, war die überwiegende Mehrheit der Frauen (89%) „gar nicht“ oder „wenig“ auf die Schwangerschaft vorbereitet; je 5.5% fühlten sich „mittel“ beziehungsweise „stark“ oder „sehr stark“ vorbereitet. Eine Frau machte hierzu keine Angabe.

Die Frauen wurden in einem offenen Fragenteil darum gebeten zu beschreiben, an welche Person oder Institution sie sich nach Bestätigung der Schwangerschaft zuerst gewandt hatten, wo sie schließlich Hilfe fanden, und welcher Art diese war. Die freien Kommentare zu diesen Fragen sind in Tabelle 33 dargestellt. Die herausragende Rolle der Ärztin und des Arztes als Vertrauens- und Beratungsperson wird hier deutlich.

Tabelle 33 (E5/E6): Einbeziehung externer Personen (Mehrfachnennungen)

| An wen haben Sie sich zuerst gewandt? (n=35) | | Absolute Häufigkeiten |
|---|---|------------------------------|
| – | Ärztin/ Arzt | 14 |
| – | Partner/ Freund | 12 |
| – | Familie (Schwester, Mutter, Eltern) | 8 |
| – | Freundin/ Freunde | 5 |
| – | Ehemann | 3 |
| – | Pro Familia | 3 |
| – | Den „Vater“ | 1 |
| Wo fanden Sie schließlich Hilfe? (n=26) | | |
| – | Beratungsgespräch mit Ärztin/ Arzt | 12 |
| – | Pro Familia | 5 |
| – | Beratungsstelle und Gespräch | 3 |
| – | Pro Familia, die meine Gründe akzeptierten/verstanden, dass ich jetzt kein Kind bekommen möchte | 1 |
| – | Beratungsgespräch zum Schwangerschaftsabbruch bei evangelischer Beratungsstelle (ich wollte Beratung zur Schwangerschaftsfortsetzung) | 1 |
| – | Schwester | 1 |
| – | Partner, füreinander da sein | 1 |
| – | Partner, Zuspruch | 1 |
| – | Beim Partner, der Lösungen für die Situation fand | 1 |
| – | Zunächst wurde die Situation mit meinem Partner abgeschätzt, dann mit den Eltern (aber letztendlich war es doch eine Sache zwischen mir und meinem Partner) | 1 |
| – | Freund und Eltern durch Gespräche | 1 |
| – | Gemeinsam mit meinem Partner über Klärung der Situation und mit Freunden durch Abwägen der Vor- und Nachteile | 1 |
| – | Geteilte Freude bei Familie, Evangelischer Gemeindedienst und Pro Familia für Organisation | 1 |
| – | Partner, Freunde, Familie, Frauenärztin | 1 |
| – | Partner, Eltern, Arzt (sich mit diesen Personen über dieses Ereignis unterhalten/ auseinandersetzen) | 1 |
| – | Nach dem Besuch bei meinem Frauenarzt, durch Gespräche innerhalb der Familie, beste Freundin | 1 |

Reaktionen auf die Schwangerschaft

Wie Tabelle 34 zeigt, drehten sich die Sorgen der Frauen nach Eintritt der Schwangerschaft in erster Linie um ihre finanzielle und berufliche Situation.

Tabelle 34 (E10): Sorgen der Schwangeren

| Vorgegebene Kategorien | Prozentsatz „stark“ oder „sehr stark“ (Skalenwerte 4 und 5 addiert) |
|---------------------------------------|--|
| Sorge um die finanzielle Situation | 44% |
| Sorge um die Ausbildung/ das Studium | 34% |
| Sorge um die berufliche Situation | 43% |
| Sorge um die Reaktion des Partners | 33% |
| Sorge um die Stabilität der Beziehung | 28% |
| Sorge um die Wohnsituation | 28% |
| Sorge um die eigene Gesundheit | 14% |
| Frage, ob Abtreibung oder nicht | 22% |

[†]Detaillierte Angaben finden sich in Tabelle 62 des Anhangs 7.1.

Wie aus der unten stehenden Tabelle 35 ersichtlich wird, wurden der Partner und die Eltern nicht in allen Fällen über die Schwangerschaft informiert. Über ein Drittel aller informierten Partner reagierte nach Angabe der Frauen „sehr negativ“ oder „negativ“, dies war der Fall bei über einem Fünftel der Eltern und einem Sechstel der informierten Arbeitgeber.

Tabelle 35 (E7): Reaktion des Umfeldes[†]

| Vorgegebene Kategorien | Prozentsatz | |
|---|--|--------------------|
| | „sehr negative“ oder „negative“ Reaktion | „nicht informiert“ |
| Reaktion auf die Schwangerschaft | | |
| Partner | 37% | 8% |
| Eltern | 21% | 38% |
| Geschwister | 9% | 35% |
| Arbeitsstelle | 15% | 43% |
| Vermieter | 6% | 68% |
| Ärztin/ Arzt | 11% | 11% |
| Freundeskreis | 9% | 22% |

[†]Detaillierte Angaben finden sich in Tabelle 61 des Anhangs 7.1.

Die Person mit der größten Beratungsfunktion in Bezug auf die Schwangerschaft war für 46% der Frauen der Partner, gefolgt von der Ärztin beziehungsweise dem Arzt mit 41%. Knapp ein Drittel der Frauen (30%) gab hier eine öffentliche Beratungsstelle an. Das größte Gewicht legten 65% der Frauen dabei auf die Beratung durch den Partner.

Tabelle 36 (E8/ E9): Beratung für die Schwangere (Mehrfachnennungen)

| Vorgegebene Kategorien | Prozentsatz | (n) |
|--|--------------------|------------|
| Person mit der größten Beratungsfunktion | | |
| Partner | 46% | (17) |
| Familie | 19% | (7) |
| Freundeskreis | 22% | (8) |
| Ärztin/ Arzt | 41% | (15) |
| Beratungsstelle (öffentliche Institution) | 30% | (11) |
| Keine Beratung nötig/ erwünscht | 3% | (1) |
| Sonstiges* | 3% | (1) |
| Gewichtung der Bedeutung durch die Schwangere | | |
| Beratungsstelle (öffentliche Institution) | 11% | (4) |
| Partner | 65% | (24) |
| Familie | 11% | (4) |
| Freundeskreis | 11% | (4) |
| Sonstiges** | 11% | (4) |

*„muss Entscheidung selber fällen“

**„keiner“, „von keinem“, „kommt darauf an“, „Arzt“

Entscheidung für oder gegen die Abtreibung des Kindes

In dieser Studie gaben 44% (16) der befragten Frauen an, sich zur Abtreibung ihrer ungeplanten Schwangerschaft entschlossen zu haben, 50% (18) entschieden sich für Austragung des Kindes und 6% (2) hatten zum Zeitpunkt der Befragung noch keine Entscheidung getroffen. Eine Frau machte hierzu keine Angabe.

82% (27) der Frauen waren sich ihrer Entscheidung „ganz sicher“ oder „sicher“, 15% (5) „mittel“ sicher und nur eine Frau (3%) war sich unsicher. Die Antwortkategorie „sehr unsicher“ wurde von keiner der Frauen gewählt und drei Frauen machten hierzu keine Angabe.

Die sechs Frauen, die sich bezüglich der Entscheidung für Abtreibung oder Austragung ihrer Schwangerschaft noch nicht sicher waren, machten die folgenden freien Kommentare, die Aufschluss über die Ursachen ihrer Zweifel geben.

Tabelle 37 (E12): Ursachen der Unentschlossenheit (freie Kommentare)

| Woher kommen die Zweifel und welcher Art sind Sie? (n=6) | |
|---|---|
| – | Ich habe bereits zwei Kinder und sollte nach ärztlicher Aussage nie mehr Kinder bekommen sowie neue Beziehung |
| – | Angst vor späteren Folgen |
| – | finanzielle Sorgen, keine Partnerunterstützung |
| – | Bulimie/ Diabetes |
| – | Partner wollte das Kind nicht |
| – | Psychische Folgen |

Die prinzipielle moralische Einstellung der Frauen zur Abtreibung hatte dabei einen Einfluss auf die Entscheidung zum Ausgang ihrer Schwangerschaft. Tabelle 38 zeigt, dass für Frauen, die sich zur Austragung entschieden, diese Entscheidung stärker moralisch geprägt war. Die Differenz der Mittelwerte der Variablen “Ist die Entscheidung für oder gegen eine Abtreibung für Sie eine moralische Frage?“ (5er Skala von 1=sehr wenig bis 5=sehr stark) der beiden Gruppen (95% Konfidenzintervall) lag bei -1.19 (-2.00; -0.37) und war statistisch signifikant ($p=0.006$, 2-seitiger t-Test). Die Gruppe der bezüglich Ausgang der Schwangerschaft noch unentschlossenen Frauen ($n=2$) wurde für diesem Vergleich ausgeschlossen, ihr Mittelwert lag zwischen dem Wert der beiden anderen Gruppen (siehe Tabelle 38).

Tabelle 38: Moralische Einstellung und Ausgang der Schwangerschaft

| Gruppe | N | Mittelwert* | Std. Fehler |
|----------------|----------|--------------------|--------------------|
| Abtreibung | 16 | 2.31 | 0.27 |
| Austragung | 18 | 3.50 | 0.29 |
| Unentschlossen | 2 | 3.00 | |
| Total | 36 | 2.94 | 0.21 |

*5er Skala von 1=sehr wenig bis 5=sehr stark

Auch die Einschätzung der Lebenssituation unmittelbar nach Eintritt der Schwangerschaft hatte Einfluss auf deren Ausgang. Frauen, die sich zur Austragung der Schwangerschaft entschieden, schätzten die neue Situation im Schnitt „positiver“ ein. Tabelle 39 zeigt die Differenz der Mittelwerte der Variablen „Wie bewerten Sie die aktuelle Situation insgesamt“ (5er Skala von 1=sehr negativ bis 5=sehr positiv) der beiden Gruppen. Diese lag bei -1.46 (95% Konfidenzintervall: -2.16; -0.75) und war statistisch signifikant ($p \leq 0.001$, 2-seitiger t-Test). Die Gruppe der bezüglich Ausgang der Schwangerschaft noch unentschlossenen Frauen ($n=2$) wurde für diesem Vergleich ausgeschlossen, ihr Mittelwert lag zwischen dem der beiden anderen Gruppen.

Tabelle 39: Einschätzung der Situation und Ausgang der Schwangerschaft

| Gruppe | N | Mittelwert* | Std. Fehler |
|----------------|----------|--------------------|--------------------|
| Abtreibung | 16 | 2.25 | 0.23 |
| Austragung | 17 | 3.71 | 0.25 |
| Unentschlossen | 2 | 3.50 | 0.50 |
| Total | 35 | 3.03 | 0.20 |

*5er Skala von 1=sehr negativ bis 5=sehr positiv

Frauen, die sich wenig auf eine Schwangerschaft vorbereitet fühlten, tendierten dabei eher zur Abtreibung als Austragung ihrer Schwangerschaft. Die Differenz der Mittelwerte der Variablen „Waren Sie innerlich auf eine Schwangerschaft vorbereitet“ (5er Skala von 1=gar nicht bis 5=sehr stark) der beiden Gruppen (95% Konfidenzintervall) lag bei knapp einem Punkt (-0.93 (-1.52; -0.34)) und war statistisch signifikant ($p=0.003$, 2-seitiger t-Test). Die Gruppe der bezüglich Ausgang der Schwangerschaft noch unentschlossenen Frauen ($n=2$) wurde auch für diesem Vergleich ausgeschlossen, ihr Mittelwert lag zwischen dem der beiden anderen Gruppen (siehe Tabelle 40). Insgesamt spiegeln die niedrigen Mittelwerte aller Gruppen die Ungeplantheit der Schwangerschaften wieder, mit dem höchsten Mittelwert von 2.06 („wenig“) in der Gruppe von Frauen, die sich zur Austragung entschieden hatte.

Tabelle 40: Vorbereitung auf die Schwangerschaft und deren Ausgang

| Gruppe | N | Mittelwert* | Std. Fehler |
|----------------|----------|--------------------|--------------------|
| Abtreibung | 16 | 1.13 | 0.09 |
| Austragung | 18 | 2.06 | 0.26 |
| Unentschlossen | 2 | 1.50 | 0.50 |
| Total | 36 | 1.61 | 0.16 |

*5er Skala von 1=gar nicht bis 5=sehr stark

Eine weitere Hypothese der Studie war, dass Frauen mit unsicherem Verhütungsverhalten sich eher für die Austragung des Kindes entscheiden. Tabelle 41 zeigt die Entscheidung der Frauen für Abtreibung oder Austragung der Schwangerschaft für Frauen, die bei ihrer Schwangerschaft ein Risiko eingegangen waren im Vergleich zu denen, die ein solches Risiko verneinten. Wie erwartet, entschieden sich Frauen mit

erhöhter Risikobereitschaft eher für die Austragung des Kindes; die Unterschiede zwischen den Gruppen waren statistisch signifikant ($p=0.028$ 2-seitiger Pearson χ^2 -Test, 1 DF).

Tabelle 41: Risiko bei der Verhütung und Ausgang der Schwangerschaft

| Gruppe | Entscheidung % (n) | | Total |
|--------------------------|--------------------|------------|-------|
| | Abtreibung | Austragung | |
| Risiko bei der Verhütung | 31.3% (5) | 68.8% (11) | (16) |
| Kein Risiko | 71.4% (10) | 28.6% (4) | (14) |
| Total | (15) | (15) | (30) |

Die zwei Frauen, die noch unentschlossen waren, wurden von dieser Auswertung ausgeschlossen; beide gaben an, kein Risiko bei der Verhütung eingegangen zu sein.

Zuvor konnte gezeigt werden, dass der aktuelle Kinderwunsch von Frauen mit Kindern, also bereits erfülltem Kinderwunsch, geringer war, als der von kinderlosen Frauen. Im folgenden Abschnitt gilt das Interesse dem Einfluss des aktuellen Kinderwunsches und der Kinderlosigkeit auf den Ausgang der ungeplanten Schwangerschaft.

Wie erwartet, war der aktuelle Kinderwunsch von Frauen, die sich zur Abtreibung entschieden, geringer als der von Frauen, die sich zur Austragung der Schwangerschaft entschieden (Tabelle 42). Die Differenz der Mittelwerte der Variablen „Verspüren Sie zur Zeit einen Kinderwunsch“ (5er Skala von 1=gar nicht bis 5=sehr stark) der beiden Gruppen (95% Konfidenzintervall) lag bei über zwei Punkten (-2.16 (-2.92; -1.39)) und war statistisch signifikant ($p \leq 0.001$, 2-seitiger t-Test).

Die bezüglich Ausgang der Schwangerschaft noch unentschlossenen Frauen (n=2) wurden für diesem Vergleich ausgeschlossen, ihr Mittelwert lag zwischen dem der beiden anderen Gruppen.

Tabelle 42: Aktueller Kinderwunsch und Ausgang der Schwangerschaft

| Gruppe | N | Mittelwert* | Std. Fehler |
|----------------|----------|--------------------|--------------------|
| Abtreibung | 15 | 1.40 | 0.19 |
| Austragung | 18 | 3.56 | 0.31 |
| Unentschlossen | 2 | 2.50 | 0.50 |
| Total | 35 | 2.57 | 0.25 |

*5er Skala von 1=gar nicht bis 5=sehr stark

Tabelle 43 zeigt die Entscheidung der Frauen für Abtreibung oder Austragung der Schwangerschaft getrennt für kinderlose Frauen und solche, die zum Zeitpunkt der Befragung schon mindestens ein Kind hatten. Die vorherigen Auswertungen haben bereits gezeigt, dass sich der aktuelle Kinderwunsch der beiden Gruppen signifikant unterschied, und dass der Kinderwunsch unmittelbar nach Eintritt der Schwangerschaft deren Ausgang beeinflusste (Tabelle 27, Tabelle 42). Dementsprechend entschieden sich Frauen mit bereits „erfülltem“ Kinderwunsch wesentlich häufiger für eine Abtreibung als kinderlose Frauen, dieser Unterschied zwischen den Gruppen waren statistisch signifikant ($p=0.009$, 2-seitiger Pearson χ^2 -Test, 1 DF). Die bezüglich Ausgang der Schwangerschaft noch unentschlossenen Frauen (n=2) wurden für diesem Vergleich ausgeschlossen, beide hatten zuvor angegeben bereits Kinder zu haben.

Tabelle 43: Risiko bei der Verhütung und Ausgang der Schwangerschaft

| Gruppe | Entscheidung % (n) | | Total |
|----------------|--------------------|------------|-------|
| | Abtreibung | Austragung | |
| Bereits Kinder | 81.8% (9) | 18.2% (2) | (11) |
| Keine Kinder | 33.3% (7) | 66.7% (14) | (21) |
| Total | (16) | (16) | (32) |

Unterstützung und Beratung der Schwangeren

Im Gegensatz zum eingangs erwähnten subjektiv „guten“ Informationsstand der Frauen bezüglich Abtreibung, unterschieden sich die Ergebnisse bezüglich staatlicher Unterstützungsmaßnahmen.

Nur rund ein Drittel der Frauen fühlte sich „stark“ oder „sehr stark“ über finanzielle Unterstützungsmaßnahmen informiert; bezüglich Arbeits- und Ausbildungssituation, sozialen Unterstützungsmaßnahmen oder der Wohnsituation waren es noch weniger (22%-26%).

Die Informationen stammen dabei vor allem von Beratungsstellen (65%), aber auch von der Ärztin oder dem Arzt (27%), Freunden (27%) oder Zeitschriften (27%).

Tabelle 44 (E13): Informationsstand bezüglich staatlicher Unterstützung[†]

| | Prozentsatz „stark“ oder „sehr stark“ (Skalenwerte 4 und 5 addiert) |
|-------------------------------------|---|
| Arbeits-/ Ausbildungssituation | 22% |
| Finanzielle Unterstützungsmaßnahmen | 31% |
| Soziale Unterstützungsmaßnahmen | 26% |
| Wohnsituation | 22% |

[†]Detaillierte Angaben finden sich in Tabelle 63 des Anhangs 7.1.

Tabelle 45 (E 14): Informationen zu Unterstützung (Mehrfachnennungen)

| Vorgegebene Kategorien | Prozentsatz (n) | |
|-------------------------------|------------------------|------|
| Ärztin/ Arzt | 27% | (10) |
| Zeitungen | 27% | (10) |
| Fernsehen | 14% | (5) |
| Eltern | 5% | (2) |
| Freunde | 27% | (10) |
| Beratungsstellen | 65% | (24) |
| Sonstiges* | 8% | (3) |

*Sonstiges: „Ausbildung“, „Selbsterfahrung“

56% der Frauen gaben, dass sie auch freiwillig an einer Beratung über Unterstützungsmaßnahmen teilnehmen würden, 19% verneinten dies und 25% waren sich nicht sicher, ob sie ein solches Angebot in Anspruch nehmen würden. Eine Frau machte hierzu keine Angabe.

Die folgenden freien Kommentare (siehe Tabelle 46) geben Aufschluss darüber, welche Art von Schwangerschaftsberatung die Frauen sich wünschten.

Tabelle 46 (E16): Wünsche an die Schwangerschaftsberatung

| Was für eine Beratung wünschen Sie sich? (n=15) | | Absolute Häufigkeiten |
|--|---|------------------------------|
| – | Finanzielle Unterstützung/ rechtliche Situation | 5 |
| – | Persönliche Beratung | 1 |
| – | Persönliche Beratung in Beratungsstelle (nicht nach Gesetzen bzw. Paragraphen) | 1 |
| – | Einfühlsame Beratung | 1 |
| – | Beratung auf freiwilliger Basis | 1 |
| – | Eingehende Beratung | 1 |
| – | Wie bisher | 1 |
| – | Ärztliche Beratung, meine Ärztin hat mich persönlich zu meiner Situation gar nichts gefragt | 1 |
| – | Erst Versuche bei meinen Eltern und Geschwistern Rat zu bekommen und wenn dieser nicht ausreicht, würde ich eine Beratungsstelle aufsuchen. | 1 |
| – | Allgemein | 1 |
| – | Öffentliche Tabubrechung | 1 |

Finanzielle Situation

Ein Drittel (33%) der Befragten schätzte ihre eigene finanzielle Situation als „sehr negativ“ oder „negativ“ ein, 39% als „mittel“ und 28% als „positiv“ oder „sehr positiv“. 69% hofften dabei auf Unterstützung von anderer Seite, 13% hatten diese Hoffnung nicht. Zwei Frauen machten hierzu keine Angabe.

Tabelle 47 zeigt, dass die Einschätzung der finanziellen Situation sich dabei nicht zwischen Frauen, die sich zur Abtreibung entschieden und solchen, die sich zur Austragung entschieden, unterschied. Die Differenz der Mittelwerte der Variablen „Einschätzung der finanziellen Situation“ (5er Skala von 1=sehr negativ bis 5=sehr positiv) der beiden Gruppen (95% Konfidenzintervall) lag bei nur -0.06 (-0.77; 0.65)

und war nicht statistisch signifikant ($p=0.86$, 2-seitiger t-Test). Die Gruppe der bezüglich Ausgang der Schwangerschaft noch unentschlossenen Frauen ($n=2$) wurde für diesem Vergleich ausgeschlossen.

Tabelle 47: Finanzielle Situation und Ausgang der Schwangerschaft

| Gruppe | N | Mittelwert* | Std. Fehler |
|----------------|----|-------------|-------------|
| Abtreibung | 16 | 2.94 | 0.25 |
| Austragung | 18 | 3.00 | 0.24 |
| Unentschlossen | 2 | 2.50 | 0.50 |
| Total | 36 | 2.94 | 0.16 |

*5er Skala von 1=sehr negativ bis 5=sehr positiv

Tabelle 48 beschreibt potentielle Unterstützung der Schwangeren durch verschiedene Gruppen. Diese Hilfe wurde sowohl in „genereller“ als auch „finanzieller“ Hinsicht insbesondere vom Partner und den Eltern erhofft.

Tabelle 48 (E18/ E20): Potentielle Unterstützung (Mehrfachnennungen)

| | Prozentsatz (n) | |
|--------------------------|-------------------|-----------------|
| | Finanzielle Hilfe | Generelle Hilfe |
| Partner | 41% (15) | 41% (15) |
| Eltern | 38% (14) | 43% (16) |
| Freunde | 11% (4) | 24% (9) |
| Staatliche Unterstützung | 28% (11) | 11% (4) |
| Sonstiges* | 3% (1) | 3% (1) |

*kein zusätzlicher Kommentar; „Tagesmutter, zahlt Oma“

64% der Frauen schätzten ihre Lebenssituation insgesamt als „sehr positiv“ oder „positiv“, 31% als „mittel“ und 6% als „negativ“ ein, eine Frau machte keine Angabe.

Unabhängig von der finanziellen Unterstützung erhoffte über die Hälfte (54%) der Teilnehmerinnen generelle Unterstützung von anderer Seite, 29% hatten darauf keine Hoffnung und 17% waren sich nicht sicher. Eine Frau machte hierzu keine Angabe und eine Frau kommentierte: „weiß ich nicht“.

Mehr als die Hälfte (57%) aller Frauen glaubte, dass die Austragung des Kindes sich „sehr negativ“ oder „negativ“ auf ihr Studium, ihren Beruf oder ihre Ausbildung auswirken würde, 26% schätzten diesen Einfluss als „mittel“ und 17% als „positiv“ oder „sehr positiv“ ein. Zwei Frauen machten hierzu keine Angabe.

Tabelle 49 zeigt, dass die Einschätzung der Frauen, welchen Einfluss die Schwangerschaft auf Studium, Beruf oder Ausbildung nehmen würde, sich bei Frauen, die sich zur Abtreibung entschieden, im Vergleich zu denen, die sich zur Austragung entschieden, negativer darstellte. Die Differenz der Mittelwerte der Variablen „Einfluss auf Studium, Beruf oder Ausbildung“ (5er Skala von 1=sehr negativ bis 5=sehr positiv) der beiden Gruppen (95% Konfidenzintervall) lag bei -0.69 (-1.37; -0.02) und war statistisch signifikant ($p=0.045$, 2-seitiger t-Test). Die bezüglich Ausgang der Schwangerschaft noch unentschlossenen Frauen ($n=2$) wurden für diesem Vergleich ausgeschlossen.

Tabelle 49: Einfluss auf Studium/ Beruf und Ausgang der Schwangerschaft

| Gruppe | N | Mittelwert* | Std. Fehler |
|----------------|----------|--------------------|--------------------|
| Abtreibung | 16 | 2.19 | 0.25 |
| Austragung | 17 | 2.88 | 0.23 |
| Unentschlossen | 2 | 2.00 | 0.00 |
| Total | 35 | 2.51 | 0.16 |

*5er Skala von 1=sehr negativ bis 5=sehr positiv

Beziehung zu Partner, Familie und Freundeskreis

Tabelle 50 stellt die Einschätzung des Partners, der Freunde und Eltern bezüglich verschiedener schwangerschaftsrelevanter Bereiche dar. Dabei schätzte nur rund die Hälfte der Frauen die Einstellung jeder dieser Gruppen zu ihrer Schwangerschaft als „positiv“ oder „sehr positiv“ ein. Die Einstellung des Partners oder der Freunde zum Schwangerschaftsabbruch wurde bei weniger als einem Drittel als „positiv“ oder „sehr positiv“ eingeschätzt, bei den Eltern waren dies sogar weniger als 10%.

Tabelle 50 (E22/27/33): Einschätzung des Partners, der Eltern und Freunde[†]

| Vorgegebene Kategorien | Prozentsatz „positiv“ oder „sehr positiv“ (Skalenwerte 4 und 5 addiert) | | |
|--|--|---------------|----------------|
| | Partner | Eltern | Freunde |
| Beziehung zu Ihnen | 92% | 85% | 97% |
| Beratungsfunktion | 76% | 39% | 89% |
| Einstellung zu Kindern | 72% | 94% | 83% |
| Einstellung zur Kirche | 12% | 43% | 6% |
| Einstellung zu Schwangerschaftsverhütung | 77% | 69% | 84% |
| Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch | 32% | 9% | 28% |
| Einstellung zu Sexualität | 92% | 33% | 89% |
| Einstellung zu Ihrer Schwangerschaft | 48% | 50% | 53% |

[†]Detaillierte Angaben finden sich in Tabellen 64-66 des Anhangs 7.1.

Beziehung zu Eltern und Freundeskreis

Über ein Drittel (35%) der Befragten gab an, dass die Meinung ihrer Eltern für sie „gar keine“ oder eine „sehr geringe“ Rolle spielte. Für 44% spielte sie eine „mittel“ große Rolle, und für 21% eine „starke“ oder „sehr starke“ Rolle. Drei Frauen machten hierzu

keine Angabe. Im Vergleich dazu hatte die Meinung der Freunde und Bekannten für 24% „gar keine“ oder nur eine „sehr geringe“ Bedeutung, für 32% eine „mittel“ große Bedeutung und für 43% „große“ oder „sehr große“ Bedeutung. 76% der Frauen bestätigten, dass es zum Zeitpunkt ihrer Schwangerschaft in ihrem Freundes- und Bekanntenkreis bereits Paare mit Kindern beziehungsweise Schwangere gegeben hätte, bei 24% war dies nicht der Fall. Diese Tatsache hatte jedoch bei 56% der Frauen „gar keinen“ oder nur einen „sehr geringen“ Einfluss auf ihre Einstellung zur bestehenden Schwangerschaft, bei einem Drittel (33%) einen „mittleren“ Einfluss und bei 11% einen „starken“ Einfluss. Keiner der Frauen gab an, dass dies einen „sehr starken“ Einfluss auf ihre Einstellung hätte, eine Frau machte hierzu keine Angabe.

Partnerschaft und Beziehung zum Partner

Drei Viertel (73%) aller Befragten befanden sich zum Zeitpunkt ihrer Schwangerschaft in einer festen Partnerschaft, bei einem Viertel (24%) war dies nicht der Fall. Eine Frau machte hierzu keine Angabe, diese hatte jedoch vorher angegeben verheiratet zu sein und den Vater des Kindes als „flüchtige Bekanntschaft“ bezeichnet.

Frauen in fester Partnerschaft (n=27)

24 der 27 Frauen in einer festen Partnerschaft beurteilten, welchen Einfluss die Austragung des Kindes auf ihre Partnerschaft oder Ehe nehmen würde: 38% hielten diesen Einfluss für „sehr negativ“ oder „negativ“, 25% für „mittel“ und 28% für „positiv“ oder „sehr positiv“. 25 der 27 Frauen mit Partner beantworteten die Frage nach dem aktuellen Kinderwunsch des Partners: hier gaben 64% an, dass dieser Wunsch „gar nicht“ oder „wenig“ vorhanden sei, 12% beurteilten ihn als „mittel“ und 24% als

„stark“ oder „sehr stark“. Die Meinung des Partners spielte dabei für 12% aller Frauen mit festem Partner „gar keine“ oder nur eine „sehr geringe“ Rolle, für 12% eine „mittel“ große Rolle, und für die überwiegende Mehrheit (77%) eine „starke“ oder „sehr starke“ Rolle. Eine Frau mit festem Partner gab hierzu keine Auskunft, kommentierte aber im Fragebogen, dass die Meinung des Partners in Bezug auf ihre Schwangerschaft nicht von Bedeutung sei, da er momentan im Auslande lebe.

Tabelle 51 zeigt die Altersverteilung der Partner.

Tabelle 51 (E28): Alter des Partners (27 Frauen mit fester Partnerschaft)

| | Prozentsatz (n) | |
|---------------------------|------------------------|------|
| Alter des Partners | | |
| < 21 Jahre | 7% | (2) |
| 21 – 25 Jahre | 15% | (4) |
| 26 – 30 Jahre | 37% | (10) |
| 31 – 35 Jahre | 26% | (7) |
| 36 – 40 Jahre | 11% | (3) |
| > 40 Jahre | 4% | (1) |

26 der 27 Frauen in einer festen Partnerschaft beantworteten die Frage nach der Treue des Partners; von ihnen hielten 81% ihren Partner für treu, 19% verneinten dies.

Frauen ohne feste Partnerschaft (n=9)

Frauen ohne feste Partnerschaft wurden gefragt, ob sie sich im Zeitraum vor der Schwangerschaft in einer festen Partnerschaft befunden hatten. Vier Frauen bejahten dies, und ebenso viele gaben an, sich auch zuvor nicht in einer festen Partnerschaft befunden zu haben. Eine Frau machte hierzu keine Angabe.

Ein Zehntel dieser Frauen beurteilten ihre Partnerlosigkeit als „negativ“, 60% als „mittel“ und 20% als „positiv“. Keine der Frauen wählte bei die Antwortkategorien „sehr negativ“ oder „sehr positiv“. Für 80% der Frauen ohne feste Partnerschaft hatte diese Tatsache „gar keinen“ oder „wenig“ Einfluss auf ihre Entscheidung zur Austragung oder Abtreibung der Schwangerschaft, für 10% einen „sehr starken“ Einfluss. Keine der Frauen wählte die Antwortkategorien „mittel“ oder „stark“.

Einfluss der Partnerschaft auf den Ausgang der Schwangerschaft

Hinweise aus der Literatur deuten auf die Rolle der Partnerschaft für den Ausgang ungeplanter Schwangerschaften. Tabelle 52 zeigt die Entscheidung bezüglich Abtreibung oder Austragung, getrennt für Frauen mit und ohne feste Partnerschaft.

Tabelle 52: Partnerschaft und Ausgang der Schwangerschaft

| Gruppe | Entscheidung % (n) | | Total |
|---------------------------|--------------------|------------|-------|
| | Abtreibung | Austragung | |
| Feste Partnerschaft | 44.0% (11) | 56.0% (14) | (25) |
| Keine feste Partnerschaft | 55.6% (5) | 44.4% (4) | (9) |
| Total | (16) | (18) | (34) |

Obwohl Frauen mit fester Partnerschaft sich im Vergleich zu Frauen ohne eine solche Partnerschaft häufiger für die Austragung des Kindes entschieden, waren die Unterschiede zwischen den Gruppen gering und nicht statistisch signifikant ($p=0.55$, 2-seitiger Pearson χ^2 -Test, 1 DF). Die zwei „unentschlossenen“ Frauen wurden von dieser Auswertung ausgeschlossen; beide befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung in einer festen Partnerschaft.

4 Diskussion

4.1 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse

Diese Querschnittsstudie dokumentiert das Verhütungsverhalten und die Einstellungen ungeplant schwangerer Frauen zu Verhütung und identifiziert Faktoren, die das Verhütungsverhalten vor der Schwangerschaft, und solche, die den Ausgang der Schwangerschaft, beeinflussten.

Stichprobe, Verhütungsverhalten und Einstellungen zu Verhütung

Von den hier untersuchten 37 ungeplanten Schwangerschaften waren insgesamt 41% in einer „Ehe“ oder „dauerhaften Beziehungen“, 32% in „neueren Beziehungen“, und 27% mit „flüchtigen Bekanntschaften“ oder einem „bereits gebundenen Partner“ entstanden. Die überwiegende Mehrheit (81%) der Studienteilnehmerinnen war zum ersten Mal ungeplant schwanger. Sechs der sieben Frauen mit früheren ungeplanten Schwangerschaften, hatten schon mindestens eine Schwangerschaftsunterbrechung. Von allen Teilnehmerinnen hatte rund ein Drittel (30%) zum Zeitpunkt ihrer ungeplanten Schwangerschaft schon bereits mindestens ein Kind.

Ein großer Teil der Frauen (73%) hatte einen Verhütungsversuch ihrer aktuellen Schwangerschaft unternommen. Dies geschah am häufigsten (Mehrfachnennungen waren möglich) mit Kondomen (61%), gefolgt von Pille (32%), periodischer Enthaltbarkeit (18%) und Coitus interruptus (14%).

Die angewandten Methoden sowie der Wechsel zwischen sicheren und unsicheren Verhütungsmethoden von Frauen dieser Studie, stehen im Einklang mit Berichten aus

der Literatur. Diese haben gezeigt, dass obwohl orale Verhütungsmethoden und Kondome insgesamt die am häufigsten angewandten Methoden sind, die Mehrheit aller Frauen durch mehrfachen Methodenwechsel in ihrem Leben im Schnitt zwischen drei und vier verschiedene Verhütungsmethoden anwendet. Das Risiko einer ungeplanten Schwangerschaft ist dabei bei der Gruppe von Anwenderinnen, die von einer effektiven zu einer weniger effektiven Methode wechselt, weitaus höher im Vergleich zu denen, die weniger effektive durch effektivere Methoden ersetzen (Rosenfield and Everett, 2000). Die vorliegende Studie bestätigt, dass neben der aktuell angewandten Methode insbesondere auch die Verhütungsanamnese eine wichtige Rolle spielt, um das Risiko einer ungeplanten Schwangerschaft von Frauen mit Verhütung einzuschätzen.

Die Verhütungskonsequenz von Frauen dieser Studie stellte sich sehr unterschiedlich dar, weniger als die Hälfte gaben „sehr konsequente“ oder „konsequente“ Verhütung an, was jedoch – wie die oben stehende Auflistung zeigt – die Anwendung von Methoden unterschiedlicher Sicherheit beziehungsweise Effektivität einschliesst. Die Vermutungen der Frauen mit Verhütungsversuch zu den Ursachen ihrer ungeplanten Schwangerschaft gaben interessante Hinweise auf die vielschichtigen Ursachen von Verhütungsversagen. Am häufigsten wurden hier die „Anwendung unsicherer Methoden“, „Anwendungsfehler“ und „Unzuverlässigkeit des Partners“ genannt. Einige Frauen hatten keine Vermutung, warum sie trotz Verhütung schwanger geworden waren. Bei den freien Antworten wurden unter anderem „falsche Anwendung von Methoden“ und „inkonsequente Verhütung“ erwähnt. Der subjektiv gute Kenntnisstand und mangelnde Informationsbedarf bezüglich Verhütungsmethoden der Frauen dieser Studie dürfen also

nicht darüber hinwegtäuschen, dass andere Faktoren die Konsequenz und Sicherheit der Anwendung und damit auch die Effektivität der Methode beeinflussen. Auch andere Studien haben bestätigt, dass sowohl Vorbehalte gegenüber angewandten Methoden, als auch Faktoren wie fehlende Unterstützung der Methode durch den jeweiligen Partner oder die Einschätzung der Fruchtbarkeit durch die Frauen, den positiven Einfluss umfassender Kenntnisse bezüglich Verhütung auf die Vermeidung ungeplanter Schwangerschaften beeinträchtigen oder abschwächen können (Moos et al., 2003).

In dieser Studie von Frauen, die keine Schwangerschaft planten, bejahten über 40% bei ihrer Verhütung ein Risiko eingegangen zu sein. Die freien Kommentare der Frauen ohne Verhütungsversuch gaben Aufschluss über deren individuelle Beweggründe, trotz fehlendem Kinderwunsch nicht verhütet zu haben. In diesem Zusammenhang wurden „fehlende feste Partnerschaft“, „Unzufriedenheit mit angewandten Methoden“ und „Fehleinschätzung der Fruchtbarkeit“ (zum Beispiel „in der Stillzeit nach einer Schwangerschaft“, „nach Aussetzen der Periode aufgrund von Bulimie“, „nach Klimaveränderung im Urlaub“) genannt. Diese Kommentare liefern Hinweise auf Aufklärungsdefizite für folgende Studien; insbesondere scheint Unsicherheit bezüglich der Effektivität von bekannten Verhütungsmethoden in Sondersituationen wie zum Beispiel Urlaub, Stillzeit oder Medikamenteneinnahme zu bestehen. Auch „Spontanverhütung“ von Frauen ohne feste Partnerschaft scheint mit höherer Risikobereitschaft und Anwendung unsicherer Methoden einherzugehen. Vom Einfluss des Familienstandes beziehungsweise der Art der Partnerschaft auf das Verhütungsverhalten wurde bereits in anderen Studien berichtet (Moos et al., 2003).

Dieser Einfluss kann unterschiedliche Formen annehmen, je nach Altersgruppe oder Kulturkreis in der er sich etabliert. Es ist zu vermuten, dass Widerstände eines Mannes gegenüber bestimmten Verhütungsmethoden, bei Frauen ohne feste Partnerschaft und hormonelle Langzeitverhütung zur Anwendung vergleichsweise ineffektiver Verhütungsmethoden und daher zu ungeplanten Schwangerschaften führen können. Die Rolle der Selbstbestimmung der Verhütung durch die Frau spielt in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle; diese wird im nächsten Abschnitt diskutiert.

Wie in einer Studienpopulation ungeplant schwangerer Frauen zu erwarten, fühlte sich die überwiegende Mehrheit der Frauen „gar nicht“ oder „wenig“ auf die Schwangerschaft vorbereitet, und suchte in dieser für sie schwierigen Entscheidungssituation Unterstützung durch andere Personen und Institutionen. Frühere Studien haben den wichtigen Einfluss von Ärzten auf das Verhütungsverhalten und kontrazeptive Entscheidungen ihrer Patientinnen demonstriert (Lagana, 1999). Die Kommentare der Frauen dieser Studie machen die herausragende Rolle der Ärztin beziehungsweise des Arztes als Vertrauens- und Beratungsperson zusätzlich deutlich.

Die Befragung zeigte außerdem, dass der Partner und die Eltern nicht in allen Fällen über die Schwangerschaft informiert wurden. Dabei ist bemerkenswert, dass nur rund die Hälfte der Frauen die Einstellung des Partners, der Freunde und Eltern zu ihrer Schwangerschaft als „positiv“ oder „sehr positiv“ einschätzt. Über ein Drittel aller informierten Partner regierte nach Angabe der Frauen „sehr negativ“ oder „negativ“. Die Einstellung des Partners oder der Freunde zum Schwangerschaftsabbruch wird bei weniger als einem Drittel als „positiv“ oder „sehr positiv“ eingeschätzt, bei den Eltern

sind dies sogar weniger als 10%. Die negative Einstellung dieser Parteien mit wichtiger Beratungsfunktion für die Schwangere, in Hinsicht auf ihre Schwangerschaft, als auch zum Schwangerschaftsabbruch, deutet auf ein Dilemma beziehungsweise einen Konflikt hin, der mit psychischem Druck, Fehlentscheidungen und negativen Konsequenzen einhergehen kann (Kroelinger and Oths, 2000). In diesem Zusammenhang kann die oben erwähnte Funktion der Ärztin beziehungsweise des Arztes als Beratungsperson für die Schwangere daher vielleicht nur teilweise mit dem Status des „medizinischen Experten“ erklärt werden. Die Ergebnisse dieser Studien deuten darauf hin, dass auch deren „neutrale Stellung“, im Vergleich zu Partner und Familie, sie als Vertrauensperson für die Schwangere qualifiziert. Frühere Studien haben die Auswirkungen fehlender Unterstützung durch den Partner auf das Erleben der ungeplanten Schwangerschaft und die freie Entscheidung der Schwangeren zu deren Ausgang beschrieben (Kroelinger and Oths, 2000). Diese verdeutlichen, dass die negative Einstellung eines grossen Teils der informierten Kindsväter dieser Studie mit erheblichen Konsequenzen für das Erleben der Schwangerschaft durch die Frau und für deren Entscheidung zum Ausgang der Schwangerschaft einhergeht. Die Beratung der Schwangeren und sollte daher idealerweise den Partner und seine Einstellung mit berücksichtigen.

Einflüsse auf unsicheres oder inkonsequentes Verhütungsverhalten

Neben fehlendem Verhütungsversuch sind inkonsequente Anwendung und Wahl ineffektiver Methoden wichtige Ursachen ungeplanter Schwangerschaften. Wir untersuchten Faktoren, die das Verhütungsverhalten beeinflussten.

Dabei hingen bei Frauen mit Verhütungsversuch „ungeschützter Verkehr“ und „Verhütungskonsequenz“ eng zusammen. Je häufiger ungeschützter Verkehr praktiziert wurde, desto geringer war auch die Verhütungskonsequenz. Wir untersuchten zusätzlich, ob der Informationsstand in Bezug auf Verhütung sich zwischen Frauen mit und ohne Verhütungsversuch unterschied, und fanden, dass die beiden Gruppen sich nahezu identisch „informiert“ fühlten. Dies gibt einen weiteren Hinweis darauf, dass fehlende Informationen oder Unkenntnis eine eher untergeordnete Rolle für die Entscheidung zur Verhütung der Frauen spielen, und dass, wie oben beschrieben, zusätzliche Einflüsse die Umsetzung vorhandener Informationen in effektive und konsequente Verhütung behindern.

Barrieren sicheren Verhütungsverhaltens, die diese Studie dokumentierte, bestätigen Ergebnisse von Studien aus anderen Ländern, die zusätzlich zu Nebenwirkungen und durch Verhütungsmethoden induzierte gesundheitliche Probleme, insbesondere auch die Einstellung des Partners, als wichtige Einflüsse auf das Verhütungsverhalten identifizierten (Gadow et al., 1999). In diesem Zusammenhang zeigte sich die Selbstbestimmung der Verhütung durch die Frauen in dieser Studie als ein wesentlicher Einflussfaktor. Frauen ohne Verhütungsversuch bestimmten ihre Verhütung weniger selbst als Frauen, die einen solchen Versuch unternahmen. Die Rolle der Selbstbestimmung sexuellen Verhaltens durch die Frauen dieser Studie lässt sich vergleichen mit Ergebnissen aus der Literatur zur vorbeugenden Wirkung von „sexual self-efficacy“ für die Vermeidung ungeplanter Schwangerschaften (Williams et al., 1997). Diese zeigten, dass das Risiko ungeplanter Schwangerschaft für Frauen mit

höheren Werten auf der „sexual self-efficacy“-Skala und größerem Selbstbewußtsein bezüglich der konsequenten Anwendung von Verhütung deutlich geringer war.

Viele Frauen haben grundsätzliche gesundheitliche Bedenken gegen die Wahl eines oralen Verhütungsmittels, insbesondere über einen längeren Zeitraum. Dies ist ein wichtiger Einfluss auf das Verlassen einer sicheren (hormonellen) Verhütung zugunsten einer unsicheren Methode und daher, wie eingangs beschrieben, auf das Risiko ungeplanter Schwangerschaft. Dies spiegelt sich auch in den Antworten der Frauen in dieser Studie, zum Beispiel zu Nachteilen der Pille, wieder. Frauen, die eine hormonelle Methode verlassen hatten, sprachen in diesem Zusammenhang davon „Pillenmüde zu sein“, „den Eisprung spüren zu wollen“, „die Pille nicht mehr nehmen zu wollen“, Unverträglichkeit“, „Absetzen nach 10 Jahren aufgrund von Nebenwirkungen“, und bestätigen damit die eingangs formulierten Vermutungen einer Abneigung gegen hormonelle Verhütungsmethoden, insbesondere mit fortschreitender Anwendungszeit beziehungsweise höherem Alter.

Der Einfluss dieser Vorbehalte gegenüber angewandten Verhütungsmethoden auf den Abbruch oder deren inkonsequente Anwendung ist bekannt (Moos et al., 2003). Die relative Häufigkeit dieser Kommentare in einer Population ungeplant schwangerer Frauen bestätigt dies erneut, und deutet auf die Wichtigkeit, die Unzufriedenheit mit Verhütungsmethoden in der gynäkologischen Beratung zu erheben und akzeptable und sichere Alternativen mit Frauen ohne Kinderwunsch zu diskutieren.

Entscheidung für oder gegen Abtreibung oder Austragung des Kindes

Im Einklang mit Berichten aus der Literatur (Forrest, 1994), entschieden die

Teilnehmerinnen dieser Studie sich zu ähnlichen Anteilen zur Abtreibung (44%) und Austragung (50%) ihrer ungeplanten Schwangerschaft. Nur zwei Frauen hatten zum Zeitpunkt der Befragung noch keine Entscheidung getroffen.

Der aktuelle Kinderwunsch der Schwangeren hing wesentlich davon ab, ob die Frau zum Zeitpunkt der Schwangerschaft bereits Kinder hatte. Dieser lag bei Frauen mit Kindern, also bereits erfülltem Kinderwunsch, deutlich niedriger als bei kinderlosen Frauen. Dementsprechend entschieden sich in dieser Studie Frauen mit bereits erfülltem Kinderwunsch, als auch geringem aktuellen Kinderwunsch, eher für die Abtreibung ihrer ungeplanten Schwangerschaft.

Frauen, die ihre Schwangerschaft auszutragen planten, schätzten ihre Lebenssituation unmittelbar nach Eintritt der Schwangerschaft insgesamt positiver ein und fühlten sich stärker auf eine Schwangerschaft vorbereitet. Die Einschätzung der finanziellen Situation unterschied sich im Gegensatz dazu nicht zwischen Frauen mit Abtreibung im Vergleich zu denen mit Austragung der Schwangerschaft. Auch die Existenz einer festen Partnerschaft spielte in dieser Studie eine untergeordnete Rolle; Unterschiede in der Entscheidung bezüglich Abtreibung oder Austragung der Schwangerschaft zwischen Frauen mit und ohne feste Partnerschaft waren gering und nicht statistisch signifikant. Die prinzipielle moralische Einstellung zur Abtreibung beeinflusste dagegen den Ausgang Schwangerschaft; für Frauen, die sich zur Austragung entschieden, war diese Entscheidung stärker moralisch geprägt.

Interessanterweise spielte auch die Einschätzung der Frauen, welchen Einfluss ein Kind auf Studium, Beruf oder Ausbildung nehmen würde, eine wichtige Rolle für den

Ausgang der Schwangerschaft. Frauen, die sich zur Abtreibung entschieden, schätzen diesen Einfluss deutlich negativer ein als Frauen, die sich zur Austragung entschieden.

Die Hypothese der Studie, dass das Verhütungsverhalten vor der Schwangerschaft Rückschlüsse auf deren Ausgang zulässt, fand sich ebenfalls bestätigt. Wie erwartet, entschieden sich Frauen, die ein Risiko bei der Verhütung eingegangen waren, signifikant häufiger für die Austragung des Kindes. Risikoreiche Verhütung von Frauen, die keine Schwangerschaft planen, diese jedoch austragen, zum Beispiel durch inkonsequente Anwendung oder Wahl einer unsicheren Methode, deutet auf eine Ambivalenz bezüglich des Kinderwunsches bei diesen Frauen, deren Ursachen noch zu klären sind (Husfeldt et al., 1995).

4.2 Stärken und Limitationen der Studie

Wie in der Einleitung beschrieben sind ungeplante Schwangerschaften und die damit verbundenen gesundheitlichen, materiellen, sozialen und psychischen Konsequenzen für Mutter und Kind ein wichtiges Problem unserer Gesellschaft (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2000). Die vorliegende Studie hat den Versuch unternommen, die schwer zu erreichende und relativ wenig erforschte Gruppe ungeplant schwangerer Frauen zu untersuchen, und liefert damit einen Beitrag zum Verständnis von Ursachen ungeplanter Schwangerschaften, Einflüssen auf das Verhütungsverhalten und die Entscheidung zur Abtreibung oder Austragung der Schwangerschaft. Sowohl international, als auch in Deutschland, haben sich mehr Studien mit Schwangerschaften von Teenagern beschäftigt (Clearie et al.; 1985, Moore, 2000).

Da diese Studie neben der „Ungeplantheit“ der Schwangerschaft keine zusätzlichen Ausschlusskriterien hatte, repräsentiert sie ein weiteres Spektrum ungeplant schwangerer Frauen.

Neben quantitativen Beschreibungen erlauben die qualitativen Anteile der Studie bisher nicht erforschte Einflüsse zu identifizieren und Ideen zu generieren, die für folgende Studien relevant sind.

Neben diesen Vorteilen sollten die folgenden Limitationen bei der Bewertung der Ergebnisse dieser Studie Berücksichtigung finden.

Repräsentativität der Stichprobe und Selektionsbias

Die relativ kleine Stichprobe dieser Studie setzt sich aus Frauen zusammen, die motiviert genug waren, freiwillig an der Untersuchung teilzunehmen und den umfangreichen Bogen auszufüllen und zurückzusenden. Frauen, die durch den überraschenden Eintritt der Schwangerschaft so beunruhigt sind, dass sie die Motivation für solche Aktivitäten verloren haben, sind dadurch in dieser Studie unterrepräsentiert. Dies gilt auch für Frauen, die das Ereignis unterdrücken und nicht damit konfrontiert werden möchten, und für solche, die vergleichsweise ungeübt im Lesen und Schreiben sind, insbesondere der deutschen Sprache. Verglichen mit Frauen ähnlichen Alters, sind in dieser Studie daher Frauen mit höheren Bildungsabschlüssen überrepräsentiert.

Die Rekrutierung eines Teils der Frauen durch Schwangerschaftsberatungsstellen sollte den Zugang zu der schwer erreichbaren Gruppe ungeplant schwangerer Frauen innerhalb des ersten Trimesters erleichtern. Dies kann zu einer Untergewichtung ungeplant

schwangerer Frauen führen, die keine Beratungsstelle aufsuchen und für die eine Unterbrechung der Schwangerschaft, und daher Schwangerschaftsberatung, nicht in Frage kommt. Es ist wahrscheinlich, dass sich diese Gruppe auch in anderen Bereichen wesentlich von den Befragten unterscheidet und so die Ergebnisse beeinflusst. Diese Verzerrung würde zu einer Übergewichtung „ungewollter“ Schwangerschaften, die in der Abtreibung enden, in der Studie führen. Wir fanden jedoch, möglicherweise durch die zusätzliche Rekrutierung durch gynäkologische Praxen, dass die untersuchten Frauen zu ähnlichen Anteilen eine Unterbrechung (16 Frauen) beziehungsweise Austragung (18 Frauen) der ungeplanten Schwangerschaft planten, vergleichbar mit Daten repräsentativer Stichproben aus der Literatur (Forrest, 1994).

Retrospektive Erhebung (Recall-Bias)

Bei dieser Studie ist zusätzlich zu beachten, dass erstens die Erinnerung an bestimmte Ereignisse umso ungenauer ist, je länger sie zurückliegen, und dass zweitens die Genauigkeit und Richtigkeit bestimmter Angaben von aktuellen Geschehnissen oder Entscheidungen beeinflusst werden kann. So neigen Frauen, die sich bereits zur Austragung des Kindes entschieden haben, eventuell eher dazu ihre Reaktion auf die Schwangerschaft als positiv zu beurteilen, verglichen mit Frauen, die die Schwangerschaft nicht austragen werden. Daten des National Survey of Family Growth haben in diesem Zusammenhang gezeigt, dass die Definition der „Ungeplantheit“ einer Schwangerschaft die Beurteilung einer Schwangerschaft als positives oder negatives Ereignis stark beeinflusste (Trussell et al., 1999). Dies erklärt auch, warum in dieser Studie mehr als ein Viertel der Frauen angaben, sich trotz der Ungeplantheit der

Schwangerschaft über deren Eintritt gefreut zu haben.

Querschnittstudie

Der vorherige Abschnitt weist auf eine weitere Schwäche aller Querschnittsstudien hin. Es ist nicht möglich, die zeitliche Abfolge bestimmter Ereignisse und Einstellungen zu beurteilen. So ist es zum Beispiel denkbar, dass Frauen mit konsequenter und sicherer Verhütung die Gruppe ungewollter Schwangerschaften repräsentieren, die in der Abtreibung enden. Es ist jedoch ebenso möglich, dass die Frauen, die sich zur Abtreibung entscheiden, ihre Verhütung besonders häufig als sicher und konsequent erinnern oder angeben. Das Versagen einer sicheren Verhütungsmethode liegt scheinbar außerhalb des direkten Einflussbereichs der Frauen, und verzerrte Erinnerung könnte Schuldgefühle aufgrund der geplanten Abtreibung erleichtern.

Die inferenzstatistischen Darstellungen basieren auf einer relativ kleinen Stichprobe. Konfidenzintervalle wurden berechnet, um den Vertrauensbereich der Ergebnisse darzustellen. Aufgrund der relativ kleinen Stichprobe und fehlenden Angaben für einige der Variablen wurde in der Auswertung nicht für alternative Erklärungsmöglichkeiten, beispielweise die soziale Stellung der Frauen, kontrolliert. Dennoch können unsere Ergebnisse wichtige Hinweise für folgende Studien dieser schwer zu erreichenden Gruppe geben.

Diese Studie konzentrierte sich auf ungeplant schwangere Frauen und damit auf die Untersuchung der Frauen als Einzelpersonen, anstatt der Befragung von Paaren. Obwohl einige der Fragen Rückschlüsse auf die Partnerschaft und die Beziehung zum Kindsvater zulassen, gehen diese auf die subjektive Beschreibung durch die Frauen zurück und

spiegeln nur begrenzt die Einstellung des Mannes wieder. Die Bedeutung der Partnerinteraktion und des Paares als eigenes „System“ sind in diesem Zusammenhang von Cuyvers auf einem Symposium der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzGA) hervorgehoben worden (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2000). Er propagierte, dass die Kinderfrage mit subtilen Mechanismen in der Partnerinteraktion ausgehandelt wird. Diese mussten in dieser Studie vernachlässigt werden, da Paarinterviews, beziehungsweise getrennte Befragungen, nicht durchführbar schienen.

4.3 Relevanz der Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Diese Arbeit beschäftigt sich mit einem zentralen Thema reproduktiver Gesundheit – ungeplanten Schwangerschaften, ihren Ursachen und Konsequenzen. Im Kontext ungeplanter Schwangerschaften schliesst Gesundheit auch „reproduktive Rechte“ ein, die Befähigung selbst über Anzahl der Kinder und den Zeitpunkt einer Schwangerschaft bestimmen zu können. Dies beinhaltet nicht nur die Möglichkeit zur Unterbrechung ungewollter Schwangerschaften, sondern vielmehr die Vermeidung dieser konflikthaften Entscheidung durch Verhindern ungeplanter Schwangerschaften.

In westlichen Industrieländern, mit einem hohen Standard von Sexualaufklärung, Familienplanung, gesundheitlicher Versorgung und einfachem Zugang zu effektiven Verhütungsmethoden, gestalten sich die Faktoren, die die Erfüllung dieser Rechte beziehungsweise verhindern, komplex (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 1999). Dies reflektierend, spielten auch in dieser Studie mangelnde Aufklärung und fehlende Informationen über vorhandene Möglichkeiten der Verhütung für die

Entstehung ungeplanter und ungewollter Schwangerschaften eine eher untergeordnete Rolle. Da die Mehrheit von Frauen bei fehlendem Kinderwunsch einen Versuch unternimmt eine Schwangerschaft zu verhüten, liegt das Problem weniger darin „ob“ ein Versuch unternommen wurde, als vielmehr „wie“. Dies gilt insbesondere auch für Deutschland, mit etabliertem Aufklärungsunterricht für alle schulpflichtigen Kinder und einer Gesetzgebung, die den Zugang zu Informationen und Beratung bezüglich Familienplanung, zumindest theoretisch, garantiert (Helfferich, 1996). Das Ignorieren von Risiken, die mit inkonsequenter Anwendung und ineffektiven Methoden verbunden sind, scheint also eine zentrale Rolle zu spielen. Wie oben erwähnt, ist Unkenntnis der Risiken dabei weniger die Ursache für ein solches Verhalten; hingegen scheinen Ambivalenz bezüglich eines Kinderwunsches und unterschiedliche Vorstellungen der beiden Partner einen wichtigen Einfluss auf die Risikobereitschaft bei der Verhütung zu spielen (Bianchi-Demicheli et al., 2003).

Was sind die Ursachen dieser Ambivalenz von Frauen, die keine Schwangerschaft planen? Auf dem Symposium „Familienplanung und Lebensläufe von Frauen – Kontinuitäten und Wandel“ der BzGA in Freiburg im Jahr 2000 wurden in diesem Zusammenhang die vielschichtigen gesellschaftlichen Probleme hervorgehoben, die die Realisierung der „reproduktiven Rechte“ auf Selbstbestimmung der Anzahl der Kinder und den Zeitpunkt der Schwangerschaft erschweren (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2000). So kann die Unvereinbarkeit von Beruf und Familie reproduktive Entscheidungen erschweren und die Gestaltung des privaten Lebens einschränken. Frühere Berichte haben gezeigt, wie stark reproduktives Verhalten durch

gesellschaftliche Rahmenbedingungen und Normen geprägt ist und zu Inkonsistenzen führen kann, so dass Frauen, die keine Schwangerschaft planen, dennoch nicht verhüten (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 1997). Die individuellen Kommentare der Frauen dieser Studie betonen in diesem Zusammenhang jedoch die Wichtigkeit einer biographischen Perspektive, die die Ursachen ungeplanter Schwangerschaften im Kontext der Abfolge bereits erlebter Schwangerschaften und der Verhütungsanamnese betrachtet. Die Ressourcen und Kompetenzen, auf die Frauen für solche schwierigen reproduktiven Entscheidungsprozesse zurückgreifen, wurden in früheren Studien analysiert (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2001). Diese betonen, dass effektive Gesundheitsförderung die Entwicklung von auf die Lebenswelt der Adressatinnen zugeschnittene Unterstützung beinhalten sollte, um die Frauen zu befähigen, ihre persönlich erwünschten Ereignisse zu realisieren und ungewünschten zu vermeiden.

Die Sorgen der Frauen in Bezug auf die ungeplante Schwangerschaft drehten sich in dieser Studie bei über 40% „stark“ oder „sehr stark“ um die finanzielle und berufliche Situation, und fast ebenso um die Ausbildung oder das Studium (34%). Während die finanzielle Situation einen geringen Einfluss auf den Ausgang der Schwangerschaft hatte, spielte ein negativer Einfluss auf den beruflichen Werdegang eine wichtige Rolle für die Entscheidung zur Abtreibung. Die Unvereinbarkeit von reproduktiven und beruflichen Wünschen kann in einen Konflikt münden, eine Ambivalenz bezüglich des Kinderwunsches. Wenn diese Ambivalenz zu risikoreichem Verhütungsverhalten und ungeplanter Schwangerschaft führt, muss die konfliktvolle Entscheidung zu Austragung

oder Abtreibung der Schwangerschaft im engen Zeitraum innerhalb der Abtreibungsfrist getroffen werden, häufig mit negativen Konsequenzen: „The conflict of wanting or not wanting to have a child must be solved in the decision-making process that precedes the choice of whether to interrupt a pregnancy or carry it to full term. The time limit for his decision making process is reduced by the medical abortion methods now available. Hasty early abortions as well as delayed abortions create problems and should be avoided” (Holmgren and Uddenberg, 1993). Um die negativen Konsequenzen einer konflikthaften Entscheidung nach Eintritt der ungeplanten Schwangerschaft zu verhindern, muss also die Ambivalenz bezüglich eines Kinderwunsches identifiziert und bewusst gemacht werden, bevor die Schwangerschaft entsteht.

Die Verantwortung, die Entscheidung für oder gegen ein Kind zu verschiedenen Lebenszeitpunkten vor Eintritt einer ungeplanten Schwangerschaft zu bedenken und zu thematisieren, liegt dabei nicht nur bei der Frau und innerhalb der Partnerschaft. Der Einfluss des gesellschaftlichen Klimas und der Gesetzgebung ist groß, da flexible Arbeitsmodelle, finanzielle Unterstützung, Möglichkeiten der Kinderbetreuung und der Zugang zu professioneller Beratung über bestehende Unterstützungsmöglichkeiten nicht nur Lösungen eines Konfliktes liefern können, sondern auch wichtige Grundlagen der komplexen Entscheidung für oder gegen eine Schwangerschaft sind, und daher die Wahrscheinlichkeit ambivalenten Verhaltens beeinflussen.

Die Bedeutung veränderter gesellschaftlicher Rahmenbedingungen für die Komplexität moderner Entscheidungsprozesse der Familienplanung, zum Beispiel durch neue Arbeitsteilung und -modelle und Individualisierungstendenzen, ist auch für Deutschland

beschrieben worden (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 1999). Auch hier gilt, dass die Erweiterung von Lebensoptionen reproduktive Entscheidungen, deren Zeitfenster zusätzlich biologisch eingeschränkt ist, erschweren kann. In Deutschland sind daher für die BZgA die Entwicklung und Verbreitung von zielgruppenspezifischen und auf die Lebensphasen abgestimmten Konzepten, Materialien und Medien zur Sexualaufklärung und Familienplanung wichtige Bestandteile einer umfassenden Gesundheitsförderung. Diese Ziele stehen in direktem Bezug zum Konzept der reproduktiven Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation, das über Familienplanung als Kontrazeption und Verhütung ungewollter Schwangerschaften hinausgeht, und vielmehr Gesundheitsförderung als Konzept der Befähigung, als Befähigung zu Gesundheit als „better choice“, ansieht.

Dazu ist ein erweitertes Verständnis von Familienplanung als Aspekt reproduktiver Gesundheit nötig. Für Industriegesellschaften beinhaltet die Förderung reproduktiver Gesundheit als „Befähigung“ und von auf die jeweilige Lebenssituation angepassten reproduktiven Entscheidungen dabei auch die Schaffung eines kinder- und familienfreundlichen gesellschaftlichen Klimas. Dieses kann helfen, Konflikte, die durch ambivalente Einstellungen und deren Einfluss auf risikoreiches Verhütungsverhalten entstehen, zu verringern, und relevante Entscheidungsprozesse zu initiieren, bevor es zu einer ungeplanten Schwangerschaften kommt.

5 Literatur

1. From the Centers for Disease Control and Prevention. Unintended childbearing: pregnancy risk assessment monitoring system--Oklahoma. JAMA 1993; (269): 333, 337.
2. Bianchi-Demicheli F, Perrin E, Bianchi P G, Dumont P, Ludicke F, Campana A. Contraceptive practice before and after termination of pregnancy: a prospective study. Contraception 2003; (67): 107-113.
3. Bracken M B, Hachamovitch M, Grossman G. The decision to abort and psychological sequelae. J Nerv Ment Dis 1974; (158): 154-162.
4. Bracken M B, Klerman L V, Bracken M. Abortion, adoption, or motherhood: an empirical study of decision-making during pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1978; (130): 251-262.
5. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Kontrazeption, Konzeption, Kinder oder keine. Dokumentation einer Expertentagung. Hessling, A and Amann, S. Band 6. 1997. Köln. Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung.
6. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Wissenschaftliche Grundlage in drei Teilen. Teil 3: Familienplanung. 1999. Köln. Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung.
7. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Familienplanung und Lebensläufe von Frauen - Kontinuität und Wandel. 2000. Köln. Dokumentation der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
8. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. frauen leben - Eine Studie zu Lebensläufen und Familienplanung. 2001. Köln. Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung.
9. Clearie A F, Hollingsworth L A, Jameson M Q, Vincent M L. International trends in teenage pregnancy: an overview of sixteen countries. Biol Soc 1985; (2): 23-30.
10. Forrest J D. Epidemiology of unintended pregnancy and contraceptive use. Am J Obstet Gynecol 1994; (170): 1485-1489.
11. Gadow E C, Jennings V H, Lopez-Camelo J S, Paz J E, da Graca D M, et al. Knowledge of likely time of ovulation and contraceptive use in unintended pregnancies. Adv Contracept 1999; (15): 109-118.
12. Grimes D A. Unplanned pregnancies in the United States. Obstet Gynecol 1986; (67): 438-442.

13. Grimes D A. The safety of oral contraceptives: epidemiologic insights from the first 30 years. *Am J Obstet Gynecol* 1992; (166): 1950-1954.
14. Helfferich C. Family planning and lifestyles in Germany. *Entre Nous Cph Den* 1996;9-10.
15. Henshaw S K. Unintended pregnancy in the United States. *Fam Plann Perspect* 1998; (30): 24-9, 46.
16. Holmgren K. Time of decision to undergo a legal abortion. *Gynecol Obstet Invest* 1988; (26): 289-295.
17. Holmgren K, Uddenberg N. Ambivalence during early pregnancy among expectant mothers. *Gynecol Obstet Invest* 1993; (36): 15-20.
18. Holmgren K, Uddenberg N. Abortion ethics--women's post abortion assessments. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994; (73): 492-496.
19. Husfeldt C, Hansen S K, Lyngberg A, Noddebo M, Petersson B. Ambivalence among women applying for abortion. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1995; (74): 813-817.
20. Jones E F, Forrest J D. Contraceptive failure rates based on the 1988 NSFG. *Fam Plann Perspect* 1992; (24): 12-19.
21. Jones K P. Oral contraception: current use and attitudes. *Contraception* 1999; (59): 17S-20S.
22. Kost K, Landry D J, Darroch J E. Predicting maternal behaviors during pregnancy: does intention status matter? *Fam Plann Perspect* 1998; (30): 79-88.
23. Kroelinger C D, Oths K S. Partner support and pregnancy wantedness. *Birth* 2000; (27): 112-119.
24. Lagana L. Psychosocial correlates of contraceptive practices during late adolescence. *Adolescence* 1999; (34): 463-482.
25. Marchbanks P A, McDonald J A, Wilson H G, Folger S G, Mandel M G et al. Oral contraceptives and the risk of breast cancer. *N Engl J Med* 2002; (346): 2025-2032.
26. Mayer J P. Unintended childbearing, maternal beliefs, and delay of prenatal care. *Birth* 1997; (24): 247-252.
27. Moore M L. Adolescent pregnancy rates in three European countries: lessons to be learned? *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2000; (29): 355-362.

28. Moos M K, Bartholomew N E, Lohr K N. Counseling in the clinical setting to prevent unintended pregnancy: an evidence-based research agenda. *Contraception* 2003; (67): 115-132.
29. Petersen R, Moos M K. Defining and measuring unintended pregnancy: issues and concerns. *Womens Health Issues* 1997; (7): 234-240.
30. Reardon D C, Cogle J R. Depression and unintended pregnancy in the National Longitudinal Survey of Youth: a cohort study. *BMJ* 2002; (324): 151-152.
31. Rosenberg M, Waugh M S. Causes and consequences of oral contraceptive noncompliance. *Am J Obstet Gynecol* 1999; (180): 276-279.
32. Rosenberg M J, Waugh M S, Long S. Unintended pregnancies and use, misuse and discontinuation of oral contraceptives. *J Reprod Med* 1995; (40): 355-360.
33. Rosenfeld J A, Everett K D. Factors related to planned and unplanned pregnancies. *J Fam Pract* 1996; (43): 161-166.
34. Rosenfeld J A, Everett K. Lifetime patterns of contraception and their relationship to unintended pregnancies. *J Fam Pract* 2000; (49): 823-828.
35. Sable M R, Spencer J C, Stockbauer J W, Schramm W F, Howell V, Herman A A. Pregnancy wantedness and adverse pregnancy outcomes: differences by race and Medicaid status. *Fam Plann Perspect* 1997; (29): 76-81.
36. Skjeldestad F E. The decision-making process and information needs among women seeking abortion. Results from 2 studies conducted with a 10-year interval, 1983-93. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1994; (114): 2276-2279.
37. Smith J S, Green J, Berrington d G, Appleby P, Peto J, et al. Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review. *Lancet* 2003; (361): 1159-1167.
38. Sulak P J, Haney A F. Unwanted pregnancies: understanding contraceptive use and benefits in adolescents and older women. *Am J Obstet Gynecol* 1993; (168): 2042-2048.
39. Trussell J, Vaughan B. Contraceptive failure, method-related discontinuation and resumption of use: results from the 1995 National Survey of Family Growth. *Fam Plann Perspect* 1999; (31): 64-72, 93.
40. Trussell J, Vaughan B, Stanford J. Are all contraceptive failures unintended pregnancies? Evidence from the 1995 National Survey of Family Growth. *Fam Plann Perspect* 1999; (31): 246-7, 260.

41. Wikman M, Jacobsson L, Joelsson I, von Schoultz B. Ambivalence towards parenthood among pregnant women and their men. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993; (72): 619-626.
42. Williams L, Abma J, Piccinino L J. The correspondence between intention to avoid childbearing and subsequent fertility: a prospective analysis. *Fam Plann Perspect* 1999; (31): 220-227.
43. Williams S P, Frank M L, Ilegbodu A, Sangi-Haghpeykar H, Corboy J E, Poindexter A N. Factors associated with unintended pregnancy. *Adv Contracept* 1997; (13): 429-438.
44. Zabin L S, Hirsch M B, Emerson M R. When urban adolescents choose abortion: effects on education, psychological status and subsequent pregnancy. *Fam Plann Perspect* 1989; (21): 248-255.
45. Zabin L S, Huggins G R, Emerson M R, Cullins V E. Partner effects on a woman's intention to conceive: 'not with this partner'. *Fam Plann Perspect* 2000; (32): 39-45.

6 Lebenslauf

NAME Claudia Langenberg

GEBURTSTAG UND ORT 8 April 1972, München

ADRESSE 22 Glyn Road, E5 0JD London, United Kingdom

AUSBILDUNG UND ABSCHLÜSSE

2003 MSc (Epidemiology), London School of Hygiene and Tropical Medicine, UK
2000 Approbation, Bezirksregierung Münster
1998 Ärztliche Prüfung, Westfälische Wilhelms-Universität Münster (WWU)
1996 Zwischenprüfung M.A. Soziologie und Politik, WWU Münster
1991 Abitur, Gymnasium Arnoldinum Steinfurt

BERUFLICHER WERDEGANG

Seit 2003 Clinical Research Fellow, Department of Epidemiology and Public Health, Royal Free and University College London Medical School
2000-03 Research Fellow, MRC National Survey of Health and Development, Department of Epidemiology and Public Health, Royal Free and University College London Medical School
2000 Assistenzärztin, Institut für Sozialmedizin der Medizinischen Universität Lübeck
1998-00 Ärztin im Praktikum, Universitätsklinikum der Medizinischen Universität Lübeck, Abteilung für Innere Medizin und Institut für Sozialmedizin

AUSZEICHNUNGEN UND PREISE

2003 London School of Hygiene and Tropical Medicine - Nand Lal Bajaj and Savitri Devi Prize for the best MSc dissertation
2003 British Medical Research Council - Special Research Training Fellowship in Health Services and Health of the Public Research (bis 2007)
1997 Scholarship for the International Academic Exchange, Bad Honnef/ Paris

PUBLIKATIONEN (PEER REVIEWED JOURNALS)

Kuh D, Hardy R, **Langenberg** C, Richards M, Wadsworth ME. Mortality in adults aged 26-54 years related to socioeconomic conditions in childhood and adulthood: post war birth cohort study. *BMJ*. 2002; 325: 1076-80.

Langenberg C, Hardy R, Kuh D, Wadsworth ME. Influence of height, leg and trunk length on pulse pressure, systolic and diastolic blood pressure. *J Hypertens*. 2003; 21: 537-43.

Langenberg C, Marmot M. Commentary: Disentangling the association between short height and cardiovascular risk--genes or environment? *Int J Epidemiol.* 2003; 32: 614-6.

Wadsworth ME, Butterworth SL, Hardy RJ, Kuh DJ, Richards M, **Langenberg C**, Hilder WS, Connor M. The life course prospective design: an example of benefits and problems associated with study longevity. *Soc Sci Med.* 2003; 57: 2193-205.

Hardy R, Kuh D, **Langenberg C**, Wadsworth ME. Birthweight, childhood social class, and change in adult blood pressure in the 1946 British birth cohort. *Lancet.* 2003; 362: 1178-83.

Langenberg C, Hardy R, Kuh D, Brunner E, Wadsworth M. Central and total obesity in middle aged men and women in relation to lifetime socioeconomic status: evidence from a national birth cohort. *J Epidemiol Community Health.* 2003; 57: 816-22.

Hardy R, **Langenberg C**. Commentary: The association between height growth and cholesterol levels during puberty: implications for adult health. *Int J Epidemiol.* 2003; 32: 1110-1.

Skidmore PM, Hardy RJ, Kuh DJ, **Langenberg C**, Wadsworth ME. Birth Weight and Lipids in a National Birth Cohort Study. *Arterioscler Thromb Vasc Biol.* 2004.

Hardy R, Wadsworth MEJ, **Langenberg C**, Kuh D. Birth weight, childhood growth and blood pressure at 43 years in a British birth cohort. *Int J Epidemiol.* 2004; 33: 121-129.

UNDER REVIEW

Kuh D, **Langenberg C**, Hardy R, Kok H, Cooper R, Wadsworth ME. Cardiovascular risk at age 53 years in relation to the menopause transition and use of hormone replacement therapy: a prospective British birth cohort study.

Langenberg C, Kuh D, Hardy R, Brunner E, Wadsworth ME. Social circumstances or education? Life course origins of social inequalities in metabolic risk in men and women of a prospective national birth cohort.

Langenberg C, Hardy R, Breeze E, Kuh D, Wadsworth ME. Influence of short stature on the change in pulse pressure, systolic and diastolic blood pressure from age 36 to 53 years: an analysis using multilevel models.

Langenberg C, Shipley MJ, Batty GD, Marmot MG. Death from coronary heart disease – interaction of early and later life social conditions.

PUBLICATIONEN (INDEXED IN MEDLINE)

Raspe H, **Langenberg C**. Final and causal foundations of medical practice - two achievements of evidence-based medicine. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich.* 1999; 93(4):272. German.

Langenberg C. Bone and Joint Decade 2000-2010 - prevention and treatment of musculoskeletal diseases. *Gesundheitswesen.* 1999; 61(8-9):430. German.

Langenberg C. Clinical action - the link between clinical evaluative research and medical practice. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich.* 2000; 94:10. German.

Langenberg C. German League of the Bone and Joint Decade 2000-2010 - for prevention and therapy of diseases and injuries of the skeletal and locomotor system. *Gesundheitswesen.* 2000; 62:553. German.

BUCHKAPITEL

Langenberg C, Lüthmann D. "Kontakte und Adressen, weiterführende Literatur zu EbM." Textbuch Evidenzbasierte Medizin. Deutscher Ärzteverlag Köln, 2000.

PRÄSENTATIONEN UND ABSTRACTS

- 2004 "Stunted and stiff: a contribution to social differences in coronary risk?" Invited Lecture. Department of Social Medicine, University of Bristol.
- 2002 "Influence of height, leg and trunk length on pulse pressure". Annual Scientific Meeting of the Society for Social Medicine, Liverpool (J Epidemiol Community Health Suppl. 2002).
- 2000 "Fortbildungsangebote in Evidenzbasierter Medizin: Fragen und offene Wünsche". Plenarvortrag 2. Symposium Evidenzbasierte Medizin, Berlin.
Workshop "Evidenzbasierte Medizin in der studentischen Ausbildung". 2. Symposium Evidenzbasierte Medizin, Berlin (Z Arztl Fortbild Qualitätssich. 2001/4).
"Zielgruppenorientierte Entwicklung curricularer Ausbildungsangebote in "Evidenzbasierter Medizin". Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention, Berlin (Gesundheitswesen, 2000/62).

7 Anhang

7.1 Zusätzliche Tabellen

Tabelle 53 (A14): Berufe der Eltern (absolute Häufigkeiten)

| Beruf des Vaters? (n=34) | Beruf der Mutter? (n=32) |
|---------------------------------|---------------------------------|
| Verstorben oder Rentner (3) | Hausfrau (9) |
| Arbeiter (2) | Lehrerin (6) |
| Physiker (2) | Verkäuferin (2) |
| Arzt (2) | Verstorben oder Rentnerin (2) |
| LKW-Fahrer (2) | Krankenschwester (1) |
| Polizeibeamter (2) | Zahnärztin (1) |
| Kaufmännischer Angestellter (2) | Hilfe im Familienbetrieb (1) |
| Lehrer (2) | Arzthelferin (1) |
| Heizungsmonteur (1) | Ärztin (1) |
| Bergmann (1) | Einzelhandelskauffrau (1) |
| Gastwirt (1) | Kauffrau (1) |
| Dachdecker (1) | Kaufmännische Angestellte (1) |
| Landschaftsgärtner (1) | Bankkauffrau (1) |
| Dreher (1) | Gastwirt (1) |
| Monteur (1) | Sekretärin (1) |
| Maler (1) | Supervisorin (1) |
| Facharbeiter (1) | Haushaltshilfe (1) |
| Versicherung (1) | |
| Selbständig (Kleinbetrieb) (1) | |
| Keiner (1) | |
| Ingenieur (1) | |
| Pädagoge (1) | |
| Physiotherapeut (1) | |
| Pfarrer (1) | |

Tabelle 54 (C2): Wieweit spielen die folgenden Kriterien bei ihrer persönlichen Verhütung eine Rolle?

| N=37 | Häufigkeiten % | | | | | Verteilung | |
|--|----------------|-------|--------|-------|------------|------------------|-----------|
| | gar nicht | wenig | Mittel | stark | sehr stark | Mittelwert* (SE) | Missing % |
| Verhütungskriterium | | | | | | | |
| Geringe Nebenwirkungen | 8.1 | 5.4 | 13.5 | 24.3 | 48.6 | 4.00 (0.21) | 0 |
| Sicherheit, jetzt nicht schwanger zu werden | 0 | 5.4 | 8.1 | 29.7 | 54.1 | 4.36 (0.14) | 2.7 |
| Kein Risiko für spätere Schwangerschaften | 8.1 | 5.4 | 16.2 | 27.0 | 43.2 | 3.92 (0.21) | 0 |
| Seelisches Gleichgewicht | 8.1 | 2.7 | 29.7 | 18.9 | 40.5 | 3.81 (0.20) | 0 |
| Verfügbarkeit, Aufwand zur Beschaffung | 10.8 | 16.2 | 29.7 | 27.0 | 16.2 | 3.22 (0.20) | 0 |
| Geringe/ keine Kosten | 8.1 | 37.8 | 32.4 | 18.9 | 2.7 | 2.70 (0.16) | 0 |
| Billigung durch den Partner | 18.9 | 27.0 | 24.3 | 24.3 | 5.4 | 2.70 (0.20) | 0 |
| Beeinträchtigung der eigenen Sexualität | 8.1 | 2.7 | 40.5 | 18.9 | 29.7 | 3.59 (0.20) | 0 |
| Beeinträchtigung der Sexualität des Partners | 13.5 | 8.1 | 32.4 | 21.6 | 24.3 | 3.35 (0.22) | 0 |
| Anwendungsfreundlichkeit | 2.7 | 2.7 | 29.7 | 21.6 | 43.2 | 4.00 (0.17) | 0 |
| Schamgefühl | 37.8 | 24.3 | 24.3 | 8.1 | 5.4 | 2.19 (0.20) | 0 |
| Moralvorstellungen, Grundsätze der Kirche | 89.2 | 8.1 | 2.7 | 0 | 0 | 1.14 (0.07) | 0 |
| Billigung durch den Freundeskreis | 73.0 | 21.6 | 5.4 | 0 | 0 | 1,32 (0.10) | 0 |

* 5-er Skala von 1=gar nicht bis 5=sehr stark

SE (Standard Error) = Standardfehler des Mittelwertes

Tabelle 55 (C3): Wie schätzen Sie die angegebenen Verhütungsmethoden bezüglich ihrer Nebenwirkungen und Sicherheit ein?

| N=37 | Häufigkeiten % | | | | | Verteilung Mittelwert* (SE) | Missing % |
|----------------------------|----------------|-------|--------|-------|------------|--------------------------------|-----------|
| | gar nicht | wenig | mittel | stark | sehr stark | | |
| Nebenwirkungen | | | | | | | |
| Pille | 10.8 | 16.2 | 24.3 | 21.6 | 24.3 | 3.33 (0.22) | 2.7 |
| Kondome | 62.2 | 18.9 | 5.4 | 5.4 | 0 | 1.50 (0.15) | 8.1 |
| Spirale | 2.7 | 21.6 | 35.1 | 24.3 | 2.7 | 3.03 (0.16) | 13.5 |
| Diaphragma | 45.9 | 24.3 | 8.1 | 2.7 | 0 | 1.60 (0.15) | 18.9 |
| Periodische Enthaltbarkeit | 75.7 | 10.8 | 5.4 | 0 | 0 | 1.24 (0.10) | 8.1 |
| Spermizide | 8.1 | 18.9 | 51.4 | 8.1 | 2.7 | 2.76 (0.15) | 10.8 |
| Sicherheit | | | | | | | |
| Pille | 2.7 | 0 | 8.1 | 35.1 | 51.4 | 4.36 (0.14) | 2.7 |
| Kondome | 2.7 | 5.4 | 45.9 | 32.4 | 5.4 | 3.35 (0.14) | 8.1 |
| Spirale | 0 | 0 | 18.9 | 59.5 | 8.1 | 3.88 (0.10) | 13.5 |
| Diaphragma | 0 | 13.5 | 35.1 | 27.0 | 5.4 | 3.30 (0.15) | 18.9 |
| Periodische Enthaltbarkeit | 18.9 | 32.4 | 37.8 | 2.7 | 0 | 2.26 (0.14) | 8.1 |
| Spermizide | 0 | 21.6 | 64.9 | 2.7 | | 2.79 (0.08) | 10.8 |

* 5-er Skala von 1=gar nicht bis 5=sehr stark

SE (Standard Error) = Standardfehler des Mittelwertes

Tabelle 56 (C4): Wie bewerten Sie Ihre Kenntnisse bezüglich der folgenden Aspekte?

| N=37 | Häufigkeiten % | | | | | Verteilung | |
|------------------------------|----------------|-------|--------|-------|------------|------------------|-----------|
| | gar keine | wenig | mittel | stark | sehr stark | Mittelwert* (SE) | Missing % |
| Subjektive Kenntnisse | | | | | | | |
| Verhütungsmethoden | 0 | 2.7 | 21.6 | 48.6 | 18.9 | 3.91 (0.13) | 8.1 |
| Körper | 0 | 2.7 | 18.9 | 54.9 | 24.3 | 4.00 (0.13) | 8.1 |
| Befruchtung | 0 | 0 | 10.8 | 48.6 | 32.4 | 4.24 (0.11) | 8.1 |
| Entwicklung des Kindes | 0 | 2.7 | 10.8 | 51.4 | 27.0 | 4.12 (0.13) | 8.1 |

* 5-er Skala von 1=gar keine bis 5=sehr stark

SE (Standard Error) = Standardfehler des Mittelwertes

Tabelle 57 (C5): Alter/ Umstände der Aufklärung (absolute Häufigkeiten)

| Durch wen und zu welchem Zeitpunkt wurden Sie aufgeklärt? (n=32) |
|--|
| Schule/ Schulunterricht (5) |
| Vor allem Schule im vierten Schuljahr (1) |
| Vom Gynäkologen 1980 (1) |
| Durch meine Eltern wo ich meine erste Regel bekam, ca. 13 Jahre (1) |
| 10 Jahre, Eltern (1) |
| Mutter 11 Jahre, Schule 13 Jahre (1) |
| Als junges Mädchen von meiner Mutter (1) |
| Mit 12 von meiner Mutter (1) |
| Durch niemanden (1) |
| Freundinnen und Zeitschrift BRAVO (mit 13/14 Jahren, durch den Schulunterricht mit 15 Jahren) (1) |
| Eltern, dann Biologieunterricht (1) |
| Während der ganzen Kindheit durch Mutter (bei Fragen) (1) |
| Mutter im Grundschulalter ca. 6 Jahre (1) |
| Mit 14/15 durch Freunde und meine Ärztin (1) |
| Mutter, ca. 13 Jahre (1) |
| Mit 6 Jahren, durch Eltern, Literatur, Arzt, Freundeskreis (1) |
| Bin nie aufgeklärt worden (1) |
| Schule, teilweise auch Freundinnen (1) |
| Nach und nach etwa in der dritten/vierten Klasse beginnend durch Eltern, Schule, Freunde, Bücher (1) |
| Mit ca. 12 Jahren durch Mutter, Einzelheiten mehr durch Freunde (1) |
| Lehrer, Pubertät und Broschüren (1) |
| Eltern, Zeitschriften, Lehrer, Partner, selber (1) |
| Zwischen 13. und 15. Lebensjahr Freundinnen und Zeitschriften (1) |
| Im Sexualkundeunterricht 4-5-6-Schuljahr (Lehrer) (1) |
| Durch meine Eltern (1) |
| Eltern, ab dem 6. Lebensjahr (1) |
| Durch meine Eltern, Schule, Freundeskreis (1) |
| Schule, Freunde, keine genaue Erinnerung (1) |

Tabelle 58 (C12): Wie gut fühlen Sie sich über den Themenkomplex Abtreibung informiert?

| N=37 | Häufigkeiten % | | | | | Verteilung | |
|---|----------------|-------|--------|-------|------------|------------------|-----------|
| | gar nicht | wenig | mittel | stark | sehr stark | Mittelwert* (SE) | Missing % |
| Informationsstand bezüglich Abtreibung | | | | | | | |
| Generell | 2.7 | 13.5 | 27.0 | 24.3 | 21.6 | 3.55 (0.20) | 10.8 |
| Gesundheitliche Risiken | 2.7 | 18.9 | 27.0 | 24.3 | 27.0 | 3.54 (0.19) | 0 |
| Allgemeine Rechtslage | 2.7 | 10.8 | 37.8 | 21.6 | 27.0 | 3.59 (0.18) | 0 |
| Strafrecht | 8.1 | 32.4 | 24.3 | 13.5 | 21.6 | 3.08 (0.21) | 0 |
| Kostenerstattung | 10.8 | 18.9 | 24.3 | 27.0 | 18.9 | 3.24 (0.21) | 0 |
| Indikationen | 10.8 | 10.8 | 24.3 | 24.3 | 29.7 | 3.51 (0.22) | 0 |

*5-er Skala von 1=gar nicht bis 5=sehr stark

SE (Standard Error) = Standardfehler des Mittelwertes

Tabelle 59 (C17): Wieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

| N=37 | Häufigkeiten % | | | | | Verteilung | |
|--|----------------|-------|--------|-------|------------|------------------|-----------|
| | gar nicht | wenig | mittel | stark | sehr stark | Mittelwert* (SE) | Missing % |
| Zustimmung zu folgenden Aussagen | | | | | | | |
| „Verhütung ist Frauensache“ | 54.1 | 16.2 | 18.9 | 2.7 | 8.1 | 1.95 (0.21) | 0 |
| „Verhütung ist Männersache“ | 64.9 | 16.2 | 18.9 | 0 | 0 | 1.54 (0.13) | 0 |
| „Abtreibung ist Mord“ | 59.5 | 24.3 | 8.1 | 5.4 | 2.7 | 1.68 (0.17) | 0 |
| „Mein Bauch gehört mir“ | 18.9 | 10.8 | 18.9 | 21.6 | 29.7 | 3.32 (0.25) | 0 |
| „Abtreibung ist eine Form der Verhütung“ | 91.9 | 2.7 | 5.4 | 0 | 0 | 1.14 (0.08) | 0 |

* 5-er Skala von 1=gar nicht bis 5=sehr stark

SE (Standard Error) = Standardfehler des Mittelwertes

Tabelle 60 (D3/ D5): Rolle der Ärztin/ des Arztes

| N=37 | Häufigkeiten % | | | | | Verteilung | |
|--|----------------|-------|--------|-------|------------|------------------|-----------|
| | gar nicht | wenig | mittel | stark | sehr stark | Mittelwert* (SE) | Missing % |
| Beratung bezüglich Verhütung | | | | | | | |
| Nebenwirkungen | 8.1 | 27.0 | 21.6 | 35.1 | 8.1 | 3.08 (0.19) | 0 |
| Sicherheit | 2.7 | 10.8 | 27.0 | 45.9 | 13.5 | 3.57 (0.16) | 0 |
| Alternativen | 18.9 | 18.9 | 29.7 | 27.0 | 5.4 | 2.81 (0.20) | 0 |
| Funktionen der Ärztin/ des Arztes | | | | | | | |
| Beratung | 5.4 | 13.5 | 21.6 | 37.8 | 18.9 | 3.53 (0.19) | 2.7 |
| Klärung von Fragen | 5.4 | 13.5 | 18.9 | 40.5 | 18.9 | 3.56 (0.19) | 2.7 |
| Vertrauensperson | 10.8 | 18.9 | 18.9 | 27.0 | 21.6 | 3.31 (0.22) | 2.7 |

* 5-er Skala von 1=gar nicht bis 5=sehr stark

SE (Standard Error) = Standardfehler des Mittelwertes

Tabelle 61 (E7): Reaktion des Umfeldes auf die Schwangerschaft

| N=37 Reaktion auf die Schwangerschaft | Häufigkeiten % | | | | | | Verteilung Mittelwert* (SE) | Missing % |
|---|-----------------------|---------|--------|---------|--------------|------------------|--|--------------|
| | sehr negativ | negativ | mittel | positiv | sehr positiv | nicht informiert | | |
| Partner | 13.5 | 21.6 | 16.2 | 21.6 | 13.5 | 8.1 | 3.00 (0.24) | 5.4 |
| Eltern | 5.4 | 13.5 | 5.4 | 18.9 | 10.8 | 37.8 | 3.30 (0.30) | 8.1 |
| Geschwister | 5.4 | 2.7 | 16.2 | 18.9 | 16.2 | 35.1 | 3.64 (0.26) | 5.4 |
| Arbeitsstelle | 5.4 | 8.1 | 13.5 | 21.6 | 0 | 43.2 | 3.06 (0.25) | 8.1 |
| Vermieter | 5.4 | 0 | 10.8 | 5.4 | 0 | 67.6 | 2.75 (0.20) | 10.8 |
| Ärztin/ Arzt | 5.4 | 5.4 | 32.4 | 21.6 | 18.9 | 10.8 | 3.52 (0.20) | 5.4 |
| Freundeskreis | 2.7 | 5.4 | 21.6 | 29.7 | 13.5 | 21.6 | 3.63 (0.19) | 5.4 |

*5-er Skala von 1=sehr negativ bis 5=sehr positiv

SE (Standard Error) = Standardfehler des Mittelwertes

Tabelle 62 (E10): Sorgen der Schwangeren

| N=37 | Häufigkeiten % | | | | | Verteilung Mittelwert* (SE) | Missing % |
|---------------------------------------|----------------|-------|--------|-------|------------|-----------------------------------|-----------|
| | gar nicht | wenig | mittel | stark | sehr stark | | |
| Vorgegebene Kategorien | | | | | | | |
| Sorge um die finanzielle Situation | 29.7 | 5.4 | 18.9 | 32.4 | 10.8 | 2.89 (0.24) | 2.7 |
| Sorge um die Ausbildung/ das Studium | 37.8 | 5.4 | 13.5 | 16.2 | 13.5 | 2.56 (0.28) | 13.5 |
| Sorge um die berufliche Situation | 24.3 | 10.8 | 18.9 | 21.6 | 18.9 | 3.00 (0.25) | 5.4 |
| Sorge um die Reaktion des Partners | 37.8 | 16.2 | 10.8 | 18.9 | 13.5 | 2.53 (0.25) | 2.7 |
| Sorge um die Stabilität der Beziehung | 40.5 | 13.5 | 16.2 | 10.8 | 16.2 | 2.47 (0.26) | 2.7 |
| Sorge um die Wohnsituation | 35.1 | 13.5 | 21.6 | 10.8 | 16.2 | 2.58 (0.25) | 2.7 |
| Sorge um die eigene Gesundheit | 43.2 | 18.9 | 21.6 | 5.4 | 8.1 | 2.14 (0.22) | 2.7 |
| Frage, ob Abtreibung oder nicht | 54.1 | 5.4 | 16.2 | 5.4 | 16.2 | 2.22 (0.26) | 2.7 |

*5-er Skala von 1=gar nicht bis 5=sehr stark

SE (Standard Error) = Standardfehler des Mittelwertes

Tabelle 63 (E13): Informationsstand bezüglich staatlicher Unterstützung

| N=37 | Häufigkeiten % | | | | | Verteilung | |
|-------------------------------------|----------------|-------|--------|-------|------------|------------------|-----------|
| | gar nicht | wenig | mittel | stark | sehr stark | Mittelwert* (SE) | Missing % |
| Unterstützungsmaßnahme | | | | | | | |
| Arbeits-/ Ausbildungssituation | 18.9 | 29.7 | 27.0 | 13.5 | 8.1 | 2.61 (0.20) | 2.7 |
| Finanzielle Unterstützungsmaßnahmen | 13.5 | 35.1 | 18.9 | 21.6 | 8.1 | 2.75 (0.20) | 2.7 |
| Soziale Unterstützungsmaßnahmen | 16.2 | 37.8 | 16.2 | 16.2 | 8.1 | 2.60 (0.21) | 5.4 |
| Wohnsituation | 18.9 | 35.1 | 21.6 | 13.5 | 8.1 | 2.56 (0.20) | 2.7 |

* 5-er Skala von 1=gar nicht bis 5=sehr stark

SE (Standard Error) = Standardfehler des Mittelwertes

Tabelle 64 (E22): Wie schätzen Sie Ihre Eltern bezüglich der folgenden Bereiche ein?

| N=37 | Häufigkeiten % | | | | Verteilung | | |
|--|----------------|---------|--------|---------|--------------|------------------|-----------|
| | sehr negativ | negativ | mittel | positiv | sehr positiv | Mittelwert* (SE) | Missing % |
| Einschätzung der Eltern | | | | | | | |
| Beziehung zu Ihnen | 5.4 | 5.4 | 2.7 | 48.6 | 27.0 | 3.97 (0.19) | 10.8 |
| Beratungsfunktion | 8.1 | 10.8 | 35.1 | 32.4 | 2.7 | 3.12 (0.17) | 10.8 |
| Einstellung zu Kindern | 0 | 2.7 | 2.7 | 51.4 | 32.4 | 4.27 (0.12) | 10.8 |
| Einstellung zur Kirche | 8.1 | 13.5 | 29.7 | 21.6 | 16.2 | 3.27 (0.21) | 10.8 |
| Einstellung zu Schwangerschaftsverhütung | 0 | 0 | 27.0 | 40.5 | 18.9 | 3.91 (0.13) | 10.8 |
| Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch | 21.6 | 35.1 | 24.3 | 5.4 | 2.7 | 2.24 (0.17) | 10.8 |
| Einstellung zu Sexualität | 2.7 | 13.5 | 43.2 | 21.6 | 8.1 | 3.21 (0.16) | 10.8 |
| Einstellung zu Ihrer Schwangerschaft | 8.1 | 10.8 | 21.6 | 32.4 | 8.1 | 3.27 (0.21) | 10.8 |

*5-er Skala von 1=sehr negativ bis 5=sehr positiv

SE (Standard Error) = Standardfehler des Mittelwertes

Tabelle 65 (E27): Wie schätzen Sie Ihren Partner bezüglich der folgenden Bereiche ein?

| N=37 | Häufigkeiten % | | | | Verteilung | | |
|--|----------------|---------|--------|---------|--------------|------------------|-----------|
| | sehr negativ | negativ | mittel | positiv | sehr positiv | Mittelwert* (SE) | Missing % |
| Einschätzung des Partners | | | | | | | |
| Beziehung zu Ihnen | 2.7 | 2.7 | 0 | 29.7 | 32.4 | 4.28 (0.20) | 32,4 |
| Beratungsfunktion | 5.4 | 0 | 10.8 | 43.2 | 8.1 | 3.72 (0.20) | 32.4 |
| Einstellung zu Kindern | 8.1 | 0 | 10.8 | 24.3 | 24.3 | 3.84 (0.26) | 32.4 |
| Einstellung zur Kirche | 10.8 | 29.7 | 18.9 | 8.1 | 0 | 2.36 (0.18) | 32.4 |
| Einstellung zu Schwangerschaftsverhütung | 2.7 | 0 | 13.5 | 29.7 | 21.6 | 4.00 (0.19) | 32.4 |
| Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch | 8.1 | 8.1 | 29.7 | 10.8 | 10.8 | 3.12 (0.24) | 32.4 |
| Einstellung zu Sexualität | 2.7 | 0 | 2.7 | 37.8 | 24.3 | 4.20 (0.17) | 32.4 |
| Einstellung zu Ihrer Schwangerschaft | 8.1 | 13.5 | 13.5 | 24.3 | 8.1 | 3.16 (0.25) | 32.4 |

*5-er Skala von 1=sehr negativ bis 5=sehr positiv

SE (Standard Error) = Standardfehler des Mittelwertes

Tabelle 66 (E33): Wie schätzen Sie Ihren Freundeskreis bezüglich der folgenden Bereiche ein?

| N=37 | Häufigkeiten % | | | | | Verteilung Mittelwert* (SE) | Missing % |
|--|-----------------|---------|--------|---------|-----------------|-----------------------------------|-----------|
| | sehr negativ | negativ | mittel | positiv | sehr positiv | | |
| Einschätzung des Freundeskreises | | | | | | | |
| Beziehung zu Ihnen | 0 | 0 | 2.7 | 59.5 | 35.1 | 4.33 (0.09) | 2.7 |
| Beratungsfunktion | 0 | 2.7 | 8.1 | 75.7 | 10.8 | 3.97 (0.09) | 2.7 |
| Einstellung zu Kindern | 0 | 0 | 16.2 | 51.4 | 29.7 | 4.14 (0.11) | 2.7 |
| Einstellung zur Kirche | 10.8 | 21.6 | 59.5 | 5.4 | 0 | 2.61 (0.13) | 2.7 |
| Einstellung zu Verhütung | 0 | 0 | 16.2 | 51.4 | 29.7 | 4.14 (0.11) | 2.7 |
| Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch | 5.4 | 13.5 | 51.4 | 21.6 | 5.4 | 3.08 (0.15) | 2.7 |
| Einstellung zu Sexualität | 0 | 0 | 10.8 | 73.0 | 13.5 | 4.03 (0.08) | 2.7 |
| Einstellung zu Ihrer Schwangerschaft | 2.7 | 13.5 | 27.0 | 40.5 | 10.8 | 3.67 (0.26) | 2.7 |

* 5-er Skala von 1=sehr negativ bis 5=sehr positiv

SE (Standard Error) = Standardfehler des Mittelwertes

7.2 Fragebogen



Institut für Medizinische Psychologie
DIREKTOR: UNIV.-PROF. DR. MED. DR. PHIL. F. A. MUTHNY

Zur Situation ungeplant schwangerer Frauen - eine wissenschaftliche Untersuchung der Universität Münster

Das Ziel des vorliegenden Fragebogens ist es, die Situation von Frauen, die ungeplant schwanger geworden sind, einschätzen zu lernen, um daraus ein neues Verständnis und Ansätze für eine bessere Beratung und Betreuung erarbeiten zu können. Dabei sind wir auf Ihre Erfahrungen in diesem sehr persönlichen Bereich angewiesen und hoffen daher auf Ihre Mitarbeit. Alle Informationen werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt, Ihre Anonymität wird gewahrt, die Erfordernisse des Datenschutzes werden strikt erfüllt.

Vielleicht werden auch Punkte, die Ihnen wichtig erscheinen, nicht angesprochen oder Sie haben das Bedürfnis, weitere Erlebnisse und Erfahrungen mitzuteilen. Es würde uns freuen, wenn Sie dies auf einem gesonderten Blatt vermerken und wir sichern Ihnen zu, auch diesen Teil in die Auswertung einzubeziehen.

Daher wendet sich dieser Fragebogen an Frauen, **die zur Zeit ungeplant schwanger sind.**

Bitte füllen Sie den Bogen zügig, aber möglichst vollständig aus und geben Sie ihn im verschlossenen Umschlag an die Interviewerin bzw. ihre Beratungsstelle zurück.

Bitte bedenken Sie, daß die Untersuchung **anonym** ausgewertet wird und daß Sie mit Ihrer Teilnahme wesentlich mithelfen, die Situation von ungeplant schwangeren Frauen zu verbessern.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Zunächst bitten wir Sie für die statistische Auswertung um einige Angaben zu Ihrer Person, die wir streng vertraulich behandeln.

- A1) Alter: _____ Jahre A2) Nationalität: _____ A3) Konfession: _____
- A4) Sind Sie verheiratet? Ja Nein
 Falls Ja, ist Ihre Schwangerschaft in dieser Ehe entstanden? Ja Nein
- A5) Haben Sie bereits Kinder? Ja Nein *Falls Ja*, wieviele? _____
- A6) Wie leben Sie zur Zeit? allein mit meinem Partner
 bei meinen Eltern mit anderen Personen
- A7) Haben Sie einen Schulabschluß? Ja Nein
 ich befinde mich noch in der Schulausbildung
Falls Ja, welchen Abschluß haben Sie gemacht?
 Hauptschule Mittlere Reife
 Abitur Hochschulabschluß/Fachhochschulabschluß
- A8) Wieviele Schuljahre haben Sie insgesamt verbracht? _____ Jahre
- A9) Wo leben Sie?
 Dorf Kleinstadt (unter 40 000 Einw.)
 Mittlere Stadt (bis 200 000 Einw.) Großstadt (über 200 000 Einw.)
- A10) Welche Stellung im Beruf/in der Ausbildung haben Sie derzeit?
 Auszubildende Studentin Schülerin
 erwerbstätig Mutterschutz Hausfrau
 arbeitslos, seit _____
- A11) Welche Tätigkeit üben Sie zur Zeit aus? Wieweit trifft das Folgende auf Sie zu?
 an-/ungelernte Arbeiterin Facharbeiterin Meisterin/Vorarbeiterin
 Beamtin oder Angestellte selbständig Familienbetrieb (Mitarbeit)
 Hausfrau Stud./Schülerin/Auszubildende
- A12) Welchen Beruf haben Sie erlernt bzw. erlernen Sie? _____
- A13) Wie finanzieren Sie überwiegend Ihren Lebensunterhalt? _____
- A14) Was ist der Beruf Ihrer Mutter und Ihres Vaters? _____
- A15) Welcher politischen Partei stehen Sie am nächsten? _____
- A16) Würden Sie sich als "politisch aktiv" bezeichnen?
 gar nicht wenig mittel stark sehr stark
- A17) Welche Rolle spielen Religion und Glaube in Ihrem Leben?
 keine sehr gering mittel groß sehr groß
- A18) Welche Rolle spielt die Kirche in Ihrem Leben?
 keine sehr gering mittel groß sehr groß

B. Erfahrungen mit ungeplanter Schwangerschaft:

- B1) Sind Sie zur Zeit schwanger? Ja Nein
- B2) Aus welcher Verbindung heraus ist Ihre Schwangerschaft entstanden?
 Ehe dauerhafte Beziehung neuere Beziehung
 flüchtige Bekanntschaft bereits gebundener Partner

B3) Wie viele Sexualpartner hatten Sie in den vergangenen zwölf Monaten? _____

B4) Wieviele feste Beziehungen hatten Sie bisher (ohne die derzeitige)? _____

- B5) Waren Sie zuvor einmal ungeplant schwanger? Ja Nein
Falls Nein, bitte weiter bei Frage B7)

B6) Falls Ja, wie häufig waren Sie insgesamt schwanger? _____

Gab es auch geplante Schwangerschaften? Ja Nein

Falls Ja, wie viele waren es? _____

Wie lange liegt der Zeitpunkt Ihrer letzten ungeplanten Schwangerschaft zurück? _____

Haben Sie bereits eine Abtreibung durchführen lassen? Ja Nein

Falls Ja, wie häufig war das schon der Fall? _____

- B7) Haben Sie versucht, Ihre jetzige Schwangerschaft zu verhüten? Ja Nein
Falls Ja, bitte weiter bei Frage B9)

B8) Falls Nein:

Haben Sie zu einem früheren Zeitpunkt Verhütungsmethoden angewendet?
 Ja Nein

Falls Ja:

Um welche Methoden handelte es sich? (*mehrere Angaben möglich*)

- Pille Spirale Kondom
 Diaphragma Schaum Coitus interruptus
 periodische Enthaltbarkeit Sonstiges:

Warum haben Sie aufgehört Verhütungsmethoden anzuwenden? *Bitte erläutern Sie kurz:*

Bitte weiter bei Frage B10)

B9) Falls Ja, d.h. falls sie versucht haben, Ihre Schwangerschaft zu verhüten:

Welche Methode(n) haben Sie verwendet? (*mehrere Angaben möglich*)

- Pille Spirale Kondom
 Diaphragma Schaum Coitus interruptus
 periodische Enthaltbarkeit Sonstiges:

Wie konsequent haben Sie Empfängnisverhütung betrieben?

- gar nicht konsequent wenig konsequent mittel
 konsequent ganz konsequent

Was vermuten Sie, warum sind Sie trotz Verhütung schwanger geworden?

(mehrere Angaben möglich)

- Anwendungsfehler unsichere Verhütungsmethode unzuverlässiger Partner
 keine Vermutung Sonstiges:

Haben Sie früher andere Methoden angewendet? Ja Nein

Falls Ja, um welche Methoden handelte es sich? *(mehrere Angaben möglich)*

- Pille Spirale Kondom
 Diaphragma Schaum Coitus interruptus
 periodische Enthaltbarkeit Sonstiges:

Warum haben Sie gewechselt? *(bitte kurz erläutern)*

Wie finanzieren Sie Ihre Verhütungsmittel?

- allein Partner gemeinsam
 Eltern keine Kosten Sonstiges:

Woher stammen die Informationen über Ihre verwendeten Verhütungsmethoden?

(mehrere Angaben möglich)

- Ärztin/Arzt Freundeskreis Partner
 Eltern LehrerInnen Zeitschriften/Bücher
 öffentliche Beratungsstellen Sonstiges:

Praktizieren Sie auch ungeschützten Verkehr?

- nie selten gelegentlich häufig sehr häufig

B10) Sind Sie bei Ihrer jetzigen Schwangerschaft ein Risiko eingegangen? Ja Nein

B11) Wieviele Schwangerschaftstests haben Sie bisher in Ihrem Leben durchgeführt bzw. durchführen lassen? _____

B12) Wieweit haben Sie die Art der Verhütung selbst bestimmt?

- gar nicht wenig mittel stark sehr stark

Wie sahen eventuelle Forderungen/Wünsche Ihrer Partner aus?

C. Einstellung gegenüber Empfängnisverhütung:

C1) Fühlen Sie sich über vorhandene Möglichkeiten der Empfängnisverhütung umfassend informiert?
o gar nicht o wenig o mittel o stark o sehr stark
Falls Nicht, bitte geben Sie an, worüber Sie mehr wissen wollen:

C2) Wieweit spielen die folgenden Kriterien bei Ihrer persönlichen Verhütung eine Rolle?

Bitte beantworten Sie die Frage auch, wenn Sie momentan nicht verhüten:

| | gar nicht | wenig | mittel | stark | sehr stark |
|---|-----------|-------|--------|-------|------------|
| Geringe Nebenwirkungen: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sicherheit, jetzt nicht schwanger zu werden: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Kein Risiko für spätere Schwangerschaften: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Seelisches Gleichgewicht: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Verfügbarkeit, Aufwand zur Beschaffung: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Geringe/keine Kosten: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Billigung durch den Partner: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Beeinträchtigung der eigenen Sexualität: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Beeinträchtigung der Sexualität des Partners: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Anwendungsfreundlichkeit: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Schamgefühl: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Moralvorstellungen, Grundsätze der Kirche: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Billigung durch den Freundeskreis: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

C3) Was sind aus Ihrer Sicht die Vorteile/Nachteile der angegebenen Verhütungsmethoden?
(bitte für alle Verhütungsmethoden angeben, auch wenn Sie diese nicht verwenden)

a. Verhütungsmethode: **Ovulationshemmer ("Pille")**

| | gar nicht | wenig | mittel | stark | sehr stark |
|------------------|-----------|-------|--------|-------|------------|
| Nebenwirkungen: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sicherheit: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Vorteile: _____ | | | | | |
| Nachteile: _____ | | | | | |

b. Verhütungsmethode: **Kondome**

| | gar nicht | wenig | mittel | stark | sehr stark |
|------------------|-----------|-------|--------|-------|------------|
| Nebenwirkungen: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sicherheit: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Vorteile: _____ | | | | | |
| Nachteile: _____ | | | | | |

c. Verhütungsmethode: **periodische Enthaltbarkeit (Temperaturmessung etc.)**

| | gar nicht | wenig | mittel | stark | sehr stark |
|------------------|-----------|-------|--------|-------|------------|
| Nebenwirkungen: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sicherheit: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Vorteile: _____ | | | | | |
| Nachteile: _____ | | | | | |

d. Verhütungsmethode: **Spermizide (Zäpfchen, Gel etc.)**

| | gar nicht | wenig | mittel | stark | sehr stark |
|------------------|-----------|-------|--------|-------|------------|
| Nebenwirkungen: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sicherheit: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Vorteile: _____ | | | | | |
| Nachteile: _____ | | | | | |

e. Verhütungsmethode: **Diaphragma**

| | gar nicht | wenig | mittel | stark | sehr stark |
|------------------|-----------|-------|--------|-------|------------|
| Nebenwirkungen: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sicherheit: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Vorteile: _____ | | | | | |
| Nachteile: _____ | | | | | |

f. Verhütungsmethode: **Spirale**

| | gar nicht | wenig | mittel | stark | sehr stark |
|------------------|-----------|-------|--------|-------|------------|
| Nebenwirkungen: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sicherheit: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Vorteile: _____ | | | | | |
| Nachteile: _____ | | | | | |

C4) Bitte bewerten Sie Ihre Kenntnisse bezüglich der folgenden Aspekte:

| | gar keine | wenig | mittel | gut | sehr gut |
|--|-----------|-------|--------|-----|----------|
| Funktionsweisen von Verhütungsmitteln: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Bau des menschlichen Körpers: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Vorgang der Befruchtung: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Entwicklung des Fötus/Embryos: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

C5) Durch wen und zu welchem Zeitpunkt wurden Sie aufgeklärt? *Bitte beschreiben Sie kurz:*

C6) Wurden Sie auch über Verhütungsmethoden aufgeklärt?

gar nicht wenig mittel stark sehr stark

C7) Welche Rolle spielt Sexualität in Ihrem Leben?

unwichtig wenig wichtig mittel wichtig wenig wichtig

C8) Wieweit sind Sie sexuell aktiv?

nicht aktiv wenig aktiv mittel aktiv sehr aktiv

C9) Wie häufig haben Sie durchschnittlich Geschlechtsverkehr pro Monat? _____

C10) Wie schätzen Sie generell Ihr eigenes sexuelles Lustempfinden ein?

sehr gering gering mittel stark sehr stark

C11) Woher stammen Ihre Informationen über Abtreibung in erster Linie? (*mehrere Angaben möglich*)

Ärztin/Arzt Zeitungen Fernsehen
 Eltern Freunde Beratungsstellen
 Sonstiges:

C12) Wie gut fühlen Sie sich über den Themenkomplex "Abtreibung" informiert?

| | gar nicht | wenig | mittel | stark | sehr stark |
|------------------|-----------|-------|--------|-------|------------|
| <u>Generell:</u> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Bezüglich der folgenden Aspekte:

| | | | | | |
|--------------------------|---|---|---|---|---|
| Gesundheitliche Risiken: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Allgemeine Rechtslage: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Strafrecht: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Kostenerstattung: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Indikationen: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

C13) Wie beurteilen Sie persönlich die jetzige Rechtslage zur Abtreibung?

sehr negativ negativ mittel positiv sehr positiv

C14) Wünschen Sie sich Veranstaltungen zu diesem Thema?

gar nicht wenig mittel stark sehr stark

C15) Kommt eine Abtreibung jetzt für Sie in Frage?

Ja Nein weiß ich nicht

C16) Ist die Entscheidung für oder gegen eine Abtreibung für Sie eine moralische Frage?

gar nicht wenig mittel stark sehr stark

C17) Wieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen mancher Frauen zu?

| | gar nicht | wenig | mittel | stark | sehr stark |
|---|-----------|-------|--------|-------|------------|
| „Verhütung ist Frauensache.“ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| „Verhütung ist Männersache.“ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| „Abtreibung ist Mord.“ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| „Mein Bauch gehört mir.“ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| „Abtreibung ist eine Form der Verhütung.“ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

C18) **Falls Sie noch keine Kinder haben**, wünschen Sie sich in Ihrem Leben irgendwann Kinder?

gar nicht wenig mittel stark sehr stark

C19) Verspüren Sie zur Zeit einen Kinderwunsch?

gar nicht wenig mittel stark sehr stark

C20) Bestand bei Ihnen zu einem früheren Zeitpunkt schon einmal ein Kinderwunsch?

gar nicht wenig mittel stark sehr stark

D.Gynäkologische Beratung und Behandlung:

D1) Wie waren die Umstände Ihres ersten Besuches bei einer Frauenärztin/einem Frauenarzt?
 o sehr schlecht o schlecht o mittel o gut o sehr gut

D2) Wie alt waren Sie zu dem Zeitpunkt? _____ Jahre

D3) Fühlen Sie sich durch Ihre Ärztin/Ihren Arzt bezüglich der folgenden Aspekte von Verhütung ausreichend beraten?

| | gar nicht | wenig | mittel | stark | sehr stark |
|-----------------|-----------|-------|--------|-------|------------|
| Nebenwirkungen: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sicherheit: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Alternativen: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

D4) Haben Sie Ihre Ärztin/Ihren Arzt häufiger gewechselt? o Ja o Nein
Falls Ja, wie häufig war das der Fall? _____

Gegebenenfalls bitte Gründe skizzieren:

D5) Welche Funktionen würden Sie Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt zusprechen?

| | gar nicht | wenig | mittel | stark | sehr stark |
|---------------------|-----------|-------|--------|-------|------------|
| Beratung: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Klärung von Fragen: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Vertrauensperson: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

D6) Gehen Sie zur frauenärztlichen Vorsorgeuntersuchung?

o nie o selten o regelmäßig o häufiger als notwendig

D7) Werden Sie durch Ihre Ärztin/Ihren Arzt an die Vorsorgeuntersuchung erinnert?

o nie o selten o regelmäßig

D8) Woher stammen Ihre Informationen über die Immunschwäche Aids in erster Linie?

(mehrere Angaben möglich)

o Ärztin/Arzt o Zeitungen o Fernsehen
 o Eltern o Freunde o Beratungsstellen
 o Sonstiges:

D9) Beschreiben Sie, in welcher Weise sich das Auftreten von Aids auf Ihr Leben ausgewirkt hat:

| | gar nicht | wenig | mittel | stark | sehr stark |
|---------------------------------------|-----------|-------|--------|-------|------------|
| Einschränkung der sexuellen Freiheit: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Angst vor der Krankheit: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Bestehen auf Kondombenutzung: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Einfluß auf die Partnerschaft: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Einfluß auf die Partnerwahl: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Einfluß auf den Partnerwechsel: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

E. Reaktionen auf die Schwangerschaft:

E1) Wodurch bestätigte sich Ihre Schwangerschaft? *(mehrere Angaben möglich)*

- ausbleibende Regelblutung Schwangerschaftstest
 Ärztin/Arzt Sonstiges:

E2) Beschreiben Sie Ihre erste Reaktion, welches Gefühl überwog bei Ihnen? *(mehrere Angaben möglich)*

- Angst Unbehagen Hilflosigkeit
 Unentschlossenheit Freude Überraschung
 Wut Sonstiges:

E3) Wie bewerten Sie die aktuelle Situation insgesamt?

- sehr negativ negativ mittel positiv sehr positiv

E4) Waren Sie innerlich auf eine Schwangerschaft vorbereitet?

- gar nicht wenig mittel stark sehr stark

E5) An welche Person oder Institution haben Sie sich zuerst gewandt? _____

E6) Wo fanden Sie schließlich konkrete Hilfe und welcher Art war diese? _____

E7) Bitte beschreiben Sie die Reaktionen Ihres Umfeldes auf Ihre Schwangerschaft:

| | sehr negativ | negativ | weder noch | positiv | sehr positiv | nicht informiert | keine Reaktion |
|----------------|--------------|---------|------------|---------|--------------|--------------------------|--------------------------|
| Partner: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eltern: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Geschwister: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arbeitsstelle: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| VermieterIn: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arzt/Ärztin: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Freundeskreis | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

E8) Welche dieser Personen/Institutionen hat für Sie die größte Beratungsfunktion?

- Partner Familie Freundeskreis
 Ärztin/Arzt Beratungsstelle (öffentl. Institution)
 keine Beratung nötig/erwünscht Sonstiges:

E9) Welcher Reaktion/welchem Ratschlag messen Sie das größte Gewicht bei?

- Beratungsstelle (öffentl. Institution) Partner Familie
 Freundeskreis Sonstiges:

E10) Welche der angegebenen Gedanken gehen Ihnen durch den Kopf?

| | gar nicht | wenig | mittel | stark | sehr stark |
|--------------------------------------|-----------|-------|--------|-------|------------|
| Sorge um die finanzielle Situation: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sorge um die Ausbildung/das Studium: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| Sorge um die berufliche Situation: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sorge um die Reaktion des Partners: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sorge um die Stabilität der Beziehung: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sorge um die Wohnsituation: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sorge um die eigene Gesundheit: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Frage, ob Abtreibung oder nicht: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

E11) Wofür haben Sie sich entschieden?

- Abtreibung Austragung ich bin mir nicht sicher

E12) **Falls Sie sich bereits entschieden haben**, wie sicher ist Ihre Entscheidung?

- ganz sicher sicher mittel unsicher sehr unsicher

Falls Sie unentschlossen sind, wodurch kommen Ihre Zweifel und welcher Art sind Sie?

E13) Fühlen Sie sich über staatliche Unterstützungsmaßnahmen für Frauen mit Kindern bezüglich der folgenden Aspekte umfassend informiert?

| | gar nicht | wenig | mittel | stark | sehr stark |
|--------------------------------------|-----------|-------|--------|-------|------------|
| Arbeits-/Ausbildungssituation: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| finanzielle Unterstützungsmaßnahmen: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| soziale Unterstützungsmaßnahmen: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Wohnsituation: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

E14) Woher stammen Ihre Informationen über mögliche Unterstützungsmaßnahmen in erster Linie?

(mehrere Angaben möglich)

- Ärztin/Arzt Zeitungen Fernsehen
 Eltern Freunde Beratungsstellen
 Sonstiges:

E15) Würden Sie auch freiwillig eine Beratung darüber in Anspruch nehmen?

- Ja Nein ich bin mir nicht sicher

E16) Was für eine Beratung wünschen Sie sich? _____

E17) Wie schätzen Sie Ihre eigene finanzielle Situation ein?

- sehr negativ negativ mittel positiv sehr positiv

E18) Können Sie auf finanzielle Unterstützung von anderer Seite hoffen?

- Ja Nein

Falls Ja, von welcher Seite/welcher Person erhoffen Sie sich diese Unterstützung?

- Partner Eltern Freunde
 staatliche Unterstützung Sonstiges:

E19) Wie schätzen Sie Ihre Lebenssituation insgesamt ein?

- sehr positiv positiv mittel negativ sehr negativ

E20) Können Sie generell mit Unterstützung von anderer Seite rechnen (z.B. Kinderbetreuung)?
o Ja o Nein o ich bin mir nicht sicher

Falls Ja, von welcher Seite/welcher Person erhoffen Sie sich diese Unterstützung?
o Partner o Eltern o Freunde
o staatliche Unterstützung o Sonstiges:

E21) Welchen Einfluß, glauben Sie, würde ein Kind auf Studium/Ausbildung/Beruf nehmen?
o sehr negativ o negativ o weder noch o positiv o sehr positiv

E22) Wie schätzen Sie Ihre Eltern bezüglich der folgenden Bereiche ein?

| | sehr negativ | negativ | weder noch | positiv | sehr positiv |
|--|--------------|---------|------------|---------|--------------|
| Beziehung zu Ihnen: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Beratungsfunktion: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Einstellung zu Kindern: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Einstellung zur Kirche: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Einstellung zur Schwangerschaftsverhütung: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Einstellung zu Sexualität: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Einstellung zu Ihrer Schwangerschaft: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

E23) Welche Bedeutung hat die Meinung Ihrer Eltern für Sie?
o gar keine o sehr gering o mittel o stark o sehr groß

E24) Befinden Sie sich zur Zeit in einer festen Partnerschaft?
o Ja o Nein **Falls Nein, bitte weiter bei Frage E30)**

E25) Falls Ja, welchen Einfluß, glauben Sie, würde ein Kind auf Ihre Partnerschaft/Ehe ausüben?
o sehr negativ o negativ o mittel o positiv o sehr positiv

E26) Besteht bei Ihrem Partner zur Zeit ein Kinderwunsch?
o gar nicht o wenig o mittel o stark o sehr stark

Falls Sie es nicht wissen, oder falls Nein, besteht ein solcher Wunsch bei ihm für die Zukunft?
o gar nicht o wenig o mittel o stark o sehr stark

E27) Wie schätzen Sie Ihren Partner bezüglich der folgenden Bereiche ein?

| | sehr negativ | negativ | weder noch | positiv | sehr positiv |
|--|--------------|---------|------------|---------|--------------|
| Beziehung zu Ihnen: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Beratungsfunktion: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Einstellung zu Kindern: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Einstellung zur Kirche: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Einstellung zur Schwangerschaftsverhütung: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Einstellung zu Sexualität: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Einstellung zu Ihrer Schwangerschaft: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

E28) Welche Bedeutung hat die Meinung Ihres Partners für Sie?
o gar keine o sehr gering o mittel o stark o sehr groß

Wie alt ist Ihr Partner? _____ Jahre

Wie alt waren Sie zu Beginn der Beziehung? _____ Jahre

E29) Halten Sie Ihren Partner für treu? o Ja o Nein

Bitte weiter bei Frage E33)

E30) Falls Sie zur Zeit keinen Partner haben:

Befanden Sie sich im Zeitraum vor Ihrer Schwangerschaft in einer festen Partnerschaft?

o Ja o Nein

Falls Ja, ist die Partnerschaft durch Ihre Schwangerschaft zerstört worden?

o Ja o Nein

E31) Wie beurteilen Sie die Tatsache, daß Sie keinen festen Partner haben?

o sehr negativ o negativ o mittel o positiv o sehr positiv

E32) Hat die Tatsache, daß Sie keinen festen Partner haben, Einfluß auf Ihre Entscheidung für oder gegen eine Abtreibung bzw. Austragung der Schwangerschaft?

o gar nicht o wenig o mittel o stark o sehr stark

E33) Wie schätzen Sie Ihren Freundeskreis bezüglich der folgenden Bereiche ein?

| | sehr negativ | negativ | weder noch | positiv | sehr positiv |
|--|--------------|---------|------------|---------|--------------|
| Beziehung zu Ihnen: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Beratungsfunktion: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Einstellung zu Kindern: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Einstellung zur Kirche: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Einstellung zur Schwangerschaftsverhütung: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Einstellung zu Sexualität: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Einstellung zu Ihrer Schwangerschaft: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

E34) Welche Bedeutung hat die Meinung Ihrer Freunde/Bekanntn für Sie?

o gar keine o sehr gering o mittel o stark o sehr groß

E35) Gibt es in Ihrem Freundes-/Bekanntnkreis zur Zeit bereits Paare mit Kindern oder

schwängere Frauen ? o Ja o Nein

E36) Hat diese Tatsache Einfluß auf Ihre Einstellung zur bestehenden Schwangerschaft?

o gar keinen o sehr gering o mittel o stark o sehr groß

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Institut für Medizinische Psychologie

Claudia Langenberg

Prof. Dr. Med. Dr. Phil. F. A. Muthny