Bundesministerium
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz

Verhütungsbericht 2024

Bedarf und Versorgung mit Verhütungsmitteln in Österreich

Medieninhaber und Herausgeber:
Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK),
Stubenring 1, 1010 Wien
Verlags- und Herstellungsort: Wien

Autorinnen:
Sylvia Gaiswinkler, Jennifer Antosik, Johanna Pfabigan, Johanna Pilwarsch

Fachliche Begleitung:
BMSGPK, Abteilung VII/A/3 – Mutter-, Kind- und Gendergesundheit, Ernährung
Ansprechpartnerin: Judith Benedics

Copyright Titelblatt: © istock / JLco - Julia Amaral
Wien, 2024. Stand: 27. Mai 2024

Copyright und Haftung:
Ein auszugsweiser Abdruck ist nur mit Quellenangabe gestattet, alle sonstigen Rechte sind ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Speicherung auf Datenträgern zu kommerziellen Zwecken sowie für die Verbreitung und Einspeicherung in elektronische Medien wie z. B. Internet oder CD-ROM.

Im Falle von Zitierungen (im Zuge von wissenschaftlichen Arbeiten) ist als Quellenangabe anzugeben: Gaiswinkler, Sylvia; Antosik, Jennifer; Pfabigan, Johanna; Pilwarsch, Johanna (2024): Verhütungsbericht 2024. Bedarf und Versorgung mit Verhütungsmitteln in Österreich. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien

Es wird darauf verwiesen, dass alle Angaben in dieser Publikation trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr erfolgen und eine Haftung des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) und der Autorin/des Autors ausgeschlossen ist. Rechtausführungen stellen die unverbindliche Meinung der Autorin/des Autors dar und können der Rechtsprechung der unabhängigen Gerichte keinesfalls vorgreifen.

Download: Diese und weitere Publikationen können als Download über das Broschürenservice des Sozialministeriums unter http://www.sozialministerium.at/broschuerenservice bezogen werden.

Vorwort

Johannes Rauch
© Marcel Kulhanek

Sehr geehrte Lesende!

Verhütungsmethoden ermöglichen Menschen eine freie Entscheidung darüber, ob und wann sie Kinder haben möchten. Selbstbestimmte Familienplanung ist ein Menschenrecht und zudem der effektivste Schutz vor Jobverlust und Armut, wovon Frauen meist stärker betroffen sind als Männer. Der niederschwellige Zugang zu Verhütung ist wesentlicher Bestandteil sexueller und reproduktiver Gesundheit. Verhütung liegt nach wie vor hauptsächlich in der Verantwortung von Mädchen und Frauen. Sie sind von den körperlichen und psychischen Auswirkungen betroffen, die Verhütungsmethoden mit sich bringen können, und sie tragen die Kosten und die mentale Last meist allein.

Der vorliegende Bericht liefert Erkenntnisse über den aktuellen Stand der Verhütung in Österreich und trägt dazu bei die Datenlücke zu verringern. 50 Prozent der Frauen in Österreich tragen die Kosten für Verhütung alleine, nur 27 Prozent teilen sich die Kosten. Die Bedarfserhebung bei Frauen zur Kostenübernahme von Verhütungsmitteln zeigt, dass 36,6 Prozent das Verhütungsverhalten im Fall einer Kostenübernahme ändern würden. Außerdem verdeutlichen die Ergebnisse die Wichtigkeit von Bildung und Zugänglichkeit von Informationen über Verhütungsmöglichkeiten. Aus einer Chancengerechtigkeitsperspektive ist deswegen der Zugang zu Aufklärung, Informationen und Verhütungsmitteln zu unterstützen, damit Frauen die für sie passende Verhütung finden und die Verantwortung fair auf alle Geschlechter verteilt wird. Denn: Frauen haben das Recht auf ein selbstbestimmtes Leben – einschließlich selbstbestimmter Sexualität und Reproduktion unabhängig von ihrer Lebenssituation.

Johannes Rauch
Bundesminister

Kurzfassung

Hintergrund

Verhütungsmethoden ermöglichen Menschen eine freie Entscheidung darüber, ob und wann sie Kinder haben möchten. Je nach Methode sind sie auch eine Prävention gegen sexuell übertragbare Krankheiten. Ein niederschwelliger Zugang zu Verhütungsmitteln ist wesentlicher Bestandteil sexueller und reproduktiver Gesundheit und für eine selbstbestimmte Sexualität unabdingbar. Sexuelle und reproduktive Rechte von Frauen werden bereits seit den 1980er-Jahren in internationalen und nationalen Strategien verhandelt, sie sind Teil der UN-Frauenrechtskonvention (CEDAW) und beinhalten die Beseitigung bestehender Ungleichheiten. Familienplanung, freier Zugang zu Informationen, Bildung und Mittel zur Familienplanung gehören darin zu den gesetzlich zu verankernden Frauenrechten. Im Februar 2024 veröffentlichte das European Parliamentary Forum for Sexual & Reproductive Rights (EPF) den Contraception Policy Atlas Europe 2024. Österreich liegt im Vergleich zu Ländern in West- und Nordeuropa vor allem aufgrund einer fehlenden Kostenübernahme für Verhütungsmittel sowie erschwerter Zugänge zu Verhütungsberatung an hinterer Stelle. Für viele Frauen ist das selbstbestimmte Planen, ob, wann und wie oft ihre Familie wächst, zudem der effektivste Schutz vor Jobverlust und Armut. In dem vorliegenden Bericht wird die Verhütungssituation in Österreich anhand eines internationalen Vergleichs, von Good-Practice-Beispielen und einer Bedarfserhebung mit möglichen Implikationen dargestellt.

Methode

Es wurde eine umfassende Literatur- und Fachrecherche durchgeführt, mit der die Grundlagen für einen Überblick zu Themen im Kontext mit Verhütung identifiziert wurden. Auf Basis der analysierten Literatur wurden in der Folge die beiden Modellprojekte CHOICE und biko zur weiteren Bearbeitung als Good-Practice-Beispiele ausgewählt und die inhaltlichen Schwerpunkte für die Bedarfserhebung aufbereitet. Die repräsentative Bedarfserhebung zu Verhütung wurde bei der Zielgruppe Frauen im Alter zwischen 14 und 45 Jahren und wohnhaft in Österreich mittels Online- und Telefoninterviews (CAWI: n = 700; CATI: n = 305) im Zeitraum 27. Oktober bis 13. November 2023 durchgeführt. Für die Fragebogenerstellung wurden die in der Literatur- und Fachrecherche identifizierten Themen zur Eruierung des Bedarfs in Hinblick auf Fragen zur Verhütung und Verhütungsmittel nach insgesamt drei inhaltlichen Themenblöcken („Verhütungsverhalten“, „Information und Entscheidungspro-

zess“, „Kosten und Leistbarkeit“) strukturiert und um zwei Fragenblöcke zur Soziodemografie ergänzt. Für die quantitative Auswertung der Daten wurden deskriptive statistische Methoden angewandt. Bei den Häufigkeitsberechnungen wurden je nach Indikator Mittelwerte, der Median sowie Minimum-/Maximumwerte und Perzentile betrachtet.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Bedarfserhebung Verhütung liefern wertvolle Erkenntnisse über den aktuellen Stand der Verhütung in Österreich. In Österreich verhüten die meisten Frauen mit der Pille oder Minipille (42 %), mit Kondom (40 %) oder einer Spirale (17 %). Frauen haben je nach Lebenssituation unterschiedliche Bedürfnisse und Präferenzen, diese Vielfalt ist beim Zugang zu Verhütungsmitteln zu berücksichtigen. Die Daten deuten darauf hin, dass eine kostenlose Bereitstellung von Verhütungsmitteln das Potenzial hat, die Wahl der Verhütungsmethode stark zu beeinflussen, was wiederum weitreichende Implikationen für die öffentliche Gesundheitsplanung und die Förderung reproduktiver Gesundheit hat. Da die meisten Verhütungsmittel von Frauen anzuwenden sind, sind sie auch von den Kosten unmittelbar betroffen. 50 Prozent der Frauen in Österreich tragen die Kosten für Verhütung allein. 36,6 Prozent der Frauen würden das Verhütungsverhalten im Fall einer Kostenübernahme ändern: Sie würden überhaupt beginnen, zu verhüten, anders verhüten oder häufiger verhüten.

Schlussfolgerungen

Für die Verwirklichung sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte ist ein niederschwelliger Zugang zu effektiven und modernen Verhütungsmethoden entscheidend. Durch effektive Verhütung können Frauen entscheiden, ob, wann und wie viele Kinder sie bekommen wollen. In der Studie wurden Barrieren sowie der Bedarf an kostenfreier Verhütung und an einer niederschwelligen, flächendeckenden Beratung identifiziert. Die Vielfalt an Lebenssituationen erfordert eine entsprechende Vielfalt an Verhütungsmitteln. Den in Österreich im Gegensatz zu anderen Ländern noch nicht ausreichend vorhandenen Strukturen für den Zugang zu kostenfreier Verhütung und Beratung könnte durch eine Pilotierung erprobt werden.

Schlüsselwörter

Verhütung, Verhütungsmittel, Frauen, kostenfreie Verhütung, sexuelle Selbstbestimmung, reproduktive Gesundheit

Summary

Background

Contraceptive methods provide people a free choice as when and whether they want to have children. Depending on the contraceptive method, they also prevent sexually transmitted diseases. Low-threshold access to contraception is an essential component of sexual and reproductive health and vital for self-determined sexuality. Women's sexual and reproductive rights have been negotiated in international and national strategies since the 1980s, they are part of the UN Convention on the Elimination of Discrimination against Women (CEDAW) and include the elimination of existing inequalities. Family planning, free access to information, education and resources for family planning are among the women's rights to be guaranteed by law. In February 2024, the Contraception Policy Atlas Europe 2024 was published by the European Parliamentary Forum for Sexual & Reproductive Rights (EPF). Austria lags behind countries in Western and Northern Europe, mainly due to the lack of cost coverage for contraceptives and access to contraceptive advice. For many women, self-determined planning of when and how often their family grows is also the most effective protection against job loss and poverty. This report presents the contraceptive situation in Austria based on an international comparison, good practice examples and a survey of needs with potential implications.

Method

Methodologically, a comprehensive literature and technical research was used to compile the report to identify the basis for an overview of topics in the context of contraception. Based on the analyzed literature, the two model projects CHOICE and biko were selected for further processing as examples of good practice and the main topics were prepared for a survey of needs. The representative survey was conducted for women aged 14 to 45 living in Austria using online and telephone interviews (CAWI: n = 700 / CATI: n = 305) between October 27 and November 13, 2023. For the questionnaire, the topics identified in the literature and technical research were structured into three thematic blocks ("contraceptive behavior", "information and decision-making process", "costs and affordability") and two sections on "sociodemographics". To analyse the data quantitatively, descriptive statistical methods were used. For the frequencies that were calculated, mean values, the median, minimum/maximum values and percentiles were considered, depending on the indicator.

Results

The results of the survey on the needs for contraceptive coverage provide important findings on the current state of contraception in Austria. In Austria, most women use the pill or mini-pill (42 %), condoms (40 %) or IUDs (17 %). Women have different needs and preferences depending on their life situation, and this variety must be considered when providing access to contraceptives. The results indicate that the access to free contraception has the potential to strongly influence the choice of contraceptive use, which in turn has far-reaching implications for public health planning and the promotion of reproductive health. As most contraceptives are used by women, they are also directly affected by the costs. 50 percent of women in Austria bear the costs of contraception alone. 36.6 percent of women would change their contraceptive usage if the costs were covered: They would start using contraception at all, use contraception differently or use contraception more frequently.

Conclusions

Low-threshold access to effective and modern contraception is vital for the realization of sexual and reproductive health and rights. Effective contraception allows women to decide if, when and how many children they want to have. The report identified the need for free contraception. Regarding contraception, barriers and the need for widespread contraceptive consultation were identified. The variety of life circumstances requires a diversity of methods of contraception. Structures for providing access to free contraception and counselling, which are not yet sufficiently available in Austria, could be tested through piloting.

Key words

Contraception, contraceptives, women, free contraception, sexual self-determination, reproductive health

Inhalt

Vorwort **3**

Kurzfassung **4**

Summary **6**

1 Einleitung **10**

2 Methode **13**

2.1 Literatur- und Fachrecherche 13

2.2 Bedarfsanalyse 13

2.2.1 Fragebogenentwicklung 14

2.2.2 Datenanalyse 14

3 Ergebnisse der Literatur- und Fachrecherche **15**

3.1 Messung der Effektivität von Verhütung 15

3.2 Grundlegende Aspekte im Zusammenhang mit Verhütung 19

3.2.1 Menschenrechtliche Aspekte 19

3.2.2 Beeinflussende Faktoren für selbstbestimmte Verhütung 21

3.2.3 Verhütung als Präventionsmaßnahme 23

3.2.4 Sexuelle Bildung 25

3.3 Situation in Österreich 27

3.3.1 Kosten für Verhütung 28

3.3.2 Verhütungsverhalten 30

3.3.3 Notfallverhütung 32

3.4 Verhütung im internationalen Vergleich: Contraception Policy Atlas Europe 32

3.4.1 Länderranking 34

3.4.2 Österreichs Position im Contraception Policy Atlas Europe 35

3.4.3 Altersgrenzen und Geschlecht 36

3.4.4 Kostenerstattung bei Verhütungsmitteln 37

3.4.5 Anteil der Kostenerstattung 37

3.4.6 Begleitmaßnahmen 38

3.5 Best-Practice-Projekte für eine sichere und niederschwellig zugängliche Verhütung . 39

3.5.1 Das Contraceptive CHOICE Project 39

3.5.2 Modellprojekt biko – Beratung, Information und Kostenübernahme bei Verhütung 40

4 Ergebnisse der Bedarfserhebung **45**

4.1 Soziodemografie und Stichprobe 45

4.2 Lebensphasen von Frauen 46

4.3 Verhütungsverhalten 48
4.4 Entscheidungsfindung im Kontext Verhütung 51
4.5 Information 55
4.6 Kosten und Verhütungsverantwortung 58
4.7 Aspekte aus der Perspektive von Expert:innen 61

5 Implikationen für Österreich 63

5.1 Pilotierung selbstbestimmter kostenfreier Verhütung für Österreich 66

6 Diskussion 70

7 Schlussfolgerungen 75

Tabellenverzeichnis 78

Abbildungsverzeichnis 79

Literaturverzeichnis 80

Abkürzungen 87

Anhang 89

1 Einleitung

Im Februar 2024 veröffentlichte das European Parliamentary Forum for Sexual & Reproductive Rights (EPF) eine aktuelle Version des Contraception Policy Atlas Europe (CPAE) (EPF 2024). Der Atlas zeigt über den Verlauf der letzten Jahre, dass viele europäische Länder Fortschritte im Bereich der Verhütungspolitik machen. Österreich ist seit 2017 um zehn Ränge abgerutscht und liegt aktuell im Vergleich zu Ländern in West- und Nordeuropa vor allem aufgrund einer fehlenden Kostenübernahme für Verhütungsmittel sowie mangelnder Zugänge zu Verhütungsberatung an hinterer Stelle. Damit einher geht, dass das Recht auf selbstbestimmte und verantwortungsbewusste Familienplanung in Österreich oft nicht verwirklicht werden kann.

Sexuelle und reproduktive Rechte von Frauen werden bereits seit den 1980er-Jahren in internationalen und nationalen Strategien verhandelt. In der UN-Frauenrechtskonvention[1] ist seit 1982 festgelegt, dass das Gesundheitswesen für Frauen Gesundheitsdienste sicherstellen muss, in denen Informationen über sexuelle und reproduktive Gesundheit gewährleistet und Rechte beinhaltet sind, die Familienplanungsleistungen, Gesundheitsdienstleistungen für Mütter und schwangere Frauen sowie die Prävention gegen und Behandlung von sexuell übertragbaren Krankheiten inkludieren. Im Jahr 2002 wurde von den Mitgliedsstaaten der WHO-Region Europa festgelegt, dass den Unterschieden zwischen Frauen und Männern im gesundheitlichen Versorgungssystem stärker Rechnung getragen werden muss und dass alle Frauen das Recht auf ein Leben ohne Diskriminierung in allen Lebensbereichen einschließlich des Zugangs zur Gesundheitsversorgung haben. Alle Frauen haben das Recht auf die bestmöglich erreichbare Gesundheit, dies schließt ein Leben frei von sexuellem Zwang und ein selbstbestimmtes sexuelles und reproduktives Leben ein (WHO 2001; WHO 2024). Im neunten Staatenbericht 2019 (UN 2019) empfiehlt das CEDAW-Komitee konkret, dass der Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen und Verhütungsmitteln in Österreich gesichert und die Kosten von der Krankenversicherung übernommen werden sollten.

[1] Convention on the Elimination of Discrimination against Women, CEDAW (Bundeskanzleramt – CEDAW) [Zugriff am 22.03.2024]

In der von den Vereinten Nationen im Jahr 2015 verabschiedeten Agenda 2030[2] befasst sich das fünfte Nachhaltigkeitsziel (SDG 5) mit der Förderung der Geschlechtergerechtigkeit; es sieht für Mädchen und Frauen das Recht vor, selbst informierte Entscheidungen über ihre Sexualität, Verhütungsmittel und reproduktive Gesundheitsversorgung zu treffen. Auf nationaler Ebene wurde im Jahr 2018 im Aktionsplan Frauengesundheit (BMASGK 2018) der niederschwellige und kostenfreie Zugang zu Verhütungsmitteln in den Wirkungszielen 9 und 13 und den Maßnahmen 16 und 27 adressiert[3]. Die Umsetzung von Maßnahmen ist seither nur vereinzelt im Bereich der Zurverfügungstellung von Informationen vorangeschritten. Der Aufbau struktureller Rahmenbedingungen für den Zugang zu kostenfreien Verhütungsmitteln fand bislang nicht statt, woraus sich auch die im Contraception Policy Atlas Europe sichtbare Entwicklung ableiten lässt. Allen Strategien liegt das grundlegende Recht der Frauen auf Autonomie und Selbstbestimmung über ihren eigenen Körper zugrunde.

Im Zuge des im Jahr 2019 durchgeführten Österreichischen Verhütungsreports von Fiala/Parzer (2019) gaben Frauen im Vergleich zu Männern fast doppelt so häufig an, allein für die Verhütung zuständig zu sein. Aufgrund der in Österreich nach wie vor privat zu tragenden Kosten sind Frauen von der Frage der Leistbarkeit besonders betroffen. Während in einigen europäischen Ländern (z. B. Frankreich, Belgien, Luxemburg) Verhütungsmittel kostenfrei zur Verfügung stehen, werden in Österreich die Kosten dafür nicht übernommen. Die mangelnde Erstattungsfähigkeit wird vom Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs (PHARMIG) damit begründet, dass Arzneimittel zur Empfängnisverhütung den Eintritt einer Schwangerschaft verhindern und daher nicht der Therapie einer Krankheit (im Sinne des § 120 Abs. 1 Z 1 ASVG) oder zur Krankenbehandlung (im Sinne des § 133 Abs. 2 ASVG) dienen (PHARMIG 2022). Entgegen dieser Argumentation definieren die WHO und die International Conference on Population and Development (ICPD) reproduktive Gesundheit als einen Zustand des körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur als die Abwesenheit von Beschwerden oder Erkrankungen, die das Fortpflanzungssystem

[2] Die Agenda 2030 bietet einen internationalen Rahmen, der darauf abzielt, alle Aspekte nachhaltiger Entwicklung systematisch einzubeziehen, um ein gutes Leben für jede:n zu sichern (UN 2022a).

[3] Wirkungsziel 9: Die sexuelle Gesundheit von Mädchen und jungen Frauen fördern und schützen (u. a. sexuelle Bildung für Kenntnisse über Sexualität und Verhütung)
Wirkungsziel 13: Reproduktive Gesundheit fördern (Voraussetzung für selbstbestimmte Sexualität ist eine sichere Verhütung)
Maßnahme 16: Interministeriellen Dialog unter Einbeziehung wichtiger Stakeholder starten in Hinblick auf die langjährige Forderung, kostenlose Verhütungsmittel und Safer-Sex-Tools zur Verfügung zu stellen
Maßnahme 27: Frauen in selbstbestimmter Sexualität unterstützen (z. B. niederschwelliger Zugang zu Verhütungsmitteln) sowie die Möglichkeit zum Schwangerschaftsabbruch in allen Bundesländern sichern

und seine Funktionen betreffen (UNFPA 2021; WHO 2024). Für die Praxis bedeutet das, dass Menschen über das eigene reproduktive und sexuelle Leben und die Verhütungsmittel frei entscheiden können müssten. Zudem müssten sie freie und selbstbestimmte Entscheidungen über die Familienplanung und die Anzahl der Kinder treffen können und Zugang zu sexueller und reproduktiver Bildung haben.

Der niederschwellige Zugang zu Verhütungsmitteln ist ein wesentlicher Bestandteil sexueller und reproduktiver Gesundheit und für eine selbstbestimmte Sexualität unabdingbar. Er ermöglicht Menschen eine freie Entscheidung darüber, ob, wann und wie viele Kinder sie haben möchten. Kondome[4] im Speziellen verringern darüber hinaus die Gefahr einer Infektion mit sexuell übertragbaren Krankheiten. Zudem steht Verhütung in einem engen Zusammenhang mit ungewollten Schwangerschaften und in weiterer Folge mit Schwangerschaftsabbrüchen. Die Kostenübernahme für effektive Verhütung führt gepaart mit sexueller Bildung zu einer signifikanten Verringerung von Schwangerschaftsabbruchsraten (McNicholas et al. 2014; Secura et al. 2014) und gilt somit als wichtige Präventionsmaßnahme.

Aus einer Chancengerechtigkeitsperspektive ist der Zugang zu Aufklärung, Informationen und Verhütungsmitteln durch Maßnahmen zu unterstützen, die darauf abzielen, dass Frauen unabhängig von ihrem sozioökonomischen Hintergrund die für sie passende Verhütungsmethode anwenden können. Verhütung liegt nach wie vor überwiegend in der Verantwortung von Mädchen und Frauen (Fiala/Parzer 2019). Eine mit Burschen und Männern geteilte Verantwortung für eine sichere und tatsächlich chancengerechte Verhütung ist aktuell eine Zukunftsperspektive, die in entsprechenden Maßnahmen adressiert werden müsste. Verhütung ist kostenintensiv. Besonders für Mädchen und Frauen ohne eigenes Einkommen oder mit einem geringen Einkommen ist eine Kostenübernahme für Verhütungsmittel für die reproduktive Selbstbestimmung von Bedeutung.

Im vorliegenden Bericht wurden anhand einer ersten Erhebung auch der Bedarf an kostenfreier Verhütung in Österreich festgestellt und eine mögliche Umsetzung der Kostenübernahme skizziert. Der Fokus des Berichts liegt auf dem Zugang zu Verhütung aus einer Frauengesundheitsperspektive und er schließt einen internationalen Vergleich der Verhütungssituation sowie bereits vorhandene Empfehlungen ein.

[4] sowie Dental Dams zum Schutz gegen sexuell übertragbare Krankheiten bei Oralverkehr

2 Methode

2.1 Literatur- und Fachrecherche

In einem ersten Schritt wurde eine umfassende Literatur- und Fachrecherche durchgeführt, mit der die Grundlagen für einen Überblick zu Themen im Kontext mit Verhütung identifiziert wurden. Auf Basis der analysierten Literatur wurden in der Folge die beiden Modellprojekte CHOICE und biko zur weiteren Bearbeitung als Good-Practice-Beispiele ausgewählt und die inhaltlichen Schwerpunkte für die Bedarfserhebung aufbereitet. Für die Recherche wurde in der Datenbank Pubmed mit folgenden Suchbegriffen nach Publikationen gesucht:

- contraception
- birth control
- contraceptive methods
- free / free of charge -> universal access / universal coverage
- feasibility study / report / analysis

Für einen internationalen Vergleich wurde der Contraception Policy Atlas Europe (EPF 2024) herangezogen. Für Details zu einzelnen Ländern wurden die Expert:innen des Contraception Policy Atlas Europe kontaktiert. Die von ihnen übermittelten Informationen flossen in die Darstellung des internationalen Vergleichs ein.

2.2 Bedarfsanalyse

Zielgruppe der Bedarfsanalyse waren Frauen im Alter zwischen 14 und 45 Jahren, die in Österreich wohnhaft sind. Die Befragung fand von 27. Oktober bis 13. November 2023 sowohl online (CAWI[5]: n = 700) als auch telefonisch (CATI[6]: n = 305) statt. Der Stichprobe liegt eine proportional geschichtete Sollverteilung zugrunde. Innerhalb jedes Bundeslandes wurde für die Zielgruppe nach Altersgruppe und Bildungsniveau quotiert.

[5] Computer Assisted Web Interview
[6] Computer Assisted Telephone Interview

Damit ist eine ausgewogene Stichprobe aus verschiedenen Regionen und Bevölkerungsgruppen sichergestellt. Für die Kontrolle der Repräsentativität wurde eine Sollverteilung nach den Daten zum Bevölkerungsstand von Statistik Austria erstellt. Die Personenstichprobe wurde mittels einer Faktorengewichtung an die aus der amtlichen Statistik bekannten Soll-Strukturen angepasst. Ein Gewichtungsfaktor, der eine österreichweite proportionale Analyse der Ergebnisse ermöglicht, wurde dem Datensatz hinzugefügt. Im Falle dieser Stichprobe wurden die Daten nach den Kategorien Alter, Bildung, Alter und Bildung, Bundesland sowie Bundesland und Alter gewichtet. Die Gewichtung ermöglicht es, realistische Schlussfolgerungen aus den Daten zu ziehen. Insgesamt wurden 1.005 Interviews durchgeführt.

2.2.1 Fragebogenentwicklung

Für die Fragebogenerstellung wurden die in der Literatur- und Fachrecherche identifizierten Themen zur Eruierung des Bedarfs in Hinblick auf Fragen zur Verhütung und Verhütungsmittel nach insgesamt drei inhaltlichen Themenblöcken („Verhütungsverhalten“, „Information und Entscheidungsprozess“, „Kosten und Leistbarkeit“) strukturiert und um zwei Fragenblöcke zur Soziodemografie ergänzt. Der Fokus lag dabei darauf, einen Überblick zum Status quo der Verhütungssituation von Frauen in Österreich zu erhalten und einen Bedarf an kostenfreien Verhütungsmitteln zu erfassen. Dabei sollen Maßnahmen ableitbar und Vorher-Nachher-Erhebungen zu einem späteren Zeitpunkt möglich sein. Nach dem ersten Entwurf begann ein iterativer Abstimmungsprozess mit dem beauftragten Statistikinstitut Jaksch & Partner bis zur Finalisierung des Fragebogens. Der Fragebogen umfasst insgesamt zwanzig Fragen, sechs Fragen beziehen sich auf das Verhütungsverhalten, eine Frage auf die Information und den Entscheidungsprozess und drei Fragen auf Kosten und Leistbarkeit. Die Erhebung wurde von Jaksch & Partner durchgeführt. Der Fragebogen befindet sich im Anhang.

2.2.2 Datenanalyse

Für die quantitative Auswertung der Daten wurden deskriptive statistische Methoden angewandt. Bei den Häufigkeitsberechnungen wurden je nach Indikator Mittelwerte, der Median sowie Minimum-/Maximumwerte und Perzentile betrachtet.

3 Ergebnisse der Literatur- und Fachrecherche

Verhütung hat grundsätzlich zweierlei Aufgaben: Einerseits geht es um die Vermeidung von ungewollten Schwangerschaften, andererseits um die Vermeidung von sexuell übertragbaren Krankheiten (STDs). Die Auswahl an Verhütungsmitteln ist groß, wobei ausschließlich Kondome ein sicheres Mittel gegen STDs sind. Ein passendes Verhütungsmittel zu finden, hängt von unterschiedlichen Faktoren ab, wie Zugang, Verträglichkeit, Anwendungsfreundlichkeit, Sicherheit, aber auch Wohlbefinden in Bezug auf das sexuelle Erlebnis (gesundheit.gv.at 2023a). Grundsätzlich lassen sich Langzeitverhütungsmittel (long-acting reversible contraceptives, LARCs) und Kurzzeitverhütungsmittel (short-acting reversible contraceptives, SARCs) unterscheiden. Weiters kann nach hormonellen (siehe Tabelle 1) und nicht hormonellen Mitteln (siehe Tabelle 2) unterschieden werden.

3.1 Messung der Effektivität von Verhütung

Zur Senkung des Risikos einer ungewollten Schwangerschaft ist die Effektivität ein wichtiges Kriterium für die Wahl des Verhütungsmittels (BZgA 2018b). Meistens wird der Faktor Sicherheit mittels Pearl-Index angegeben. Dieser ist ein gängiges Beurteilungsmaß für die Zuverlässigkeit des Verhütungsmittels und berechnet sich anhand einer Formel, die die Schwangerschaften pro 100 Jahre der Exposition misst – oder vereinfacht ausgedrückt die Anzahl der Schwangerschaften pro 100 Frauen, wenn sie ein Jahr lang eine bestimmte Verhütungsmethode anwenden. Grundsätzlich gilt: Je niedriger der Pearl-Index ausfällt, desto sicherer ist das Verhütungsmittel in Bezug auf die Schwangerschaftsverhütung (Mauck et al. 2023).

Aufgrund von Ungenauigkeiten und einer fehlenden Vergleichbarkeit von Studien unterschiedlicher Studiendauer sollte der Pearl-Index aus wissenschaftlicher Sicht jedoch nicht mehr herangezogen werden (DDDG 2023; Trussell 1991). Denn beim Pearl-Index wird nicht nach Gebrauchs- und Methodensicherheit unterschieden. Die Gebrauchssicherheit (auch: typical use) ist die Effektivität der Methode während der Anwendung inklusive der dabei auftretenden Anwendungsfehler.

Die Methodensicherheit (auch: perfect use) beschreibt hingegen die Effektivität bei korrekter und einwandfreier Anwendung. Der Unterschied zwischen „typical use“ und „perfect use“ zeigt zum Beispiel, wie schwierig es ist, eine Methode anzuwenden (Trussell 2011).

Die Gebrauchssicherheit kann neben dem Pearl-Index auch mit der Life-Table-Methode nach Kaplan/Meier (1958) berechnet werden. Laut Mauck et al. (2023) ist die Life-Table-Methode dem Pearl-Index aufgrund der Messgenauigkeit vorzuziehen. Der Pearl-Index könne weiterhin als Vergleich abgebildet werden.

Die Datenlage zur Effektivität dieser Methoden ist bis dato aber noch begrenzt. Die meisten Studien dazu stammen aus den USA und hier ist die Übertragbarkeit auf den deutschsprachigen Raum fraglich (DDDG 2023). Daher werden im Folgenden Tabellen mit dem Pearl-Index und je nach Verfügbarkeit Tabellen mit „typical use“ und „perfect use“ dargestellt.

Tabelle 1: Hormonelle Verhütungsmethoden mit Pearl-Index und Anwendungsfrequenz

Methode	Pearl-Index	Anwendung
Pille	0,3–7; sicher	täglich
Verhütungspflaster	0,3–7; sicher	1x pro Woche
Verhütungsring	0,3–7; sicher	1x pro Monat
Hormonspirale	0,1–0,2; sehr sicher	alle 3–8 Jahre
Hormonstäbchen/ Hormonimplantat	0,1; sehr sicher	alle 3 Jahre
Dreimonatsspritze	0,2–4; sicher	alle 3 Monate

Quelle: ÖGF

Tabelle 2: Nicht hormonelle Verhütungsmethoden mit Pearl-Index und Anwendungsfrequenz

Methode	Pearl-Index	Anwendung
Kupferspirale	0,6–0,8; sehr sicher	alle 5–10 Jahre
Kondom	2–13; weniger sicher	bei Bedarf
Diaphragma	16; unsicher	vor dem Geschlechtsverkehr
FemCap	(keine aussagekräftigen Studien)	vor dem Geschlechtsverkehr
Femidom	5–21; unsicher	vor dem Geschlechtsverkehr
Sterilisation der Frau (Tubenligatur)	0,5; sehr sicher	einmaliger Eingriff; dauerhaft
Sterilisation des Mannes (Vasektomie)	0,1–0,15; sehr sicher	einmaliger Eingriff; dauerhaft
spermienabtötende Zäpfchen, Cremes, Tabletten, Gels oder Schaum	16–21; unsicher	vor dem Geschlechtsverkehr
natürliche Familienplanung	je nach Methode; weniger sicher bis unsicher	je nach Methode unterschiedlich

Quelle: ÖGF

Tabelle 3: Effektivität von Verhütungsmethoden nach „typical use“ und „perfect use“, Anteil der Frauen mit einer ungewollten Schwangerschaft im ersten Anwendungsjahr

Methode	Gebrauchssicherheit (typical use)	Methodensicherheit (perfect use)
keine Verhütung	85 %	85 %
Kondom	13 %	2 %
Femidom	21 %	5 %
Diaphragma	12–18 %	4–14 %
Portiokappe	durchschnittlich: 23 % ohne vaginale Geburt: 14 % mit vaginaler Geburt: 29 %	keine Angabe
kombinierte Pille und Minipille	9 %	0,3 %
Vaginalring	9 %	0,3 %
Hormonstäbchen	0,05 %	0,05 %
Kupfer-Intrauterinpessar	,8 %	0,6 %
Hormonspirale (Levonorgestrel)	0,2 %	0,2 %
Sterilisation des Mannes	0,15 %	0,10 %
Sterilisation der Frau	0,5 %	0,5 %
Coitus interruptus	20 %	keine Angabe

Quelle: GÖG, adaptiert nach Trussell (2014)

Die sichersten Verhütungsmethoden sind demnach das Hormonstäbchen, die Sterilisation der Frau und des Mannes und Intrauterinpessare.

3.2 Grundlegende Aspekte im Zusammenhang mit Verhütung

Die Möglichkeit der Verhütung ist ein zentraler Faktor für Frauen, wenn es darum geht, über ihr sexuelles und reproduktives Leben selbst zu bestimmen. Entsprechende Rechte zur sexuellen und reproduktiven Selbstbestimmung sind in internationalen Abkommen festgehalten. In diesen wird die Dimension deutlich, denn es handelt sich bei diesen Rechten um Menschenrechte. Diese an sich vorhandenen Rechte bedingen eine Reihe von Voraussetzungen, damit sie für Frauen tatsächlich wirksam sind. Beeinflussende Faktoren sind unter anderem der sozioökonomische Status von Frauen, der dafür ausschlaggebend ist, wie leistbar Verhütungsmittel für sie sind, sowie der Faktor, zu welchen Informationen sie überhaupt Zugang haben, um informierte Entscheidungen treffen zu können. Aus einer Frauengesundheitsperspektive ist ein weiterer zentraler Aspekt von Verhütung der präventive Charakter – sowohl als Prävention gegen spätere Schwangerschaftsabbrüche im Fall von ungewollten Schwangerschaften als auch als Prävention gegen sexuell übertragbare Krankheiten. Den genannten Aspekten liegt zugrunde, dass Frauen zu Verhütungsthemen informiert sein müssen, um selbst Entscheidungen treffen zu können, und dafür ist sexuelle Bildung eine Grundvoraussetzung. In den folgenden Kapiteln werden die vier grundlegenden Aspekte (menschenrechtliche Aspekte, beeinflussende Faktoren für selbstbestimmte Verhütung, Verhütung als Präventionsmaßnahme, sexuelle Bildung) näher betrachtet und nochmals gezielt in den Kontext zur Verhütungssituation von Frauen gestellt.

3.2.1 Menschenrechtliche Aspekte

Der Zugang zu Verhütung stellt ein bedeutendes Element der sexuellen und reproduktiven Gesundheit bzw. Rechte dar. Dieses Recht findet sich auch in internationalen Beschlüssen und Empfehlungen wieder. Im Folgenden werden zwei internationale Menschenrechtsabkommen beschrieben, um die menschenrechtlichen Dimensionen zur Kostenübernahme für Verhütungsmittel zu skizzieren.

Das Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (CEDAW) wurde 1979 von den Vereinten Nationen verabschiedet und trat 1981 in Kraft (UN 2019). Österreich hat CEDAW im Jahr 1982 ratifiziert (Bundeskanzleramt 2018). Die ersten vier Artikel von CEDAW haben in Österreich Verfassungsrang. Das heißt, dass im Fall von Widersprüchen zwischen nationalem Recht und CEDAW die Bestimmungen der Konvention Vorrang haben. CEDAW stellt damit einen wichtigen völkerrechtlichen Hebel dar, um Frauenrechte und Gleichberechtigung in Österreich durchzusetzen (hdgö o.D.).

Ziel des Abkommens ist es, jede Form der Diskriminierung von Frauen zu beseitigen und die Gleichberechtigung von Mann und Frau in allen Lebensbereichen zu verwirklichen. Die Vertragsstaaten sind durch CEDAW dazu verpflichtet, Frauenrechte gesetzlich zu verankern, Frauen aktiv vor Diskriminierung zu schützen und auf die Beseitigung bestehender Ungleichheiten hinzuwirken. Dies beinhaltet auch gleiche Rechte in Bezug auf Familienplanung und freien Zugang zu Informationen, Bildung und Mitteln zur Familienplanung (vgl. Artikel 16 Absatz 1 Punkt e[7] und Artikel 12 Absatz 1[8]) (bundeskanzleramt.gv.at 2023).

Ein Ausschuss überprüft die Umsetzung der Konvention in den Mitgliedsstaaten. Im Jahr 2019 kritisierte der Ausschuss Österreich dafür, dass Kosten für Verhütungsmittel sowie Schwangerschaftsabbrüche nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen würden. Der Zugang zu Verhütungsmitteln sei vor allem für armutsbetroffene Frauen nicht ausreichend gewährleistet. Der Ausschuss empfahl, diskriminierende Regelungen in diesem Bereich zu beseitigen. Verhütungsmittel sollten öffentlich finanziert und für alle Mädchen und Frauen, vor allem für jene, die in Armut leben, zugänglich sein (UN 2019).

Eine weitere relevante Grundlage bildet die Charta der sexuellen und reproduktiven Rechte der International Planned Parenthood Federation (IPPF) von 1995. IPPF ist eine global agierende Bewegung von nationalen Nichtregierungsorganisationen (NGOs), die sich für sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte einsetzt. Mit über 150 Mitgliedsorganisationen weltweit kommt ihr große Bedeutung im Bereich der Familienplanung und Verhütung zu. Die Charta bildet somit die Grundlage der Arbeit vieler NGOs. Die IPPF setzt sich nachdrücklich dafür ein, dass finanzielle Barrieren den Zugang zu Verhütungsmitteln nicht verhindern dürfen:

[7] Artikel 16 Absatz 1 Punkt e: „Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen zur Beseitigung der Diskriminierung der Frau in Ehe- und Familienfragen und gewährleisten auf der Grundlage der Gleichberechtigung von Mann und Frau insbesondere folgende Rechte: [...]
e) gleiches Recht auf freie und verantwortungsbewusste Entscheidung über Anzahl und Altersunterschied ihrer Kinder sowie auf Zugang zu den zur Ausübung dieser Rechte erforderlichen Informationen, Bildungseinrichtungen und Mitteln."

[8] Artikel 12 Absatz 1: „Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen zur Beseitigung der Diskriminierung der Frau im Bereich des Gesundheitswesens, um der Frau gleichberechtigt mit dem Mann Zugang zu den Gesundheitsdiensten, einschließlich derjenigen im Zusammenhang mit der Familienplanung, zu gewährleisten."

„Alle Menschen haben das Recht, sich für oder gegen die Ehe und ebenso für oder gegen die Gründung und Planung einer Familie zu entscheiden. Alle Menschen haben das Recht, frei und verantwortungsbewusst den Zeitpunkt der Zeugung, die Anzahl und den Altersunterschied ihrer Kinder zu wählen. Alle Menschen haben das Recht, dies unter Rahmenbedingungen zu tun, in dem Gesetze und politische Maßnahmen die Vielfalt unterschiedlicher Familienformen anerkennen, einschließlich solcher, die nicht durch Abstammung oder Eheschließung bestimmt sind.“ (IPPF 2008)

3.2.2 Beeinflussende Faktoren für selbstbestimmte Verhütung

Die Wahl der Verhütungsmethode wird von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst. Dazu gehören die Lebenssituation und -planung, aber auch beispielweise die Zufriedenheit mit einer Methode, deren Verträglichkeit, Verfügbarkeit und Leistbarkeit und persönliche Präferenzen sowie frühere Erfahrungen. Die Wahl einer Verhütungsmethode ist eine sehr persönliche Entscheidung und in hohem Maße kontextabhängig (Gubrium et al. 2016; Simmons et al. 2023).

Kosten

Bei der Wahl des Verhütungsmittels spielen Kosten eine essenzielle Rolle. Laut einer kanadischen Studie betrifft die Kostenfrage überproportional häufig junge Menschen (Di Meglio/Yorke 2019). Sie wählen meist Kurzzeitverhütungsmittel (SARCs), obwohl Langzeitverhütungsmittel (LARCs) eine höhere Effektivität haben. Werden jedoch alle Verhütungsmittel kostenfrei angeboten, fällt die Entscheidung bei den jüngeren Menschen zu zwei Drittel auf LARCs. Die Bereitstellung von kostenlosen Verhütungsmitteln steht laut der Studie zudem in direktem Zusammenhang mit der Reduktion von Teenagerschwangerschaften, die besonders häufig zu Schwangerschaftsabbrüchen sowie ungewollten Schwangerschaften/Geburten (>70 % bei den unter 20-Jährigen) führen. Mädchen und Frauen wechseln beispielsweise eher auf reversible Langzeitverhütungsmethoden (Hormon- oder Kupferspirale, Hormonimplantat etc.), wenn finanzielle Barrieren abgebaut werden. Diese Verhütungsmethoden werden generell weniger oft abgesetzt, dies gilt auch für Jugendliche und junge Frauen (Gero et al. 2022; Grunloh et al. 2013; Gyllenberg et al. 2020; Lozano et al. 2019; Rosenstock et al. 2012; Sexsmith et al. 2021). Auch die CHOICE-Studie (McNicholas et al. 2014) kommt zu dem Ergebnis, dass sich Frauen für die wirksamsten und am wenigsten anwendungsabhängigen Methoden (LARCs) entscheiden, diese langfristig anwenden und

sehr zufrieden damit sind, wenn Hindernisse wie Kosten, erschwerter Zugang und Wissenslücken abgebaut sind (siehe Kapitel 3.5.1). Des Weiteren wird in der Studie ausgeführt, dass eine höhere Akzeptanz von LARC-Methoden die Zahl ungewollter Schwangerschaften und damit auch von Schwangerschaftsabbrüchen senken kann, was sich letztlich in einer besseren finanziellen, wirtschaftlichen, bildungspolitischen und sozialen Situation für Frauen und ihre Familien niederschlagen kann.

Sozioökonomischer Status

Neben den Kosten beeinflusst auch der sozioökonomische Status die Wahl der Verhütungsmethoden. Eine Beseitigung finanzieller Barrieren führt nicht zur Beseitigung anderer sozioökonomischer Zusammenhänge, die die Auswahl und Anwendung von Verhütungsmethoden beeinflussen. Soziale Ungleichheit, insbesondere Armut, ist sowohl ein Risikofaktor für ungeplante Schwangerschaften als auch deren Folge. Strukturelle Ungleichheiten, die sich über Jahrzehnte entwickelt haben, lassen sich nicht allein durch die Vermeidung von Schwangerschaften bei Jugendlichen beheben. Des Weiteren ist es wichtig, „frühe“ Mutterschaft nicht als Abweichung vom idealen Lebensweg zu betrachten, da dies die Verantwortung auf das Individuum verlagert (Gubrium et al. 2016; Wright 2020). Kostenfreie Verhütung wurde lange Zeit als Lösung für eine Vielzahl sozialer Herausforderungen wie Armut und Schulabbrüche dargestellt. Mit einem Perspektivenwechsel auf die reproduktiven Rechte sollte der Fokus auf strukturelle Rahmenbedingungen gelegt werden, um angemessene Bedingungen zur Unterstützung von Frauen zu schaffen (Morison/Herbert 2019). Dies erfordert einen niederschwelligen Zugang zu Verhütungsmitteln sowie Beratungsleistungen mit einer gleichzeitigen kritischen Auseinandersetzung mit zugrunde liegenden institutionellen Strukturen, die soziale Benachteiligung hervorrufen.

Informationen

Nachdem die Wahl einer Verhütungsmethode eine persönliche Entscheidung ist, hängt sie auch stark damit zusammen, welche Informationen zu Verhütungsmethoden für Menschen überhaupt zugänglich sind. So sind beispielsweise für die Entscheidung für LARCs ausreichend Informationen wichtig, die sowohl leicht zugängig sind als auch Anonymität gewährleisten (Gubrium et al. 2016). Für die Wahl des Verhütungsmittels ist auch ein Grundwissen über die Wirksamkeit der einzelnen Methoden von großer Bedeutung. Im Rahmen des Contraceptive CHOICE Project (siehe Kapitel 3.5.1) war eines der Ergebnisse, dass Befragte die Wirksamkeit von LARC-Methoden in der Regel unterschätzten.

Hingegen wurde die Wirksamkeit der Pille, von Hormonpflastern und des Vaginalrings häufig überschätzt (McNicholas et al. 2014).

Strukturelle Rahmenbedingungen

Um nachhaltige Fortschritte in Bezug auf sexuelle und reproduktive Gesundheit zu erzielen, bedarf es daher einer Herangehensweise, die den Kontext sozialer Ungleichheiten berücksichtigt. Dabei sind die komplexen Interdependenzen zwischen Verhütungspraktiken und strukturellen Barrieren zu berücksichtigen, wie zum Beispiel ein hochschwelliger Zugang zu Informationen, Beratung und kostenfreier Verhütung. Die Ergebnisse von Gubrium et al. (2016) unterstreichen die Notwendigkeit einer Strategie, die sowohl den Zugang zu Verhütungsmitteln als auch eine langfristige Transformation gesellschaftlicher Strukturen in Bezug auf sexuelle und reproduktive Gesundheit in den Fokus rückt. Es wird betont, dass keine Form der Schwangerschaftsverhütung als die einzige und erste Wahl für alle positioniert werden sollte. Präferenzen und Lebenssituationen von Menschen, die schwanger werden können, sind heterogen. Das bedeutet auch, dass es im Sinne selbstbestimmter Verhütung Wahlmöglichkeiten für betroffene Menschen geben muss.

3.2.3 Verhütung als Präventionsmaßnahme

In den meisten Fällen wird Verhütung zur Vermeidung von Schwangerschaften angewandt. Neben der Schwangerschaftsvermeidung besitzt Verhütung jedoch auch wichtige präventive Aspekte (UN 2022b). Im Folgenden wird der präventive Charakter einer sicheren Verhütung näher betrachtet.

Prävention gegen Schwangerschaftsabbruch

Schwangerschaftsabbruch und Verhütung stehen in enger Verbindung zueinander. Jede sichere Verhütung ist die gleichzeitige Vermeidung einer ungewollten Schwangerschaft bzw. eines darauffolgenden Schwangerschaftsabbruchs. Die Weltgesundheitsorganisation betrachtet die Verbesserung des Zugangs zu umfassender Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen als entscheidend für die Erreichung der Ziele für nachhaltige Entwicklung (SDGs) in Bezug auf Gesundheit und Wohlergehen (SDG 3)[9] sowie Geschlechtergleichstellung

[9] Nachhaltige Entwicklung - Agenda 2030 / SDGs - Bundeskanzleramt Österreich

(SDG 5) (WHO 2022). Die Betreuung und Unterstützung ungewollt Schwangerer ist daher integraler Bestandteil einer modernen Gesundheitsversorgung. Zwischen 4,7 und 13,2 Prozent aller Todesfälle bei Frauen werden auf unsichere Abtreibungen zurückgeführt, die mit fehlenden Möglichkeiten für sichere Schwangerschaftsabbrüche verbunden sind und für die Verhütung die effektivste Form der Prävention ist (UN 2022a; WHO 2022).

Prävention gegen sexuell übertragbare Krankheiten

Weltweit finden täglich rund eine Million Infektionen mit sexuell übertragbaren Krankheiten (STDs) statt – mit schwerwiegenden Folgen für die sexuelle und reproduktive Gesundheit (WHO 2023b). Chlamydien, Gonorrhö, humane Papillomaviren (HPV) und Syphilis sind Beispiele für häufig vorkommende STDs, die unterschiedliche Übertragungswege haben und ohne Symptome verlaufen können, was die Diagnose und Behandlung erschwert. Der sicherste Schutz vor diesen Infektionen ist Safer Sex einschließlich der Nutzung von Kondomen und der Inanspruchnahme von Schutzimpfungen gegen bestimmte Erreger wie HPV und Hepatitis B (BMSGPK 2024b).

Unbehandelte Infektionen erhöhen das Mortalitäts- und Krankheitsrisiko. Weiters sind die meisten Fälle von Eileiterunfruchtbarkeit auf unbehandelte sexuell übertragbare Krankheiten zurückzuführen, insbesondere auf Chlamydia trachomatis und Neisseria gonorrhoeae[10], die entlang des Fortpflanzungstrakts aufsteigen und Eileiterentzündungen und Schäden verursachen können. (Secura et al. 2014; Tsevat et al. 2017)

Prävention gegen schwangerschaftsbedingte Gesundheitsrisiken

Die Verwendung von Verhütungsmitteln verhindert auch schwangerschaftsbedingte Gesundheitsrisiken für Frauen. Insbesondere für Frauen im Alter über 35 Jahre ist das Intervall zwischen zwei Schwangerschaften gesundheitsrelevant. Eine kurze Abfolge von Geburten, also eine Folgeschwangerschaft innerhalb der nächsten 24 Monate nach der letzten Geburt, birgt für Mutter und Kind wesentliche gesundheitliche Risiken, wie erhöhte Raten an Müttersterblichkeit oder Frühgeburtlichkeit (Schummers et al. 2018; WHO 2007). In einigen Fällen kann eine weitere Schwangerschaft generell ein Gesundheitsrisiko darstellen und somit medizinisch kontraindiziert sein, besonders bei problematischen gesundheitlichen Vorgeschichten wie zum Beispiel bei mehrfachen Operationen am Uterus. In solchen Situationen

[10] https://www.pschyrembel.de/Neisseria%20Gonorrhoe/K0F15/doc/

ist es entscheidend, effektiv zu verhüten, um ungewollte Schwangerschaften und die damit verbundenen Risiken zu vermeiden. Durch den Einsatz von sicheren Verhütungsmitteln können eine Folgeschwangerschaft hinausgezögert oder vermieden und so mögliche Schwangerschafts- und Geburtsrisiken verhindert werden (WHO 2023a).

3.2.4 Sexuelle Bildung

Mädchen und Frauen sollten selbstbestimmt und informiert die Verhütungsmethode finden können, die für sie am besten geeignet ist. Um solche Entscheidungen zu ermöglichen, ist sexuelle Bildung (niederschwellige Aufklärung und ein entsprechender Zugang zu Informationen) über die gesamte Lebensspanne Voraussetzung (Laan et al. 2021; UNFPA 2021). Umfassende sexuelle Bildung für junge Menschen nimmt eine Schlüsselrolle ein, wenn es darum geht, diese auf ein sicheres und erfüllendes Leben vorzubereiten. Sie soll sie auf eine Welt vorbereiten, in der sie mit Herausforderungen wie sexuell übertragbaren Krankheiten, ungewollten Schwangerschaften, geschlechtsspezifischer Gewalt und Ungleichheiten konfrontiert sind (UNESCO 2018). Darüber hinaus sollte sexuelle Bildung dazu beitragen, die häufige Tabuisierung von Themen rund um die sexuelle Gesundheit von Mädchen und Frauen zu überwinden. Dies kann erreicht werden, indem sie Kompetenzen zur Sexualität vermittelt, ein positives und stärkendes Selbstbild fördert und den Fokus auf persönliche Ressourcen und Genuss richtet. Zudem sollte sie das Wissen über bestehende sexuelle und reproduktive Rechte erhöhen. (Sladden et al. 2021)

Für den europäischen Raum wurde im Jahr 2011 von der WHO/Europe gemeinsam mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ein Rahmenkonzept für allgemeine Kompetenzstandards zur Sexualaufklärung in Europa veröffentlicht (BZgA 2011) . Das Rahmenkonzept richtet sich an politische Entscheidungsträger:innen, Bildungseinrichtungen, Gesundheitsbehörden und . In den Standards wird nach unterschiedlichen Altersgruppen (von 0 bis 18 Jahren) differenziert. Je nach Alter und Lebensphase ist es wichtig, Kompetenzen in Hinblick auf Sexualität zu fördern, die mit einer spezifischen Perspektive auf Mädchen und Frauen unter anderem deren selbstbestimmten und sicheren Umgang mit Verhütung stärken sollte. (BZgA 2011; BZgA 2018a)

In der Regel sind Angebote im Bereich der sexuellen Bildung vorrangig auf Mädchen und junge Frauen in der Adoleszenz (im Alter zwischen 10 und 19 Jahren) ausgerichtet. Dies basiert auf Erkenntnissen der Weltgesundheitsorganisation (WHO), wonach in dieser Phase die ersten sexuellen Erfahrungen mit anderen Personen gemacht werden (BZgA 2022).

Die Erkundung der eigenen und der partnerschaftlichen Sexualität stellt eine wesentliche Entwicklungsaufgabe dar (Oerter/Montada 2008). Sexualaufklärung ist jedoch ein lebenslanger Prozess, der bereits mit der Geburt beginnt, da hier die sexuelle Entwicklung einsetzt (BZgA 2011). Eine umfassende Sexualaufklärung zeigt positive Wirkungen, wie beispielsweise eine vermehrte Verwendung von Kondomen. Darüber hinaus besteht ein Zusammenhang zwischen einer größeren Kompetenz im Bereich der Sexualität, positiven und lustvollen sexuellen Erlebnissen und einer geringeren Häufigkeit von Schmerzen bei sexuellen Aktivitäten (Grauvogl et al. 2015; Lindberg/Maddow-Zimet 2012; Palmer et al. 2019).

Zu sexueller Bildung gehören auch Informationen über reproduktive Rechte und die Möglichkeiten zur Verhinderung ungewollter Schwangerschaften vor allem bei Jugendlichen. So sind die Bereitstellung kostenloser Verhütungsmittel und der Zugang zu einer rezeptfreien Notfallverhütung ohne Altersbeschränkung mit einer Reduktion von Schwangerschaften bei jungen Frauen bis zum Alter von 19 Jahren verbunden (Jalanko et al. 2021). Eine deutsche Studie kam zu dem Ergebnis, dass kostenlose Verhütungsmittel für Frauen die Verwendung bzw. den Wechsel von weniger wirksamen Mitteln zu den wirksameren Intrauterinpessaren (intrauterine devices, IUDs) erhöht. Vor allem bei Frauen, die in der Vergangenheit bereits Schwangerschaftsabbrüche hatten, und bei jenen, die weniger effektive Verhütungsmittel verwenden, zeigt sich, dass der kostenfreie Zugang vermehrt einen Wechsel zu den wirksameren Verhütungsmitteln bewirkt. Wenn es trotz Verwendung von Verhütungsmitteln zu ungewollten Schwangerschaften kommt, sind die Gründe in vielen Fällen in Methodenversagen, einem unzureichenden Wissen über Wechselwirkungen, Erkrankungen wie Magen-Darm-Infektionen, die die Wirksamkeit oraler Kontrazeptiva einschränken können, oder einer falschen Anwendung (z. B. wurde die Einnahme der Pille vergessen) zu finden. Informationen und Aufklärung sollen auch den Aspekt umfassen, dass die Wirksamkeit der Verhütungsmethoden an bestimmte Voraussetzungen geknüpft ist. Hier steht beispielsweise die regelmäßige und disziplinierte Einnahme der Pille im Widerspruch zu spontanen sexuellen Interaktionen, die von ambivalenten Gefühlen begleitet sein können, sowie zu Situationen der Überforderung (Heine et al. 2016).

Sexuelle Bildung ist ein vielseitiges Thema, das in verschiedenen Kontexten stattfindet. Eine österreichische Studie zu sexueller Bildung (Querschnittsbefragung: n = 198, Alter: 13 bis 16 Jahre) ergab, dass sich die befragten Jugendlichen eine abwechslungsreichere und praktischere Form des sexuellen Lernens wünschen. Befragte Mädchen wünschen sich die sexuelle Bildung in „Female only“-Gruppen (Seiler-Ramadas et al. 2020). Aktuelle Daten zur Sexualaufklärung liefert die 9. Welle der repräsentativen Wiederholungsbefragung „Jugendsexualität“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

Im Jahr 2019 wurden Lebensbereiche untersucht, die einen besonderen Einfluss auf die sexuelle Entwicklung haben. Obwohl 80 Prozent der 14- bis 17-jährigen Mädchen angaben, sich in sexuellen Fragen gut informiert zu fühlen, besteht weiterhin Bedarf an zusätzlichen Informationen. Es ist auffällig, dass der Informationsbedarf in Hinblick auf sexuelle Praktiken, Schwangerschaft und Geburt sowie auf Geschlechtsorgane annähernd genauso hoch ist wie vor mehr als 40 Jahren (BZgA 2022).

In Österreich gibt es nur begrenzte Daten über die Verbreitung und Qualität sexueller Bildung. Es fehlt an Evaluations- und Monitoringmaßnahmen und es gibt auch keinen ausreichenden Fokus auf die Schulung von Lehrkräften in diesem Bereich (BZgA 2018a; UNESCO 2021). Die Regulierung der sexuellen Bildung in Österreich beschränkt sich ausschließlich auf den schulischen Bereich. Im Grundsatzerlass zur Sexualpädagogik von 2015 ist festgelegt, dass sich die Inhalte sexueller Bildung an den Standards für Sexualaufklärung in Europa orientieren sollten (BZgA 2011). Eine erfolgreiche und qualitätsgesicherte sexuelle Bildung erfordert das Erlernen und die Stärkung der Kompetenzen zur Sexualität bei Fachkräften im Gesundheits-, Bildungs- und Sozialbereich sowie bei Eltern und anderen wichtigen Bezugspersonen. Dadurch können sie als Multiplikator:innen und kompetente Ansprechpartner:innen wirken (Frauengesundheitszentrum Netzwerk Sexuelle Bildung Steiermark 2019; Nimbi et al. 2021). Programme zur sexuellen Bildung sollten immer an den Bedürfnissen und Anliegen von Frauen und Mädchen anknüpfen. Im Sinne der Intersektionalität müssen spezifische Bedürfnisse berücksichtigt werden, die beispielsweise Frauen und Mädchen mit Behinderungen, obdachlose Frauen und Mädchen oder Frauen und Mädchen mit Migrations- bzw. Fluchterfahrungen haben können (UNFPA 2021). Sexuelle Bildung von Mädchen und Frauen sollte einen positiven Zugang zu weiblicher Sexualität in allen Lebensphasen und -lagen fördern, unterschiedliche Gruppen von Frauen adressieren und qualitätsgesicherte Informationen zu Verhütung bereitstellen.

3.3 Situation in Österreich

Österreich liegt in einem europaweiten Vergleich des Contraception Policy Atlas Europe von 47 Ländern in puncto Zugang zu Verhütungsmitteln, Zugang zu Beratung und Verfügbarkeit von Onlineinformationen auf dem 20. Platz (siehe Kapitel 3.4). Der Zugang zu Verhütungsmitteln und der Zugang zu unabhängiger Beratung sind aufgrund der dafür selbst zu tragenden Kosten in Österreich als hochschwellig einzustufen (EPF 2024). In diesem Kapitel wird der Kostenfaktor näher betrachtet und in den Kontext von Verhütungsverhalten, Notfallverhütung und Schwangerschaftsabbruch gestellt.

3.3.1 Kosten für Verhütung

Das UN-Frauenrechtskomitee (CEDAW) empfiehlt im neunten Bericht 2019 (UN 2019), dass der Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen und Verhütungsmitteln in Österreich gesichert und die Kosten von der Krankenversicherung übernommen werden sollten. Im Gegensatz zu vielen anderen west- und nordeuropäischen Ländern werden in Österreich von der Sozialversicherung nahezu keine Kosten für Verhütungsmittel übernommen. Einen Ausnahmefall bildet das Vorhandensein einer medizinischen Indikation wie Endometriose, für die der Einsatz von hormonellen Verhütungsmitteln als Off-Label-Therapie gilt. Hier können in speziellen Fällen nach ärztlicher Abklärung und Verordnung die Kosten für eine hormonelle Behandlung (Pille, Hormonspirale, Hormonspritze etc.) ohne operativen Eingriff von der Krankenkasse übernommen werden. Laut Österreichischer Gesundheitskasse (ÖGK) sind hormonelle Verhütungsmittel als Therapie für Endometriose erstattungsfähig, wenn die für Ärzt:innen frei verschreibbaren (nicht empfängnisverhütenden) Präparate aus medizinischen Gründen nicht infrage kommen (Kiesl/Krauter 2022). Auch die Kosten für eine Tubenligatur (Sterilisation der Frau) können im Falle einer medizinischen Notwendigkeit (z. B. Gefährdung des Lebens der Frau durch eine weitere Schwangerschaft) von den Sozialversicherungsträgern übernommen werden (gesundheit.gv.at 2024a).

In Österreich kommen vereinzelte Initiativen hinzu, die Verhütungsmittel zu einem verminderten Preis oder kostenlos zur Verfügung stellen. Eine der Initiativen verteilt zum Beispiel bis zu drei Gratiskondome pro Tag im Haus der Aids Hilfe Wien (Aids Hilfe Wien 2023). Diese Maßnahme zielt darauf ab, den Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten zu fördern. Ein anderes Beispiel sind die Beratungsstellen für Familienplanung der Österreichischen Gesellschaft für Familienplanung (ÖGF); diese bieten armutsgefährdeten Frauen die Möglichkeit, eine Spirale für einen verminderten Beitrag von 75 Euro bzw. gegen eine freie Spende zu erhalten (ÖGF 2023b). Diese Unterstützung erleichtert den Zugang zu einer langfristigen Verhütungsmethode für Frauen mit geringem Einkommen. Trotz vereinzelt vorhandener Ausnahmen ist Verhütung in Österreich Privatsache.

Für den Zugang zu kostenfreier Verhütung ist nicht nur die Leistbarkeit des Verhütungsmittels relevant, sondern auch die Informiertheit der Frauen über ihre Möglichkeiten – diese müsste über entsprechende Beratungen hergestellt werden. Verhütungsberatung ist in Österreich nur für Jugendliche bis 18 Jahre von der Krankenkasse gedeckt. Für erwachsene Frauen stellt die Verhütungsberatung in gynäkologischen Einrichtungen eine Privatleistung dar (gesundheit.gv.at 2023b). Die Österreichische Gesellschaft für Familienplanung (ÖGF),

Frauengesundheitszentren, First-Love-Ambulanzen und einige Beratungsstellen bieten kostenfreie Verhütungsberatung an, jedoch ist diese nicht österreichweit und nicht für alle Zielgruppen flächendeckend verfügbar.

Überblick über Kosten von Verhütungsmitteln

Ein Überblick über die aktuellen Kosten der verschiedenen Verhütungsmittel ist in Tabelle 4 zu finden. Das Diaphragma stellt bei einer durchschnittlichen Anwendungsdauer von zwei Jahren das kostengünstigste Verhütungsmittel dar, bietet jedoch laut Pearl-Index keinen sicheren Schutz vor Empfängnis. Auch das Kondom ist bei einer beispielhaften Verwendung von 100 Kondomen pro Jahr ein vergleichsweise kostengünstiges Verhütungsmittel, es wird aber nach dem Pearl-Index als wenig sicher eingestuft. Unter den sehr sicher eingestuften Verhütungsmitteln ist die Sterilisation des Mannes über einen Durchrechnungszeitraum von zehn Jahren das kostengünstigste Verhütungsmittel, gefolgt von der Hormon-/Kupfer- oder Goldspirale.

Tabelle 4: Kostenüberblick Verhütungsmittel

Verhütungsmittel	Kosten in Euro	Sicherheit lt. Pearl-Index	Kosten pro Jahr in Euro
Pille	4–15 pro Monatspackung	**sicher** (Pearl-Index 0,3–7)	114
Minipille	5–15 pro Monatspackung	**sicher** (Pearl-Index 0,3–7)	120
Dreimonatsspritze (inkl. Verabreichung)	30 pro Verabreichung	**sicher** (Pearl-Index 0,2–4)	120
Hormonspirale (inkl. Einsetzen und Entfernen)	ca. 500	**sehr sicher** (Pearl-Index 0,1–0,2)	100 (bei einer durchschnittlichen Anwendung von 5 Jahren)
Hormonimplantat (Stäbchen, inkl. Einsetzen und Entfernen)	ca. 400	**sehr sicher** (Pearl-Index 0,1)	133 (bei einer durchschnittlichen Anwendung von 3 Jahren)
Vaginalring	19 pro Monat	**sicher** (Pearl-Index 0,3–7)	228
Verhütungspflaster	19 pro Monat	**sicher** (Pearl-Index 0,3–7)	228
Kondom	8–15 für 20 Stück	**weniger sicher** (Pearl-Index 2–13)	57,50 (bei einem sexuell aktiven Mann

Verhütungsmittel	Kosten in Euro	Sicherheit lt. Pearl-Index	Kosten pro Jahr in Euro
			mit einem Verbrauch von 100 Kondomen im Jahr)
Diaphragma (inkl. spermienabtötender Creme)	40	**unsicher** (Pearl-Index 16)	30 (bei einer durchschnittlichen Anwendung von 2 Jahren) + 10 für spermienabtötende Creme
FemCap (inkl. spermienabtötender Creme)	50	keine aussagekräftigen Studien vorhanden	35 (bei einer durchschnittlichen Anwendung von 2 Jahren) + 10 für spermienabtötende Creme
Pille danach	13 oder 32	keine Angabe, da Notfallverhütung	keine Angabe, da Notfallverhütung
Sterilisation der Frau (Tubenligatur)	1.400–2.000 einmalig	**sehr sicher** (Pearl-Index 0,5)	200 (bei einer durchschnittlichen Anwendung von 10 Jahren)
Sterilisation des Mannes (Vasektomie)	900 einmalig	**sehr sicher** (Pearl-Index 0,1–0,15)	90 (bei einer durchschnittlichen Anwendung von 10 Jahren)
Kupfer-/Goldspirale	ca. 500	**sehr sicher** (Pearl-Index 0,6–0,8)	100 (bei einer durchschnittlichen Anwendung von 5 Jahren)

Quellen: gesundheit.gv.at (Mai 2019); ÖGF; Fist Love; Darstellung: GÖG

3.3.2 Verhütungsverhalten

Welche Verhütungsmittel in Österreich verwendet werden, hat mit den in Kapitel 3.3.1 ausgeführten Kostenfaktoren zu tun, aber auch mit einem soziokulturell geprägten Verhütungsverhalten der Bevölkerung. Das Verhütungsverhalten in Österreich kann anhand der verfügbaren Daten aus der HBSC-Studie, dem Lehrlingsgesundheitsbericht und dem Österreichischen Verhütungsreport 2019 analysiert werden (Felder-Puig et al. 2023; Fiala/Parzer 2019). Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden zudem Fragen zum Verhütungsverhalten erhoben, die auf eine konkretere Einschätzung des Einsatzes von Verhütungsmethoden und des Bedarfs an Verhütungsmitteln abzielen.

Diese Ergebnisse sind detailliert in Kapitel 4.3 ausgeführt und bilden gemeinsam mit dem vorliegenden Kapitel die Grundlage für die Diskussion in Kapitel 5 rund um Verhütungsverhalten.

Laut der HBSC-Studie 2021/22 hatte etwa ein Viertel der Schüler:innen der 9. bis 11. Schulstufe (im Alter von 14 bis 17 Jahren) bereits Geschlechtsverkehr. Etwa 35 Prozent der befragten Schüler:innen gaben an, das Kondom als alleinige Verhütungsmethode zu verwenden, während 19 Prozent es in Kombination mit der Pille einsetzen. Allerdings zeigt sich in der HBSC-Studie auch, dass insgesamt ungefähr 17 Prozent der sexuell aktiven Schüler:innen in Österreich entweder gar nicht verhüten oder eine andere Verhütungsmethode verwenden. Eine ältere Erhebung von Ramelow et al. (2015) zeigt, dass von denen, die weder Kondom noch Pille verwendeten, etwa zwei Drittel überhaupt nicht verhüteten, während ein Drittel auf eine andere Verhütungsmethode zurückgriff. Diese Ergebnisse geben Hinweise darauf, dass ein Teil der Jugendlichen in Österreich möglicherweise noch Aufklärungsbedarf oder Schwierigkeiten hat, geeignete Verhütungsmethoden zu finden, die ihren individuellen Bedürfnissen entsprechen, oder sich diese leisten zu können. Im Hinblick auf die Lehrlinge im Alter zwischen 16 und 21 Jahren in Österreich zeigt der Lehrlingsgesundheitsbericht, dass etwa zwei Drittel von ihnen bereits Geschlechtsverkehr hatten (Felder-Puig et al. 2023). In Bezug auf die Verhütung gaben 73 Prozent der weiblichen Lehrlinge und 79 Prozent der männlichen Lehrlinge an, dass sie entweder das Kondom, die Pille oder eine Kombination beider Methoden zur Verhütung verwenden. Im Zuge des im Jahr 2019 durchgeführten Österreichischen Verhütungsreports waren nach Angaben der Befragten Kondom und Pille die am häufigsten angewendeten Verhütungsmethoden (38 % bzw. 34 %) (Fiala/Parzer 2019). Auf dem dritten Platz der meistverwendeten Verhütungsmethoden landete mit Abstand die Hormonspirale; diese wurde lediglich von 6 Prozent genannt.

Gemäß dem Österreichischen Verhütungsreport von 2019 gaben Frauen im Vergleich zu Männern fast doppelt so häufig an, allein für die Verhütung verantwortlich zu sein (Fiala/Parzer 2019). Zusätzlich zeigen die Ergebnisse des Berichts eine Präferenz für hormonfreie Verhütungsmethoden: Über ein Drittel der Befragten gab an, hormonelle Verhütungsmittel aufgrund von Bedenken bezüglich möglicher Nebenwirkungen zu meiden (Fiala/Parzer 2019). Es gibt Hinweise darauf, dass hormonelle Verhütungsmethoden abgelehnt werden, wenn sie sich negativ auf die psychische Gesundheit, das Sexualleben oder den Menstruationszyklus der anwendenden Personen auswirken (Le Guen et al. 2021).

Weiters zeigt der Österreichische Verhütungsreport 2019, dass sich Frauen und Männer unabhängig von Alter, Bildungsstand und Geburtsland einen kostenlosen Zugang zur Verhütung, eine größere Auswahl an Verhütungsmethoden für Männer, mehr öffentliche Informationen über Verhütung sowie umfassendere Verhütungsberatung durch Ärzt:innen wünschen. Dem Bericht zufolge würden 56 Prozent der befragten Frauen auf eine Langzeitverhütungsmethode wie die Kupferspirale, die Hormonspirale oder das Hormonstäbchen/-implantat umsteigen, wenn die Kosten übernommen werden (Fiala/Parzer 2019). Laut BZgA (2022) ist für Frauen die häufigste Motivation, eine gynäkologische Arztpraxis aufzusuchen, die Verhütung.

3.3.3 Notfallverhütung

Orale Notfallverhütung („Pille danach“) ist in Österreich rezeptfrei in der Apotheke erhältlich. Sie kann idealerweise so schnell wie möglich und bis maximal 72 Stunden (Levonorgestrel) bzw. 120 Stunden (Ulipristalacetat) nach dem ungeschützten Geschlechtsverkehr eingenommen werden. In der Öffentlichkeit weniger bekannt sind Intrauterinpessare (Kupferspirale, -kette oder -ball) danach. Auch sie können bis zu fünf Tage nach einem ungeschützten Geschlechtsverkehr eingesetzt werden, um eine Schwangerschaft zu verhindern. Im Gegensatz zur „Pille danach“ ist die „Spirale danach“ keine rein kurzfristige Notfallverhütung, sondern eine langfristige Methode zur Verhütung. Sie wirkt, indem sie die Beweglichkeit der Spermien reduziert und somit eine Befruchtung verhindert. (ÖGF 2023b; ÖGF 2023a) Laut Österreichischem Verhütungsreport 2019 haben 6 Prozent der in Österreich lebenden Menschen die „Pille danach“ griffbereit zu Hause (Fiala/Parzer 2019). Im Reisegepäck nehmen sie 4 Prozent der Befragten mit. Statistiken zur Anwendung gibt es keine.

3.4 Verhütung im internationalen Vergleich: Contraception Policy Atlas Europe

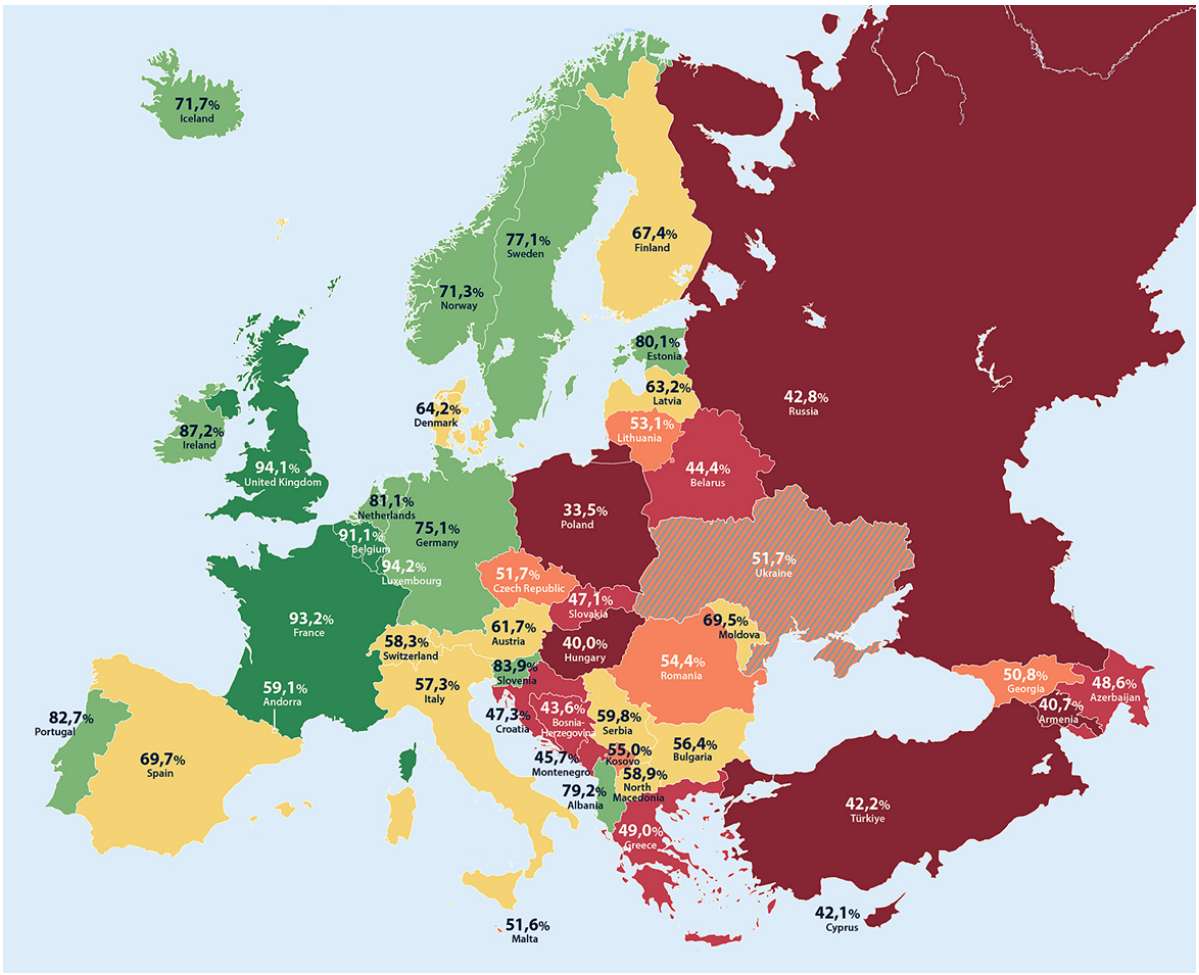
Auf europäischer Ebene wird seit dem Jahr 2017 jährlich ein internationaler Vergleich zu kostenfreier Verhütung mittels des Contraception Policy Atlas Europe erstellt. Darin wird der Zugang zu moderner Verhütung für 46 Länder veröffentlicht und anhand folgender drei Kategorien bewertet:

- Zugang zu Verhütungsmitteln
- Zugang zu Beratung
- Verfügbarkeit von Onlineinformationen

Zur Bewertung wurden 17 Subkategorien entwickelt. Für die Bewertung des Zugangs zu Verhütungsmitteln wird zum Beispiel erhoben, ob und in welchem Ausmaß Kosten rückerstattet werden, ob LARCs inkludiert sind und ob es spezielle Gruppen gibt, für die Verhütungskosten abgedeckt werden. Für die Bewertung der Beratung fließen Aspekte wie Verfügbarkeit, Zugänglichkeit und Erschwinglichkeit ein, aber auch, ob beispielweise Notfall- oder hormonelle Verhütung ohne Rezept erhältlich ist. In die Beurteilung der Onlineinformationen wird beispielsweise einbezogen, ob es sich um staatliche oder nicht staatliche Informationen handelt, ob es Informationen zu Kosten gibt und wie einfach die Navigation auf einer Website ist.

Anhand des Contraception Policy Atlas Europe (CPAE) aus dem Jahr 2024 (siehe Abbildung 1) kann ein Überblick darüber geschaffen werden, welche Verhütungsmodelle in anderen (EU-)Ländern verbreitet sind und wie deren Umsetzungen aussehen können. Der CPAE, der im Jahr 2024 zum siebten Mal erschienen ist, ist das Ergebnis eines vom European Parliamentary Forum for Sexual & Reproductive Rights (EPF) geleiteten Forschungsprojekts. (EPF 2024)

Abbildung 1: Contraception Policy Atlas Europe 2024



Quelle: CPAE 2024

3.4.1 Länderranking

Im vorliegenden Bericht werden jene 14 Länder verglichen, die beim CPAE sehr gut (grün markiert) oder gut (hellgrün markiert) abgeschnitten haben. Luxemburg, Großbritannien, Frankreich und Belgien sind die vier am besten bewerteten Länder mit Scores über 90 Prozent. Diese zeichnen sich insbesondere durch eine Übernahme der Kosten von Verhütungsmitteln, das Angebot niederschwelliger kostenfreier Verhütungsberatung und umfassende, qualitätsgesicherte staatliche Onlineinformationen aus.

Die Länder mit einer Bewertung von 70 bis 90 Prozent (in der Abbildung hellgrün dargestellt) haben gemeinsam, dass es finanzielle Rückvergütungen für spezielle Gruppen

(zum Beispiel junge Frauen bis zu einer gewissen Altersgrenze oder vulnerable Gruppen) sowie einen guten Zugang zu Verhütungsberatung und sehr gute staatliche Onlineinformationen gibt. In Tabelle 5 ist ein Überblick über die 14 höchstbewerteten Länder dargestellt.

Tabelle 5: Ranking der 14 höchstbewerteten Länder des CPAE

Land	Erreichte Scores in Prozent
Luxemburg	94,2
Großbritannien	94,1
Frankreich	93,2
Belgien	91,1
Irland	87,2
Slowenien	83,9
Schweden	82,9
Portugal	82,7
Niederlande	81,1
Estland	80,1
Albanien	79,2
Deutschland	75,1
Island	71,7
Norwegen	71,3

Quelle: CPAE 2024

3.4.2 Österreichs Position im Contraception Policy Atlas Europe

Im europäischen Vergleich hat Österreich im Zeitraum von 2017 bis 2024 eine Verschlechterung der Platzierung in der Rangliste zu verzeichnen: Während es im Jahr 2017 noch auf dem 10. Platz rangierte, ist Österreich bis zum Jahr 2024 auf den 20. Platz zurückgefallen. Diese Entwicklung spiegelt nicht notwendigerweise eine Verschlechterung der nationalen Verhütungspolitik in Österreich wider, sondern vielmehr die relativen Fortschritte anderer europäischer Länder in diesem Bereich, welche sich in einer zunehmenden Anerkennung

der Verhütung als wesentlichen Bestandteil der öffentlichen Gesundheitspolitik verorten lassen. Aufgrund großer Fortschritte in der Verhütungspolitik in Ländern wie zum Beispiel Frankreich, Belgien oder Luxemburg hat sich das EPF im Jahr 2024 dazu entschieden, die Farbcodes der Skala enger zu setzen, um fortschrittliche Länder zu honorieren. Diese Anpassung der Farbcodes hat dazu geführt, dass Österreich 2024 zum ersten Mal nicht mehr im hellgrünen, sondern im gelben Bereich erscheint.

Obwohl es in Österreich keine Kostenübernahme und nur beschränkte Beratungsleistungen zu Verhütungsmitteln gibt, wie das auch in den meisten osteuropäischen Ländern der Fall ist (rot auf der CPA-Karte), zählt Österreich bei der Verfügbarkeit von Onlineinformationen neben Luxemburg und Frankreich zu den drei Ländern mit dem besten Ergebnis. Dies ist darin begründet, dass im öffentlich betriebenen österreichischen Gesundheitsportal (www.gesundheit.gv.at) umfassende Onlineinformationen zum Thema Verhütung zugänglich sind.

3.4.3 Altersgrenzen und Geschlecht

Jedes der 14[11] in Tabelle 5 gelisteten Länder stellt Verhütungsmittel kostenlos zur Verfügung oder gewährt eine Rückerstattung, wobei die Kriterien je nach Land auf unterschiedlichen Voraussetzungen basieren. Eines der wesentlichen Kriterien ist in vielen Ländern das Alter. Dazu geben die meisten Länder eine Beschränkung bis zum 25. Lebensjahr (z. B. Albanien, Belgien, Frankreich, Schweden) an. In den Niederlanden liegt die Altersgrenze mit 18 bis 20 Jahren etwas darunter und Deutschland deckt Verhütungsmittel bis zum 22.

Lebensjahr ab (BZgA 2023; familienplanung.de 2019; independer 2022). Irland hat die Altersgrenze im Jahr 2023 von 16 auf 30 Jahre angehoben. Länder ohne Alterslimit[12] sind derzeit Luxemburg, Großbritannien, Slowenien und Estland, wobei Estland ausschließlich eine Rückerstattung gewährt.

[11] Quellen: BZgA (2023); CNS (2023); expatica (2023); familienplanung.de (2019); (2023); independer (2022); NHS (2023); ÖGF (2023c); République Francaise (2023); Sladden et al. (2021), Slowenien (persönliche Nachricht)

[12] Quelle: Persönliche Nachricht

In Bezug auf das Geschlecht haben die meisten Länder „Frau“ als Kriterium für eine (teilweise) Kostenübernahme bzw. Rückerstattung angegeben. Das HSE (Health Service Executive) Sexual Health and Crisis Pregnancy Programme Ireland führt explizit Frauen und Personen mit Uterus auf der Website an. Luxemburg und Großbritannien schreiben, dass Verhütungsmittel für alle kostenlos sind.

3.4.4 Kostenerstattung bei Verhütungsmitteln

Ein relativ einheitliches Bild gibt es bei der Frage, welche Verhütungsmittel abgedeckt werden. Hier sind es vor allem hormonelle Verhütungsmittel wie Pille, Minipille, Verhütungspflaster, Implantat, Dreimonatsspritze, Hormonspirale und Vaginalring. Belgien und Großbritannien decken alle Verhütungsmittel ab, ohne sie konkret aufzulisten. Hervorzuheben ist in diesem Kontext Luxemburg, wo auch die Sterilisation der Frau und des Mannes inklusive aller Beratungen sowie Vor- und Nachbehandlungen zu 100 Prozent abgedeckt werden. Frankreich, Irland und Großbritannien wiederum erstatten als einzige der zehn Länder auch Kosten für Kondome. Alle vierzehn Länder bis auf die Niederlande erstatten auch mindestens ein Langzeitverhütungsmittel.

3.4.5 Anteil der Kostenerstattung

Wie hoch der Anteil der Kostenerstattung ist, ist unterschiedlich. Die meisten Länder geben in Verbindung mit der Abdeckung 100 Prozent an. In Frankreich sind Kondome kostenlos, alle anderen Verhütungsmittel sind jedoch mit einem Selbstbehalt versehen, so auch in den Niederlanden. In Estland werden 50 Prozent der Kosten rückerstattet (für versicherte Personen) bzw. 75 oder 90 Prozent für Menschen, bei denen eine Geburt mit einer erhöhten Gesundheitsgefährdung einhergeht (z. B. unter 16-Jährige).

In Deutschland fällt ab dem 18. Lebensjahr eine gesetzliche Zuzahlung (Eigenanteil) von höchstens 10 Euro in der Apotheke an. Die Kosten für die ärztliche Verhütungsberatung werden zur Gänze von den gesetzlichen und den privaten Krankenkassen getragen. Falls aus medizinischer Sicht mehrere Verhütungsmethoden passend sind, übernimmt die Krankenkasse üblicherweise die Kosten für die günstigste Option. Die Übernahme der Kosten für Verhütungsmittel wie Spiralen, Kupferketten oder -bälle erfolgt bis zum 22. Lebensjahr der Frau und in der Regel nur, wenn diese aus medizinischen Gründen (beispielsweise bei Unverträglichkeit der Pille) die einzig geeignete Option darstellen oder wenn die Kosten nicht

höher sind als die einer Pillenbehandlung (BZgA 2023). Der Ablauf einer Erstattung ist in den meisten der vierzehn Länder ähnlich. Nach einem Besuch bei einem:einer Ärzt:in wird ein Rezept für das ausgewählte Verhütungsmittel ausgestellt, welches dann in einer Apotheke abgeholt werden kann. In Belgien wird die Rechnung anschließend bei der Krankenkasse eingereicht und rückerstattet. In Irland hingegen muss vorab nichts bezahlt werden, da der:die Ärzt:in nach dem verpflichtenden Beratungsgespräch die Information über das gewählte Verhütungsmittel an die Apotheke weitergibt, welches von der Person nur noch abgeholt werden muss. Hier muss somit nicht in Vorleistung gegangen werden. Die Länder Frankreich, Großbritannien und unter bestimmten Voraussetzungen auch Luxemburg erlauben die Ausstellung eines Rezepts auch durch andere Stellen, wie Familienplanungszentren oder Hebammen.

3.4.6 Begleitmaßnahmen

Bei den Begleitmaßnahmen ist das Bild noch recht unklar. Häufig wird angeführt, dass Verhütungsberatung ebenfalls inkludiert bzw. finanziert ist, wie z. B. in Luxemburg, Frankreich, Deutschland oder Großbritannien. Ausschließlich Irland gibt an, dass ein Beratungsgespräch bei einem:einer Ärzt:in stattfinden muss. Eine Zustimmung der Eltern bei Minderjährigen ist in Frankreich und Großbritannien nicht erforderlich. In Luxemburg ist diese nur bei der Verschreibung der Pille nicht notwendig, während in Deutschland die Zustimmung bis zur Vollendung des 14. Lebensjahrs immer erforderlich ist.

Die Finanzierungsmodelle der Maßnahmen sind in den betrachteten Ländern sehr unterschiedlich und hängen unter anderem auch mit den verschiedenen Wohlfahrts- und Krankenversicherungssystemen zusammen. Aufgrund der lückenhaften Onlineinformationen wird von einer näheren Beschreibung der Finanzierungsoptionen in diesem Bericht Abstand genommen.

3.5 Best-Practice-Projekte für eine sichere und niederschwellig zugängliche Verhütung

Im Folgenden werden zwei Best-Practice-Modelle beschrieben, die sich durch eine umfassende begleitende Evaluation auszeichnen, aus der sich mögliche Implikationen für Österreich ableiten lassen, und die jeweils mit messbaren Verbesserungen der reproduktiven Gesundheit und des Wohlbefindens bzw. einer Erhöhung der Selbstbestimmung von Frauen einhergegangen sind. Die Beispiele zeigen, wie evidenzbasierte Methoden und Ansätze wirksam eingesetzt werden können.

3.5.1 Das Contraceptive CHOICE Project

Das Contraceptive CHOICE Project ist eine große prospektive Kohortenstudie, die im Zeitraum 2007 bis 2011 in St. Louis, USA durchgeführt wurde. Ziel war es, die Akzeptanz und Nutzung von lang wirkenden reversiblen Verhütungsmethoden (LARCs) wie Intrauterinpessaren (IUP, z. B. Kupfer- oder Hormonspirale) und -implantaten (z. B. Hormonstäbchen) zu untersuchen und ihre Auswirkung auf ungewollte Schwangerschaften zu analysieren (McNicholas et al. 2014).

An der Studie nahmen 9.256 Frauen im Alter von 14 bis 45 Jahren teil. Einschlusskriterien waren der Wunsch nach Verhütung für mindestens 12 Monate sowie sexuelle Aktivität und kein bestehender Kinderwunsch. Die Teilnehmenden erhielten für zwei bis drei Jahre kostenlose reversible Verhütungsmittel ihrer Wahl. Zu Studienbeginn entschieden sich 75 Prozent für eine LARC-Methode, 46 Prozent davon für ein Hormon-IUP, 12 Prozent für ein Kupfer-IUP und 18 Prozent für ein Hormonimplantat.

Im Vergleich zu Frauen, die kurzzeitig wirkende Methoden wie Pille, Pflaster und Vaginalring ausgewählt hatten, hatten LARC-Anwenderinnen eine deutlich geringere Anzahl an ungewollten Schwangerschaften (<1 % vs. 5–9 %) verbunden mit einer höheren Verträglichkeit. Nach 12 Monaten setzten 86 Prozent der Frauen, die LARCs anwendeten, die Methode fort; im Vergleich dazu wurden kurzzeitige Methoden nur zu 55 Prozent weiterhin angewandt. Insgesamt konnte durch die erhöhte LARC-Nutzung die Rate ungewollter Schwangerschaften und Abtreibungen in der Region signifikant gesenkt werden.

Die Studie zeigt, dass durch kostenlose Bereitstellung von und Beratung zu LARCs die Akzeptanz und dauerhafte Nutzung dieser Methoden stark erhöht werden kann.

Das Projekt stellte sicher, dass die Teilnehmerinnen gut informiert wurden, um eine fundierte Entscheidung über ihre Verhütungsmethode treffen zu können. Betont wurde dabei die reproduktive Selbstbestimmung und die Bedeutung der Wahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Verhütungsmethoden. Die signifikanten Ergebnisse – insbesondere die Reduzierung ungewollter Schwangerschaften und Abtreibungen sowie die hohe Fortsetzungsrate bei der Anwendung von LARCs – zeugen von der Wirksamkeit des Ansatzes des Projekts. Dies kann einen bedeutenden Public-Health-Nutzen haben und birgt ein hohes Replikationspotenzial für andere Regionen oder Länder (McNicholas et al. 2014).

3.5.2 Modellprojekt biko – Beratung, Information und Kostenübernahme bei Verhütung

Im Rahmen eines durch das deutsche Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten und von pro familia durchgeführten Modellprojekts wurde von Oktober 2016 bis September 2019 an unterschiedlichen Standorten in Deutschland der Zugang zur Kostenübernahme für Verhütung erprobt. Das Projekt ermöglichte Frauen mit geringem Einkommen einen einfachen Zugang zu verschreibungspflichtigen und sicheren Verhütungsmitteln. Zudem bestand die Möglichkeit einer freiwilligen und umfassenden Beratung zum Thema Verhütung, Sexualität und Familienplanung. Um auch Frauen mit geringen Deutschkenntnissen den Zugang zum Angebot zu erleichtern, konnte bei Bedarf Videodolmetschen genutzt werden. Das Modellprojekt wurde in Zusammenarbeit mit pro-familia-Beratungsstellen in Erfurt/Artern, Halle an der Saale, Lübeck, Ludwigsfelde (Landkreis Teltow-Fläming), Recklinghausen/Marl/Gladbeck, Saarbrücken und Wilhelmshaven (Landkreis Friesland) durchgeführt und durch ein unabhängiges Evaluationsinstitut wissenschaftlich begleitet (pro familia 2019).

Es zielte darauf ab, den Bedarf an finanzieller Unterstützung für Verhütungsmittel zu ermitteln und dabei die Bedingungen für die Wahlfreiheit und für selbstbestimmte Entscheidungen zu identifizieren. Dies wurde durch die Untersuchung der Nachfrage an den sieben Standorten erfasst, um die Notwendigkeit einer bundesweiten Regelung zu ermitteln. Zusätzlich wurde eine ergänzende Verhütungsberatung angeboten, um den Zugang zu unabhängigen Informationen zu gewährleisten. Ein weiteres Ziel war es, Lösungen für die bundesweite Kostenübernahme für Verhütungsmittel für Frauen mit begrenzten finanziellen Mitteln zu finden. Folgende drei Säulen bildeten das Zielvorhaben:

- Erprobung einer guten Praxis zur Kostenübernahme für Verhütungsmittel in Verbindung mit einer freiwilligen Beratung
- Erprobung der Zusammenarbeit mit ärztlichen Praxen und Apotheken zur Kostenübernahme
- Identifikation von Barrieren beim Zugang zu Verhütungsmitteln und bei selbstbestimmten Entscheidungen

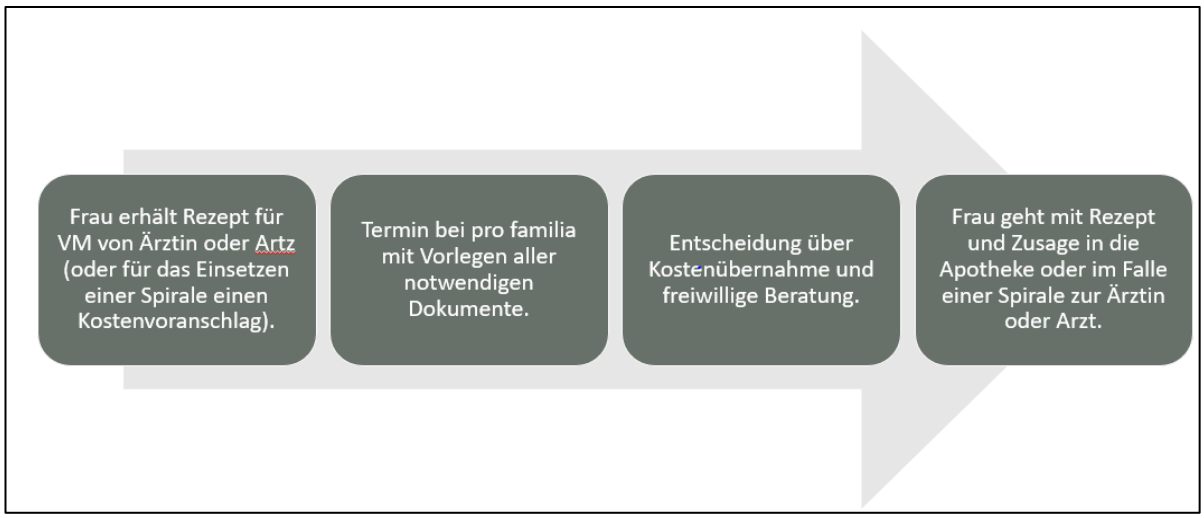
Als anspruchsberechtigt galten Frauen über 20 Jahre (ab März 2019 über 22 Jahre), die Sozialleistungen (Arbeitslosengeld II, Sozialhilfe, Kinderzuschlag, Leistung lt. BAföG[13], Berufsausbildungsbeihilfe, Wohngeld sowie Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz) erhalten. Zudem konnte das Angebot von biko auch von Frauen, die nachweislich über ein geringes Einkommen verfügten, in Anspruch genommen werden. Hierzu ist zu erwähnen, dass in Deutschland seit März 2019 für Frauen bis zum vollendeten 22. Lebensjahr Anspruch auf Versorgung mit verschreibungspflichtigen empfängnisverhütenden Mitteln über die gesetzliche Krankenversicherung besteht (Sozialgesetzbuch 2023).

Dadurch, dass Apotheken und ärztliche Praxen als Kooperationspartner:innen direkt mit pro familia abrechnen konnten, mussten Frauen keine finanzielle Vorleistung erbringen. Zu den geförderten Verhütungsmitteln zählten die Pille, die Hormon- und Kupferspirale, die Kupferkette, das Hormonimplantat, der Vaginalring, die Dreimonatsspritze, das Verhütungspflaster (rezeptpflichtige Verhütungsmittel) und die Pille danach. Verhütungsmethoden wie die Sterilisation oder Barrieremethoden wie zum Beispiel das Kondom oder Diaphragma für die Frau waren von einer Kostenübernahme somit ausgeschlossen.

[13] BAföG steht für das Bundesausbildungsförderungsgesetz, das für Studierende und Schüler:innen in Deutschland finanzielle Unterstützungsleistungen vorsieht.

Abbildung 2 zeigt den Ablauf der Kostenübernahme im Modellprojekt biko:

Abbildung 2: Ablauf der Kostenübernahme im Modellprojekt biko



Quelle: pro familia (2019); Darstellung: GÖG

Ergebnisse der Abschlussevaluation von biko

Das Evaluationsinstitut Camino Werkstatt für Fortbildung, Praxisbegleitung und Forschung im sozialen Bereich gGmbH begleitete das Modellprojekt biko kontinuierlich und erstellte einen umfassenden Evaluationsbericht. Die wichtigsten Erkenntnisse aus der Abschlussevaluation werden im Folgenden zusammengefasst dargestellt. Die Informationen dazu stammen ausschließlich aus dem Abschlussbericht zum Projekt von pro familia (2019).

Hoher Bedarf an Kostenübernahme für Verhütungsmittel

In einer Laufzeit von 30 Monaten wurden insgesamt 4.480 Kostenübernahmen abgewickelt und 4.751 Beratungsgespräche durchgeführt. Aufgrund der hohen Nachfrage musste das Budget für die Kostenübernahmen mehrmals aufgestockt werden. Dieser Umstand verdeutlicht den erheblichen Bedarf an Unterstützung bei der Finanzierung von Verhütungsmitteln bei Frauen mit geringem Einkommen.

Heterogenität der Nutzerinnen

Die Auswertung zeigte, dass die soziodemografischen Merkmale der erreichten Frauen sehr heterogen waren. Das Angebot wurde nicht nur von jungen Frauen, sondern von Frauen aller Altersgruppen in Anspruch genommen. 63 Prozent der Nutzerinnen lebten in einer Partnerschaft und 59 Prozent hatten Kinder. Der Anteil an Frauen mit drei oder mehr Kindern lag mit 21 Prozent deutlich über dem Bevölkerungsdurchschnitt. Nur 10 Prozent waren berufstätig, meist in Teilzeitjobs. Etwa ein Drittel hatte Migrationshintergrund, was in etwa dem Bevölkerungsanteil entspricht. Mehrheitlich bezogen die Frauen Arbeitslosengeld II, aber auch Geringverdienende und Studierende nutzten das Angebot.

Bedeutung der individuellen Situation bei der Wahl von Verhütungsmitteln

Die Pille, die Hormonspirale und die Kupferspirale waren die am häufigsten nachgefragten Verhütungsmittel, wobei die Wahl unter anderem mit der Lebenssituation der Frauen zusammenhing: Frauen in Partnerschaften und mit Kindern sowie Frauen in Ausbildung bzw. im Studium wählten häufiger Hormon- oder Kupferspiralen als Frauen in anderen Lebenssituationen. Viele Nutzerinnen gaben an, dass sie ohne Kostenübernahme weniger zuverlässig oder gar nicht verhüten würden. Aus begleitenden qualitativen Interviews ging hervor, dass es für Frauen wichtig war, sich individuell für das passendste und verträglichste Verhütungsmittel entscheiden zu können.

Bedarf an Verhütungsberatung

Ergänzend zur ärztlichen Beratung wurde aufgrund der hohen Nachfrage ein Bedarf an kostenfreier Verhütungsberatung festgestellt, die im Rahmen des Projekts freiwillig genutzt wurde. Niederschwellige Angebote wie Videodolmetsch an allen Standorten und Informationsmaterialien in verschiedenen Sprachen sowie in leichter Sprache wurden gut angenommen.

Barrieren der Inanspruchnahme

Als Barrieren für die Inanspruchnahme des Angebots wurden lange Wege und Fahrtkosten zu den biko-Beratungsstellen und Scham bzw. Angst vor Stigmatisierung durch die Prüfung der Anspruchsberechtigung identifiziert.

Kostenschätzung

Unter der Annahme einer landesweiten Implementierung des Angebots wurde prognostiziert, dass jährlich etwa 101.000 Frauen die Kostenübernahme beanspruchen würden. Die anfallenden Kosten für Verhütungsmittel und medizinische Leistungen würden sich dabei auf etwa 16 Millionen Euro belaufen, könnten jedoch je nach tatsächlich verwendeten Verhütungsmitteln und Anzahl der Inanspruchnehmerinnen auf 21 Millionen Euro ansteigen.

Weiterführende Ergebnisse

Zuletzt ergab sich lt. Abschlussbericht zum Modellprojekt von pro familia (2019) die Notwendigkeit, bestimmte Aspekte zu hinterfragen: die ausschließliche Konzentration auf Frauen mit geringem Einkommen und auf verschreibungspflichtige Verhütungsmittel, den Ausschluss von Verhütungsmethoden für Männer und die örtliche Hürde des Zugangs zur Kostenerstattung durch das Erfordernis, eine Beratungsstelle aufzusuchen. pro familia kam zu dem Schluss, dass die Kostenerstattung für Frauen mit geringem Einkommen nur der erste Schritt zur Umsetzung des Rechts auf Familienplanung sein könne. Um sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte umfassend zu gewährleisten, müssten weitere Maßnahmen ergriffen werden.

Laut pro familia sollte eine umfangreiche, auf Menschenrechten basierende Lösung sowohl Frauen als auch Männer berücksichtigen. Alle Arten von Verhütungsmitteln, einschließlich Barrieremethoden wie Diaphragma und Kondome, sollten in die Kostenerstattung einbezogen werden. Es sollte keine stigmatisierende Bedürftigkeitsprüfung für Menschen mit geringem Einkommen geben. Verhütungsmittel als integraler Bestandteil der sexuellen und reproduktiven Gesundheitsversorgung sollten daher in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen und auf unkomplizierte Weise zugänglich gemacht werden. Für Personen ohne Krankenversicherung, wie z. B. Menschen ohne Papiere, die auf diese Weise nicht erreicht werden können, sollten in Zusammenarbeit mit Beratungsstellen gesonderte Zugangsmöglichkeiten geschaffen werden (pro familia 2019).

4 Ergebnisse der Bedarfserhebung

Im Zuge der vorliegenden Studie wurde eine Bedarfserhebung durchgeführt, mit der ein Überblick zur Verhütungssituation von Frauen in Österreich geschaffen wurde, aus dem sich weitere Maßnahmen ableiten lassen.

4.1 Soziodemografie und Stichprobe

Im Folgenden werden die Charakteristika der Stichprobe beschrieben. Details zum Sample sind Tabelle 6 im Anhang zu entnehmen.

Die Erhebung richtete sich an Frauen in Österreich im reproduktiven Alter und schloss das Alter von 14 bis 45 Jahren ein. Von den 1.005 Befragten identifizierten sich 98,3 Prozent als Frauen, 1,2 Prozent als intergeschlechtlich/inter* und 0,5 Prozent als nichtbinär. Die Altersgruppe der 31- bis 40-Jährigen machte mit 36,1 Prozent den größten Anteil aus, gefolgt von den 21- bis 30-Jährigen mit 33,9 Prozent. Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 14 bis 20 Jahren machten 14,5 Prozent der Befragten aus, während die Altersgruppe der 41- bis 45-Jährigen 15,4 Prozent umfasste.

Als höchste abgeschlossene Schulbildung verfügten die meisten Befragten über einen Pflichtschulabschluss (24,8 %), eine abgeschlossene Lehre hatten 19,5 Prozent. Weiterführende Schulen ohne Matura wurden von 11,4 Prozent besucht, während Befragte mit Matura 21,3 Prozent ausmachten. Ein bedeutender Anteil (22,6 Prozent) hatte einen höheren Bildungsabschluss an Universitäten oder Fachhochschulen.

Die Wohnregion der Befragten erstreckte sich über verschiedene Gemeindegrößen. 35,4 Prozent der Befragten stammten dabei aus ländlichen Gebieten bis 5.000 Einwohner:innen. Eher städtische Gebiete ab 5.001 Einwohner:innen waren mit 60,4 Prozent der Teilnehmenden in der Stichprobe stärker vertreten, wobei der größte Anteil (24,5 %) der Befragten in dieser Kategorie in Großstädten (> 300.000 Einwohner:innen) lebte.

Das persönliche Nettoeinkommen der Teilnehmenden variierte stark. Die größte Gruppe (10,4 %) gab an, ein Nettoeinkommen zwischen 2.001 und 2.250 Euro zu haben. Bemerkenswert ist, dass 17,3 Prozent der Befragten keine Angabe zu ihrem Einkommen machten. Ein kleinerer Anteil der Befragten hatte kein eigenes Einkommen (4,8 %), während 7,5 Prozent weniger als 480 Euro verdienten.

Die Analyse des Aufenthaltsstatus der Studienteilnehmer:innen zeigt, dass die überwiegende Mehrheit, nämlich 87,8 Prozent, die österreichische Staatsbürgerschaft besitzt. Eine kleinere Gruppe von Teilnehmenden mit dauerhaftem Aufenthaltsrecht in der EU war ebenfalls vertreten und machte 2,9 Prozent aus. Personen, die im Besitz einer Rot-Weiß-Rot-Karte sind, stellten 1,3 Prozent der Stichprobe dar. Weitere Aufenthaltsberechtigungen sind in der Stichprobe mit geringeren Anteilen vertreten: subsidiärer Schutz und Asyl wurden jeweils von 0,6 Prozent der Befragten angegeben. Ein:e Teilnehmer:in (0,1 %) hat eine Niederlassungsbewilligung, während 0,3 Prozent als Familienangehörige aufgeführt sind (siehe Anhang).

4.2 Lebensphasen von Frauen

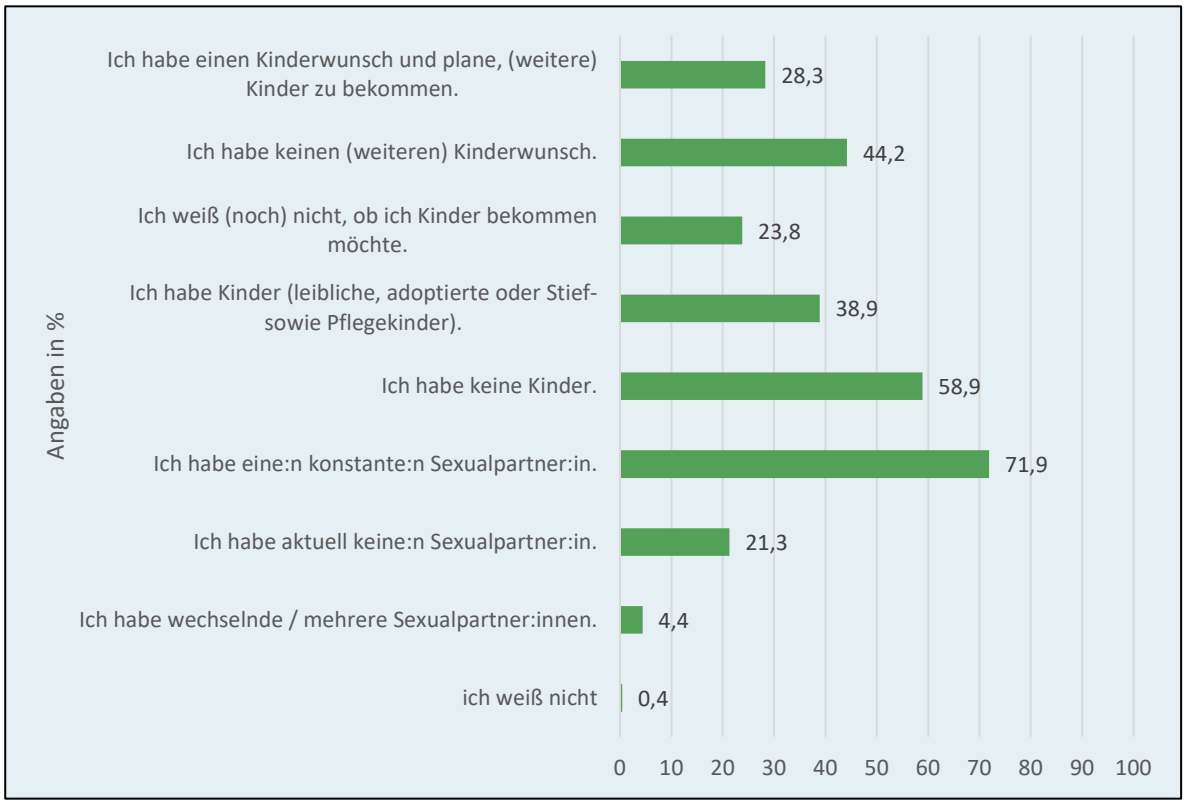
Der Gebrauch von Verhütungsmitteln hat über die verschiedenen Lebensphasen hinweg einen dynamischen Verlauf (pro familia 2019). Damit eine differenziertere Einordnung des potenziellen Verhütungsverhaltens in Verbindung mit den Lebensphasen stattfinden kann, wird in diesem Kapitel aufgezeigt, in welchen Lebenssituationen sich Frauen zum Zeitpunkt der Erhebung befanden.

Mädchen und Frauen durchlaufen verschiedene Lebensphasen, die sich vor allem auch aufgrund der Schwangerschaftsverhütung auf das Verhütungsverhalten auswirken. In Abbildung 3 sind die diversen Lebensphasen und sozialen Konstellationen der Frauen laut der Erhebung dargestellt. Die Mehrheit der Frauen (71,9 %) gab an, eine:n konstante:n Sexualpartner:in zu haben. Weitere 21,3 Prozent der Befragten hatten zum Zeitpunkt der Erhebung keine:n Sexualpartner:in. Eine Minderheit von 4,4 Prozent hatte wechselnde bzw. mehrere Sexualpartner:innen.

Hinsichtlich des Kinderwunsches und der Elternschaft zeigt sich, dass 58,9 Prozent der Teilnehmenden angaben, keine Kinder zu haben. Dem stehen 38,9 Prozent der Befragten gegenüber, die bereits Eltern sind, sei es durch leibliche, adoptierte, Stief- oder Pflegekinder.

Bei den Zukunftsvorstellungen in Bezug auf die Elternschaft äußerten 44,2 Prozent der Teilnehmenden, keinen (weiteren) Kinderwunsch zu haben, während 28,3 Prozent einen Kinderwunsch haben und planen, (weitere) Kinder zu bekommen. Ein Anteil von 23,8 Prozent war sich unsicher über den Kinderwunsch.

Abbildung 3: „Welche der folgenden Aussagen passen zu Ihrer aktuellen Lebensphase?“ (n = 1.005, Mehrfachantworten möglich)

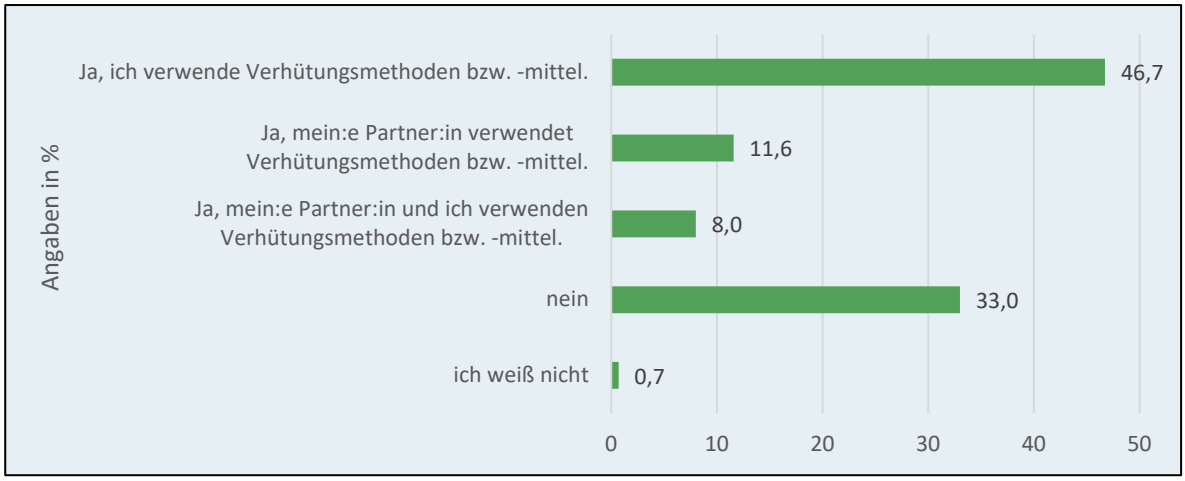


Quelle: GÖG

4.3 Verhütungsverhalten

Abbildung 4 zeigt, dass insgesamt 66,3 Prozent der Befragten angegeben haben, dass entweder sie selbst bzw. der oder die Sexualpartner:in oder beide verhüten. 33 Prozent der Befragten verhüten nicht und 0,7 Prozent sind sich unsicher.

Abbildung 4: „Verwenden Sie derzeit Verhütungsmittel oder Verhütungsmethoden?“ (n = 1.005)

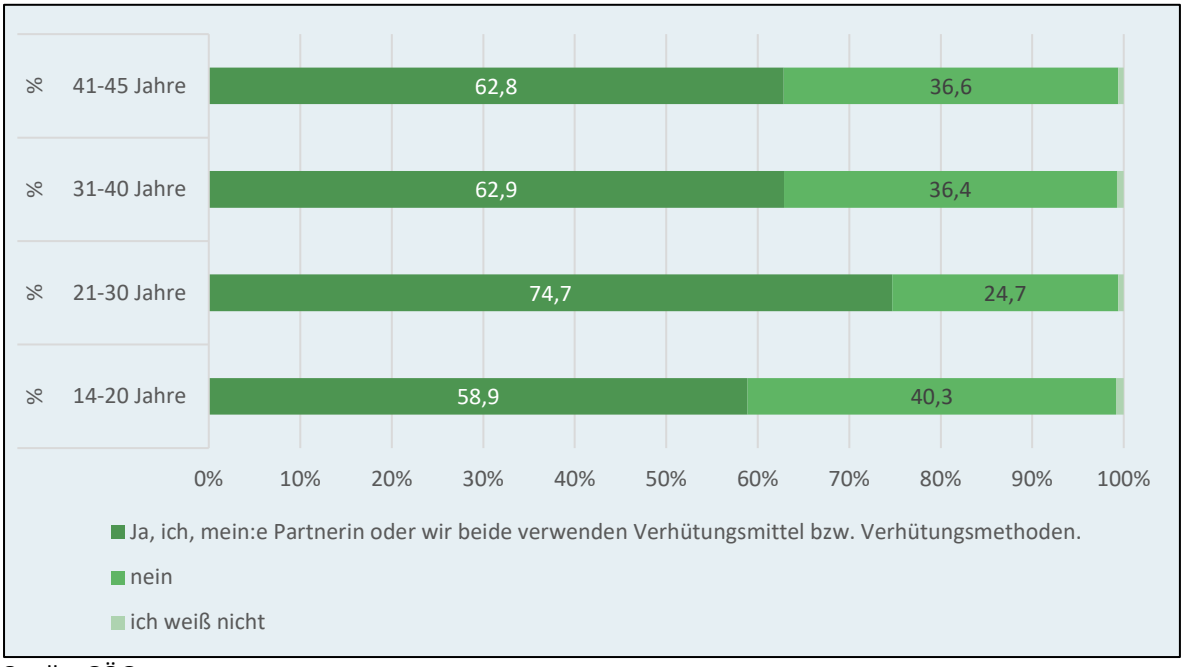


Quelle: GÖG

Betrachtet man die Verhütungsprävalenz nach Altersgruppen (siehe Abbildung 5), ist ersichtlich, dass Personen in der Altersgruppe von 21 bis 30 Jahren mit 74,4 Prozent am häufigsten verhüten. In der Altersgruppe der 14- bis 20-Jährigen verwenden 58,9 Prozent Verhütungsmittel, während 40,3 Prozent angaben, keine Verhütung zu verwenden.

Bei den 31- bis 40-Jährigen verwenden 62,9 Prozent Verhütungsmittel, 36,4 Prozent verzichten darauf und 0,7 Prozent konnten keine definitive Antwort geben. Ähnliche Werte zeigen sich in der Altersgruppe der 41- bis 45-Jährigen mit einer Verhütungsanwendung bei 62,8 Prozent, keiner Nutzung bei 36,6 Prozent und Unentschlossenheit bei 0,6 Prozent der Befragten.

Abbildung 5: „Verwenden Sie derzeit Verhütungsmittel oder Verhütungsmethoden?“ (n = 1.005, nach Altersgruppen)



Quelle: GÖG

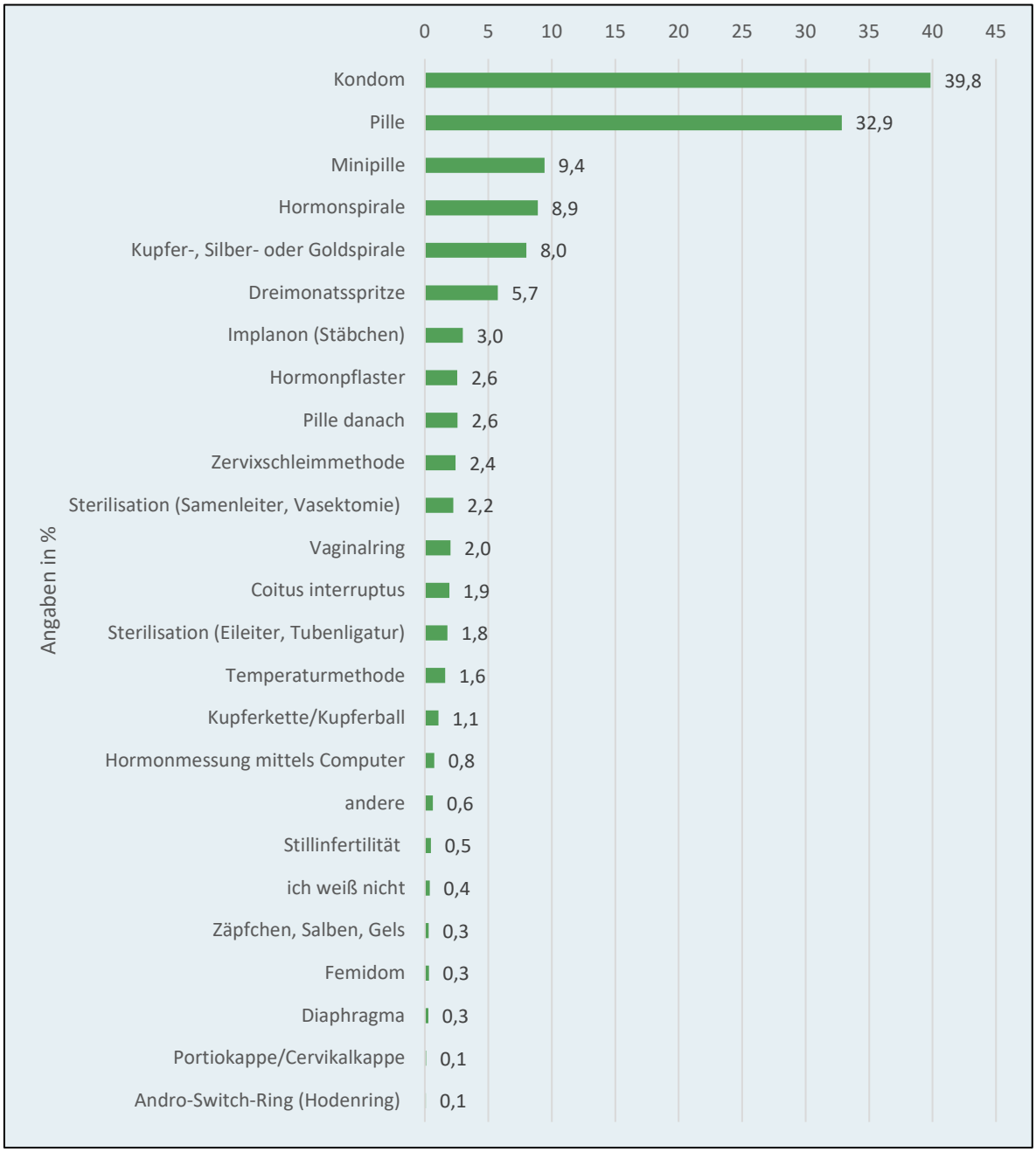
Abbildung 6 zeigt die Verhütungsmittel bzw. Verhütungsmethoden, die aktuell von den Befragten, die verhüten (n = 673), angewendet werden. Das am häufigsten angewandte Verhütungsmittel ist das Kondom mit 39,8 Prozent, gefolgt von der Pille, die von 32,9 Prozent der Teilnehmenden verwendet wird. Weitere häufig genutzte Methoden sind die Minipille und die Hormonspirale, die jeweils von 9,4 Prozent bzw. 8,9 Prozent der Befragten bevorzugt werden.

Unter den Langzeitverhütungsmethoden hebt sich die Hormonspirale mit 8,9 Prozent sowie die Kupfer-, Silber- oder Goldspirale mit 8 Prozent hervor. Das Implantat, bekannt als Implanon, wird von 3 Prozent der Befragten genutzt. Die Sterilisation wird als chirurgische Langzeitmethode sowohl bei Frauen (Tubenligatur) als auch bei Männern (Vasektomie) mit 2,2 Prozent bzw. 1,8 Prozent angewandt.

Die Dreimonatsspritze, die auch zu den länger wirkenden Verhütungsmethoden zählt, wird von 5,7 Prozent der Befragten genutzt. Andere, weniger verbreitete Verhütungsmittel wie das Hormonpflaster, der Vaginalring, die Kupferkette sowie diverse Barrieremethoden wie das Diaphragma und das Femidom werden jeweils von weniger als 2 Prozent der Teilnehmenden verwendet.

Die Daten legen nahe, dass die Mehrheit der Befragten Kurzzeitmethoden anwendet, die täglich (wie die Pille) oder bei jedem Geschlechtsverkehr (wie das Kondom) angewendet werden müssen. Die Langzeitmethoden, die weniger häufige Anwendungen erfordern und oft mit einer höheren Invasivität oder mit höheren initialen Kosten verbunden sind, werden von einer geringeren Anzahl der Befragten genutzt.

Abbildung 6: „Welche der folgenden Verhütungsmittel bzw. Verhütungsmethoden wenden Sie aktuell an? Bitte denken Sie an jene Maßnahmen, die Sie selbst oder Ihre Sexualpartner:innen getroffen haben.“ (n = 673, Mehrfachantworten möglich)



Quelle: GÖG

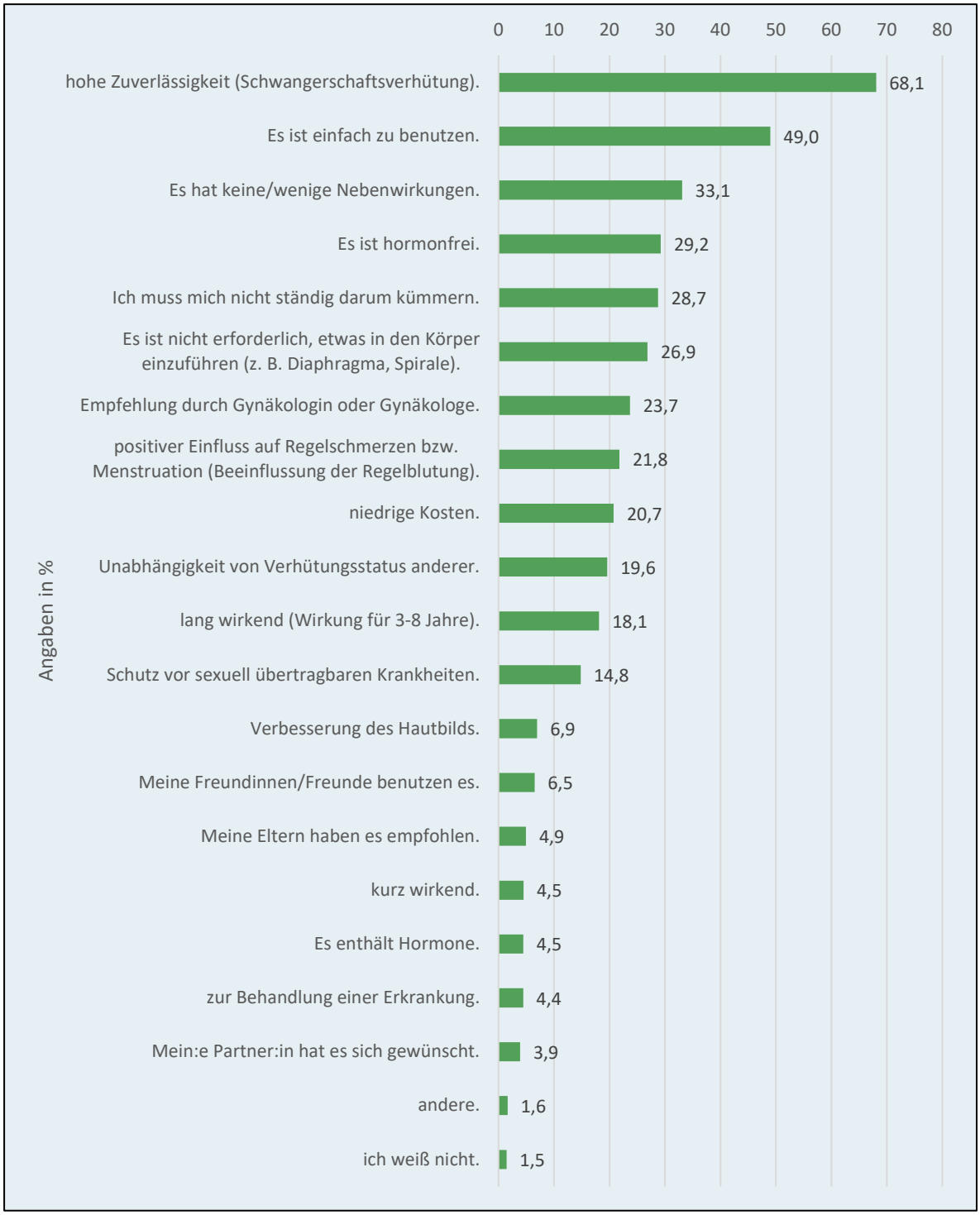
4.4 Entscheidungsfindung im Kontext Verhütung

In Abbildung 7 ist zu sehen, welche Faktoren die Befragten, die verhüten (n = 673), bei der Wahl ihres Verhütungsmittels bzw. ihrer Verhütungsmethode beeinflusst haben. Der bedeutendste Faktor, der die Wahl beeinflusst hat, ist die hohe Zuverlässigkeit in Bezug auf die Schwangerschaftsverhütung; diese wurde von 68,1 Prozent der Befragten als wichtig eingestuft. Die Benutzerfreundlichkeit wird von 49 Prozent der Teilnehmenden geschätzt, was darauf hindeutet, dass eine einfache Anwendung von großer Bedeutung ist. Keine bzw. geringe Nebenwirkungen sind für 33,1 Prozent der Befragten ausschlaggebend, während der Aspekt, dass das Verhütungsmittel hormonfrei ist, von 29,2 Prozent als relevant erachtet wurde. Ein nahezu gleich großer Anteil von 28,7 Prozent möchte sich nicht ständig um die Verhütung kümmern müssen.

Für 26,9 Prozent der Teilnehmenden ist es wichtig, dass nichts in den Körper eingeführt werden muss, wie es zum Beispiel bei einem Diaphragma oder der Spirale der Fall ist. Die Empfehlung durch die Gynäkologin bzw. den Gynäkologen spielte für 23,7 Prozent eine Rolle. Die positive Beeinflussung von Regelschmerzen oder der Menstruation[14] ist für 21,8 Prozent der Befragten ein Einflussfaktor und niedrige Kosten sind für 20,7 Prozent relevant.

[14] zum Beispiel die Linderung von Regelschmerzen oder die Regulierung des Zyklus durch die Pille

Abbildung 7: „Wenn Sie an die Wahl Ihrer derzeitigen Verhütungsmethode bzw. Ihres aktuellen Verhütungsmittels denken, welche Punkte haben die Wahl beeinflusst? Bitte wählen Sie jene Punke aus, die für Sie wichtig waren.“ (n = 673, Mehrfachantworten möglich)



Quelle: GÖG

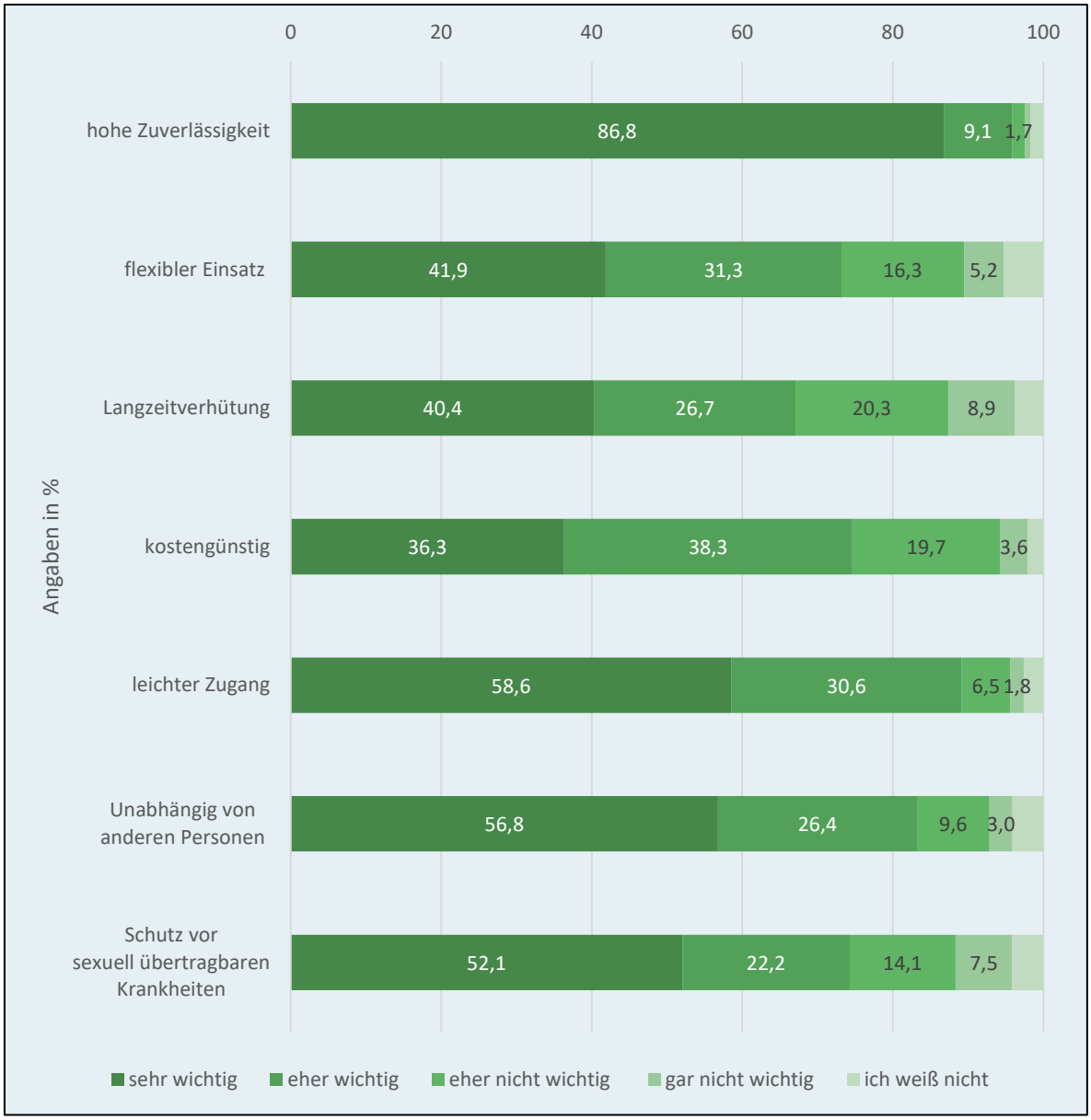
Unabhängigkeit davon, ob und wie die andere Person verhütet, mit der der sexuelle Kontakt stattfindet, ist für 19,6 Prozent wichtig. Lang wirkende Methoden, die eine Wirkdauer von drei bis acht Jahren haben, wurden von 18,1 Prozent als wichtiger Aspekt für ihre Entscheidung erachtet. Der Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten wurde von 14,8 Prozent der Befragten als entscheidend angesehen.

Die übrigen Faktoren, wie die Verbesserung des Hautbilds, die Nutzung durch Freundeskreis oder Familie oder dass es sich um eine kurz wirkende Methode handelt, wurden von jeweils weniger als 7 Prozent der Befragten als wichtig erachtet. Hormonhaltige Methoden, die Behandlung einer Erkrankung oder die Tatsache, dass der oder die Partner:in sich das gewünscht hat, spielen eine noch geringere Rolle in der Entscheidungsfindung. Eine Minderheit von 1,6 Prozent nannte andere Gründe, und 1,5 Prozent der Teilnehmenden war sich unsicher oder wusste nicht, welche Faktoren ihre Wahl beeinflusst haben.

Zusammenfassend lässt sich aus dem Diagramm schlussfolgern, dass Zuverlässigkeit, Benutzerfreundlichkeit und keine bzw. wenige Nebenwirkungen die Hauptfaktoren sind, die die Entscheidung für ein Verhütungsmittel oder eine Verhütungsmethode beeinflussen. Zudem gibt es eine hohe Bandbreite an Gründen wieder, die die Entscheidung für ein bestimmtes Verhütungsmittel oder eine bestimmte Verhütungsmethode beeinflussen.

Die Zuverlässigkeit eines Verhütungsmittels oder einer Verhütungsmethode ist für Frauen der wichtigste Faktor. Abbildung 9 zeigt, dass 95,9 Prozent der Frauen die Zuverlässigkeit als eher oder sehr wichtig für die Wahl des Verhütungsmittels oder einer Verhütungsmethode einstufen. An zweiter Stelle steht der leichte Zugang zu dem Produkt, dieser Aspekt wird von 89,2 Prozent der Befragten als eher oder sehr wichtig empfunden. Die Unabhängigkeit von anderen Personen wird von 83,2 Prozent der Frauen als eher oder sehr wichtig erachtet. An vierter Stelle rangieren niedrige Kosten als eher oder sehr wichtiger Faktor für die Wahl des Verhütungsmittels oder der Verhütungsmethode.

Abbildung 8: „Bitte geben Sie an, wie wichtig der jeweilige Punkt grundsätzlich für Ihre Entscheidung bei der Wahl einer Verhütungsmethode / eines Verhütungsmittels ist.“ (n = 1.005)



Quelle: GÖG

4.5 Information

Abbildung 8Abbildung 9 zeigt die Selbsteinschätzung der Informiertheit über Verhütungsmethoden der 1.005 Befragten, aufgeschlüsselt nach Altersgruppen. In der jüngsten Altersgruppe der 14- bis 20-Jährigen fühlen sich 28,4 Prozent der Befragten sehr gut informiert, während der größte Anteil mit 53,3 Prozent angibt, sich eher gut informiert zu fühlen. Eine Minderheit von 14,5 Prozent fühlt sich eher nicht gut informiert und 3,8 Prozent fühlen sich nicht gut informiert, was in dieser Altersgruppe den geringsten Anteil darstellt.

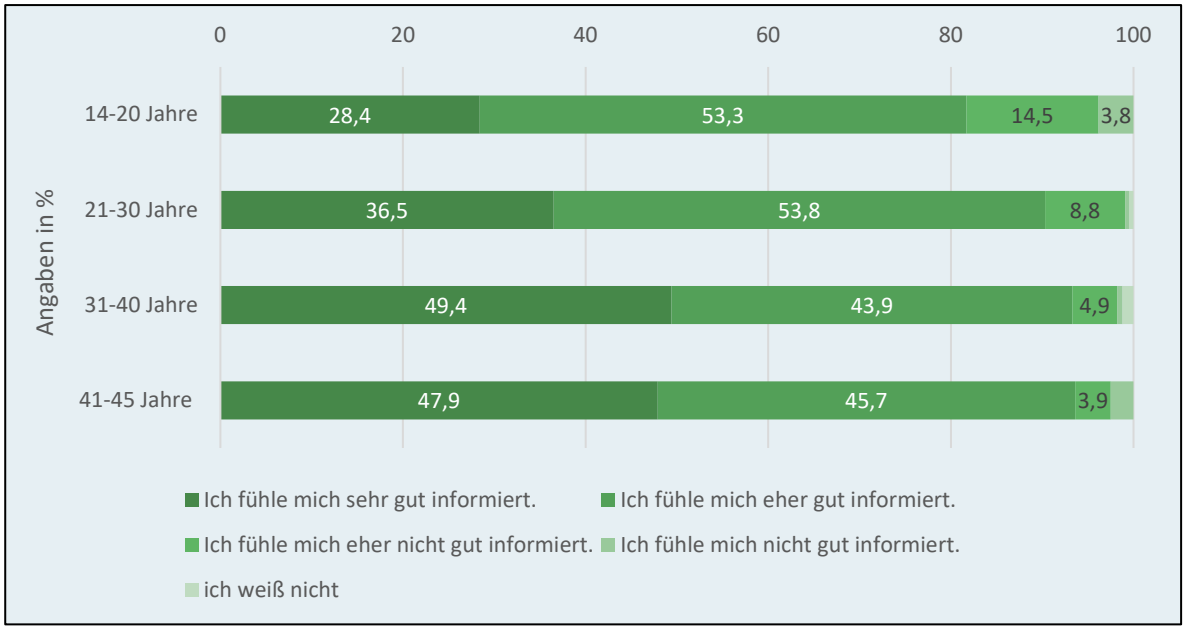
Für die Altersgruppe der 21- bis 30-Jährigen zeigt sich ein etwas höherer Wert in puncto selbsteingeschätzter Informiertheit mit 36,5 Prozent, die sich sehr gut informiert fühlen, und 53,8 Prozent, die sich eher gut informiert fühlen. Hier liegt der Anteil derer, die sich eher nicht gut informiert fühlen, bei 8,8 Prozent und ein marginaler Anteil von 0,4 Prozent fühlt sich nicht gut informiert.

Mit dem Übergang zur Altersgruppe der 31- bis 40-Jährigen lässt sich eine bessere Einschätzung der eigenen Informiertheit beobachten mit fast der Hälfte der Befragten (49,4 %), die sich sehr gut informiert fühlen, und 43,9 Prozent, die sich eher gut informiert fühlen. Hingegen fühlen sich nur mehr 4,9 Prozent eher nicht gut informiert und 0,6 Prozent nicht gut informiert.

In der höchsten Altersgruppe der 41- bis 45-Jährigen sind es 47,9 Prozent, die sich sehr gut und 45,7 Prozent, die sich eher gut informiert fühlen. Der Anteil derer, die sich eher nicht gut informiert fühlen, beträgt 3,9 Prozent und nicht gut informiert fühlen sich 2,5 Prozent.

Die Daten spiegeln eine Tendenz wider, nach der mit zunehmendem Alter der Prozentsatz der Befragten steigt, die sich in Bezug auf Verhütungsmethoden als sehr gut oder gut informiert betrachten.

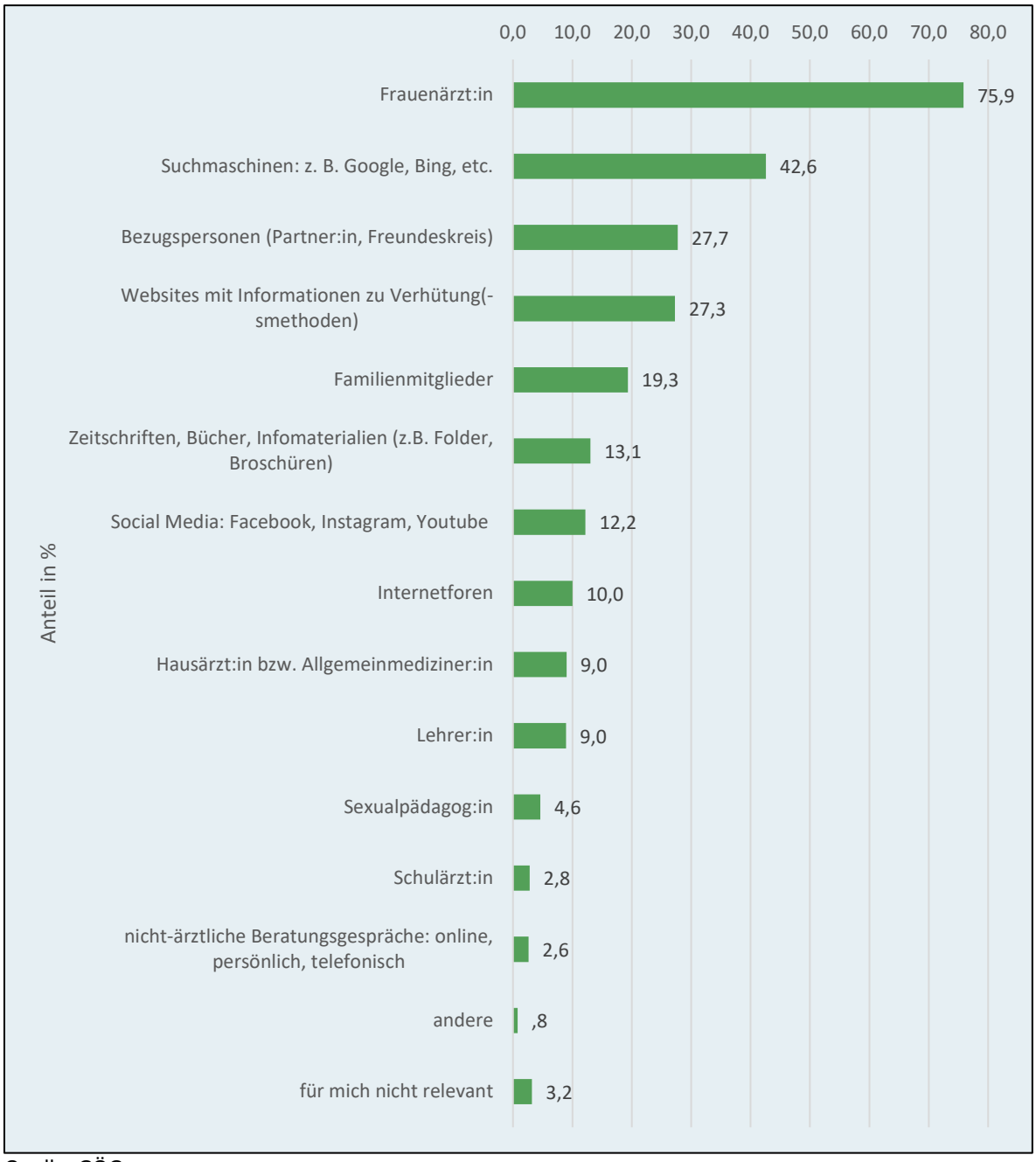
Abbildung 9: „Wie fühlen Sie sich über Verhütungsmethoden informiert?“ (n = 1.005)



Quelle GÖG

Ein Großteil der Frauen (75,9 %) erhält Informationen zum Thema Verhütung bei dem:der Frauenärzt:in (siehe Abbildung 10). Der Besuch in der gynäkologischen Praxis stellt somit die Hauptinformationsquelle für Verhütungsmethoden dar. 42,6 Prozent der Befragten gaben an, Suchmaschinen wie zum Beispiel Google, Bing etc. zu verwenden, um zu Informationen über Verhütung zu gelangen. Persönliche Kontakte inklusive Partner:innen, Freundinnen, Freunde und Familie wurden zusammen zu 47 Prozent als Informationsquelle genannt.

Abbildung 10: „Woher erhalten Sie Informationen über Verhütungsmittel bzw. Verhütungsmethoden?“ (n = 1.005, Mehrfachantworten möglich)

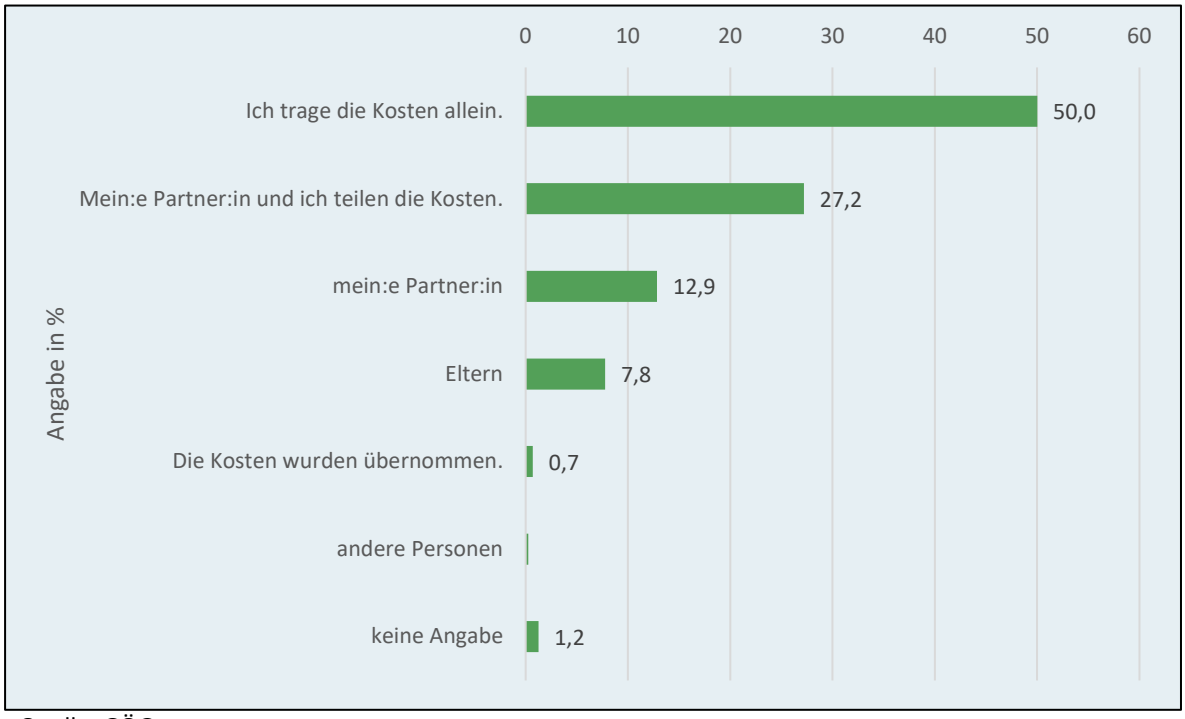


Quelle: GÖG

4.6 Kosten und Verhütungsverantwortung

Abbildung 11 zeigt, wer zum Zeitpunkt der Befragung von jenen Frauen, die verhütet haben (n = 662), die Kosten für die Verhütung getragen hat. Ein Großteil der Frauen (50 %) kam für die Kosten für Verhütung allein auf. Knapp über ein Viertel (27,2 %) gab an, sich die Kosten mit dem:der Partner:in zu teilen, und 12,9 Prozent antworteten, dass der:die Partner:in die Kosten trage. In 7,8 Prozent der Fälle bestritten die Eltern bzw. ein Elternteil die Kosten für Verhütungsmittel. Eine Minderheit von 0,7 bzw. 0,2 Prozent gab an, dass die Kosten übernommen worden seien bzw. von anderen Personen getragen würden. Eine offene Nennung zur Kostenübernahme war beispielsweise eine Einrichtung zur Drogenberatung.

Abbildung 11: „Wer übernimmt aktuell die Kosten für Ihre derzeitige Verhütungsmethode / Ihr derzeitiges Verhütungsmittel?“ (n = 662)



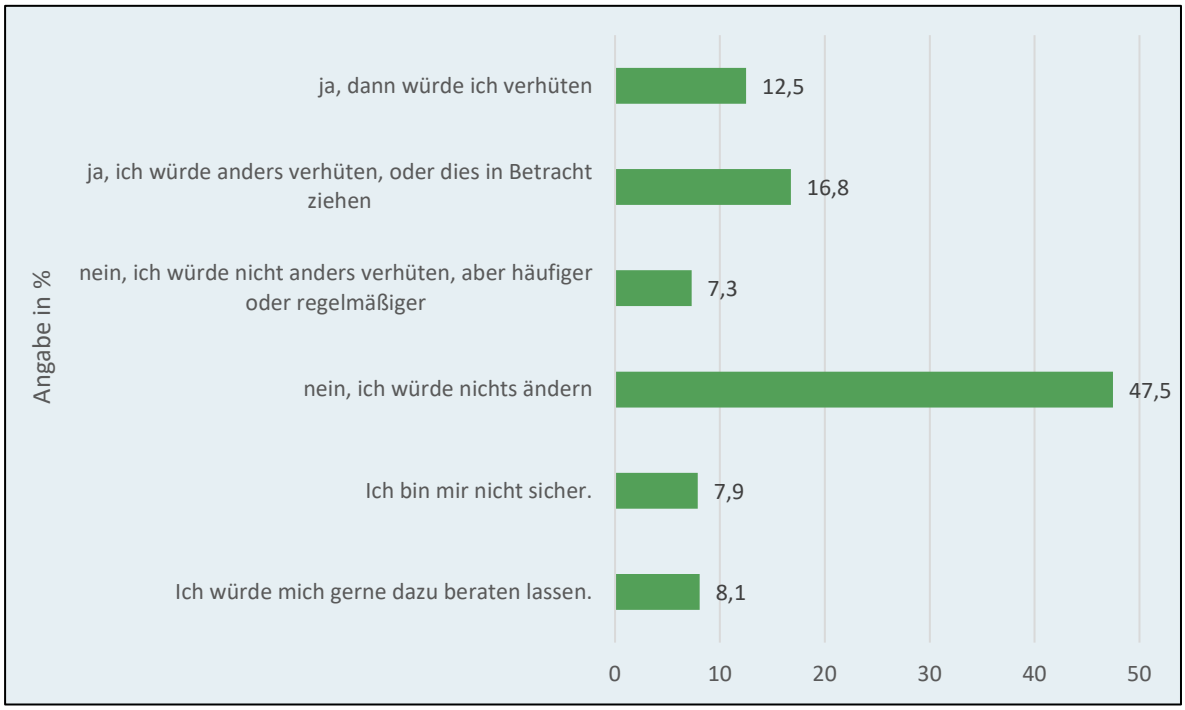
Quelle: GÖG

Abbildung 12 geht auf die Frage ein, ob sich das Verhütungsverhalten bei kostenfreier Verhütung ändern würde. Knapp die Hälfte der Personen (47,5 %) gaben an, dass sie ihr Verhütungsverhalten nicht ändern würden, auch wenn Verhütungsmittel kostenfrei wären. Eine Gruppe von 16,8 Prozent würde in Erwägung ziehen, anders zu verhüten, während 12,5 Prozent angaben, dass sie dann Verhütungsmittel nutzen würden. Ein kleinerer Anteil von 7,3 Prozent würde zwar nicht das Verhütungsmittel wechseln, jedoch häufiger oder regelmäßiger verhüten.

Darüber hinaus waren 7,9 Prozent der Teilnehmenden unsicher in Hinblick auf eine Verhaltensänderung und 8,1 Prozent würden sich gern beraten lassen, was auf einen Bedarf an weiteren Informationen hindeuten könnte.

Insgesamt zeigt sich eine Tendenz, dass ein Großteil der Befragten trotz der hypothetischen Kostenfreiheit von Verhütungsmitteln keine Veränderung des Verhütungsverhaltens vornehmen würde. 36,6 Prozent würden jedoch ihr Verhütungsverhalten insofern ändern, als sie anfangen würden, zu verhüten, bzw. anders oder häufiger verhüten würden.

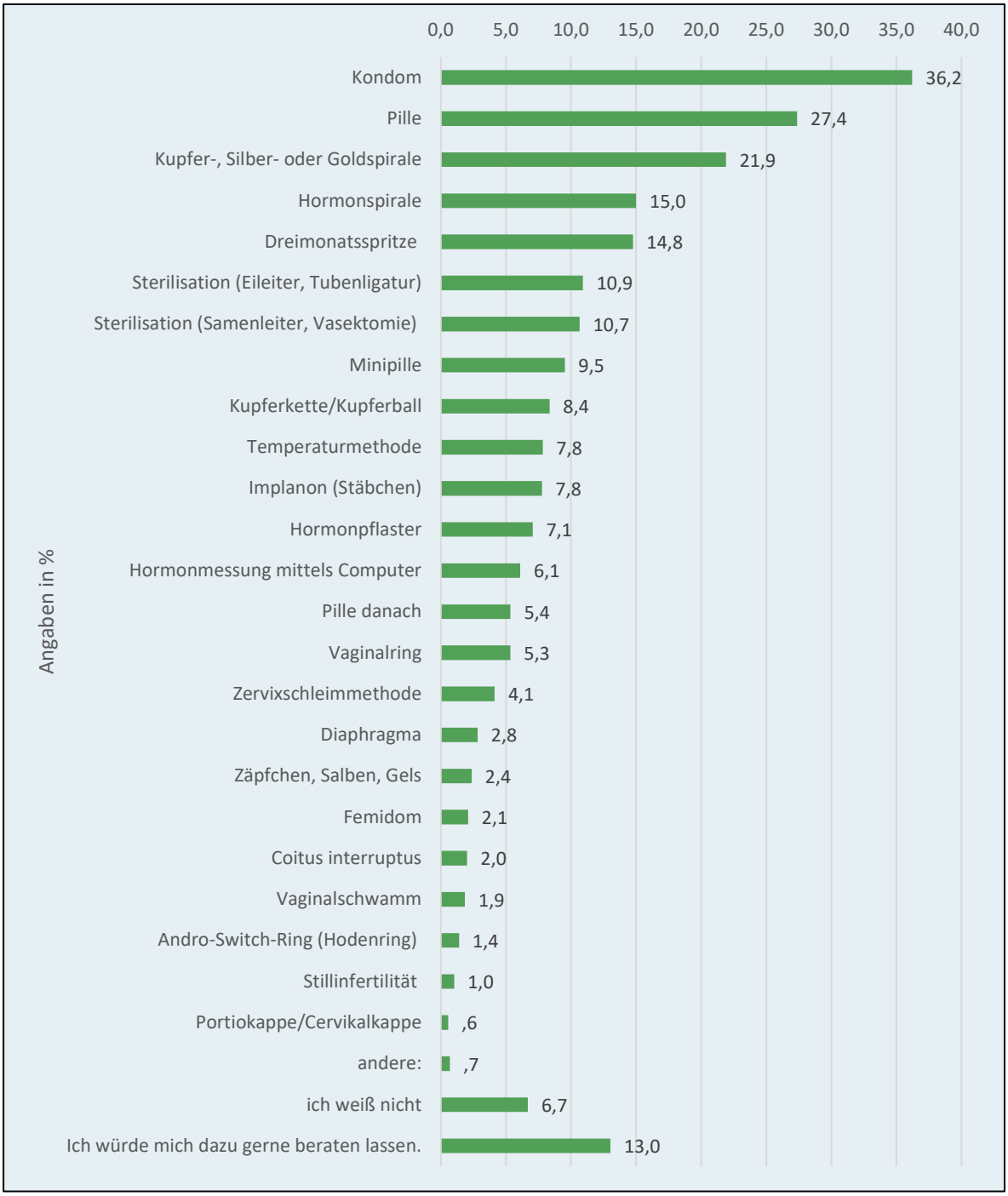
Abbildung 12: „Angenommen Verhütungsmittel wären kostenlos, würden Sie Ihre derzeitige Entscheidung ändern?“ (n = 1.005)



Quelle: GÖG

Abbildung 13 zeigt die bevorzugte Wahl von Verhütungsmitteln oder Verhütungsmethoden unter der Bedingung, dass diese kostenlos wären.

Abbildung 13: „Welche Verhütungsmethoden oder Verhütungsmittel könnten Sie sich für sich bzw. für Ihre derzeitige Lebensphase vorstellen, wenn Verhütung kostenlos wäre?“ (n = 1.005, Mehrfachantworten möglich)



Quelle: GÖG

Das Kondom wäre bei einer kostenlosen Verfügbarkeit mit 36,2 Prozent die am häufigsten gewählte Verhütungsmethode, gefolgt von der Pille mit 27,4 Prozent und der Kupfer-, Silber- oder Goldspirale mit 21,9 Prozent.

Hormonelle Methoden wie die Hormonspirale und die Dreimonatsspritze würden von 15,0 bzw. 14,8 Prozent der Befragten bevorzugt werden, während invasive Verhütungsmethoden wie Sterilisation von 10,9 Prozent (Eileiter, Tubenligatur) bzw. 10,7 Prozent (Samenleiter, Vasektomie) in Betracht gezogen würden.

Es ist bemerkenswert, dass 6,7 Prozent der Befragten angaben, dass sie sich nicht sicher seien, welche Methode sie wählen würden, und dass 13,0 Prozent sich gern beraten lassen würden. Dieses Ergebnis unterstreicht die Wichtigkeit der Bildung und Zugänglichkeit von Informationen über Verhütungsmöglichkeiten.

4.7 Aspekte aus der Perspektive von Expert:innen

Bereits in der Literatur- und Fachrecherche wurden internationale Expert:innen des Contraception Policy Atlas Europe mittels E-Mail-Korrespondenz zur Erhebung des internationalen Vergleichs in die Studie eingebunden. Für die nationale Bedarfserhebung Verhütung wurden im Rahmen eines Focal-Point-Meetings für Frauengesundheit im Oktober 2023 die Focal-Point Expert:innen eingebunden, indem sie zu den entsprechend ihrer jeweiligen Expertise zentralen Punkten für die Bedarfserhebung befragt wurden. Dabei wurde besonders auf die notwendige Differenzierung zwischen der Schwangerschaftsverhütung und der Verhütung von sexuell übertragbaren Krankheiten hingewiesen. Die Expert:innen betonten, dass Beratungen sowie insgesamt eine Sensibilisierung und Bewusstseinsbildung besonders wichtig seien. Als Beispiel wurde genannt, dass es immer wieder Frauen gebe, die Schmerzen nennen würden, um für die Pille nicht privat aufkommen zu müssen, nachdem die Pille keine Kassenleistung ist und die Kosten für viele Frauen ein relevanter Faktor sind. Auch wurde in dem Focal-Point-Meeting darauf hingewiesen, dass eine Reduktion von Schwangerschaftsabbrüchen direkt mit der Reduktion von Zugangsbarrieren zu Verhütungsmitteln verknüpft sei. Aus einer gendergerechten Verhütungsperspektive wäre laut Expert:innen ein Fokus darauf zu richten, wer die Verhütungsverantwortung trägt, und dabei wären Fragen zu stellen wie folgende: Wer organisiert Verhütung? Wer finanziert Verhütung? Wie partnerschaftlich können diese beiden Aspekte geklärt werden bzw. wie ist die Ausverhandlung innerhalb einer Partnerschaft möglich? Vor allem sollte auf die Differenzierung zwischen Schwangerschaftsverhütung und Verhütung von sexuell übertragbaren Krankheiten geachtet werden. Im Zuge intensiver vertiefender Rückfragen zu Umsetzungsmöglichkeiten wurden zudem Gespräche mit Expert:innen geführt, die bereits langjährige Erfahrung mit barrierefreien Zugängen zu Verhütungsmitteln in der Praxis haben

beziehungsweise die vorhandenen Strukturen in Österreich kennen. Vor allem deren Expertise über die Zugangsbarrieren und strukturellen Rahmenbedingungen in Österreich floss als ein zentrales Ergebnis in die Schlussfolgerungen (siehe Kapitel 7) ein.

5 Implikationen für Österreich

Die konsolidierten Ergebnisse der Analysen in Kapitel 3 und 4 zeigen, dass unter Berücksichtigung menschenrechtlicher Aspekte (siehe Kapitel 0) der Zugang zu Verhütungsmitteln nicht durch Alters- oder Einkommensgrenzen eingeschränkt werden sollte. Jede Frau sollte das Recht haben, über ihre Familienplanung und reproduktive Gesundheit zu entscheiden, unabhängig von ihrem Alter oder ihrem sozioökonomischen Status. Dies würde nicht nur das Risiko ungewollter Schwangerschaften verringern, sondern auch die reproduktiven Rechte und die allgemeine Gesundheit der Frauen fördern sowie eine unabhängige Position der Frau in der Gesellschaft stärken. Die folgenden Faktoren lassen sich als Ergebnisse für Österreich ableiten.

Bedarfsgerechte Verteilung

Im deutschen Modellprojekt biko wurde die Kostenübernahme für Verhütungsmittel explizit für Frauen mit geringem Einkommen erprobt, was eine mögliche Staffelung der Ressourcen darstellt. Diese Zugangsvoraussetzung wurde in der Abschlussevaluation kritisch analysiert (pro familia 2019). Die Ergebnisse zeigen, dass die Notwendigkeit des Nachweises der Bedürftigkeit in der Apotheke von vielen Teilnehmerinnen als beschämend und stigmatisierend empfunden wurde. Auch deutsche Fachverbände wie der Berufsverband der Frauenärzte und die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe beurteilten die Bedürftigkeitsprüfung als diskriminierend (GBCOG 2018). pro familia stellt dazu fest, dass derartige Prüfungen der Bedürftigkeit eine weitere Hürde für den Zugang zu Verhütungsmitteln darstellen würden und daher auf Bundesebene nicht empfohlen werden könnten, da alle Frauen gleichermaßen Zugang haben sollten. Dennoch stellt es eine mögliche Option dar, Ressourcen chancengerecht zu verteilen. In Österreich könnten für vergleichbare Beschränkungen bewährte Bemessungsgrundlagen herangezogen werden, die an die Armutsgefährdungsgrenze geknüpft sind. Dem Österreichischen Verhütungsreport (Fiala/Parzer 2019) sowie der Bedarfserhebung der vorliegenden Studie zufolge übernehmen Frauen im Vergleich zu Männern fast doppelt so häufig allein die Verantwortung für die Verhütung. Deshalb wäre im Fall einer bedarfsgerechten Verteilung kostenfreier Verhütungsmittel zu berücksichtigen, dass personenbezogene Einkommensgrenzen herangezogen werden und nicht Haushaltseinkommensgrenzen.

Altersabhängige Verteilung

Andere europäische Länder wie beispielsweise Frankreich, Belgien oder Slowenien (siehe Kapitel 3.4) stellen Verhütungsmittel bis zu einer gewissen Altersgrenze zur Verfügung, was eine weitere Möglichkeit darstellt, vorhandene Ressourcen zu staffeln. Die Altersbeschränkungen sind in den Ländern unterschiedlich: Einige Länder geben eine Beschränkung bis zum 25. Lebensjahr an (z. B. Belgien, Frankreich, Slowenien). In Deutschland besteht eine Kostenübernahme für Verhütungsmittel bis zum vollendeten 22. Lebensjahr. In Österreich gibt es eine solche Altersbegrenzung zum Beispiel bei der Impfung gegen Humane Papillomaviren (HPV), welche für junge Menschen ab dem vollendeten 9. Lebensjahr bis zum vollendeten 21. Lebensjahr kostenfrei zur Verfügung steht, wobei die Altersgrenze auf 30 Jahre angehoben werden soll (BMSGPK 2024a). Auch die Gratis-Zahnspange ist als Leistung der sozialen Krankenversicherung an ein Alter bis maximal 18 Jahre und eine medizinische Indikation geknüpft.

Durch das Modellprojekt biko wurde jedoch gezeigt, dass die Kostenübernahme für Verhütungsmittel nicht nur für junge Frauen attraktiv ist, sondern von Frauen mehrerer Altersgruppen in Anspruch genommen wurde. 63 Prozent der Nutzerinnen lebten in einer Partnerschaft und 59 Prozent hatten bereits Kinder. Der Anteil an Frauen mit drei oder mehr Kindern lag mit 21 Prozent deutlich über dem Bevölkerungsdurchschnitt (pro familia 2019). Für Frauen mit geringem Einkommen und für armutsgefährdete bzw. von Armut betroffene Frauen, deren Alter eine definierte Altersgrenze übersteigt, bestünde daher weiterhin eine Barriere hinsichtlich der Kosten von Verhütungsmitteln. Auch die Bedarfserhebung im vorliegenden Bericht beschreibt eine heterogene Stichprobe von Frauen in unterschiedlichen Lebensphasen und mit unterschiedlichen Verhütungsbedürfnissen und -wünschen.

Selektive Verhütungsmittel

Eine weitere Möglichkeit der Staffelung von Ressourcen wäre über eine Kostenübernahme für einzelne definierte Verhütungsmethoden wie beispielsweise die Pille oder das IUP realisierbar. So wurde im Frühjahr 2023 verkündet, dass in Italien Frauen jeder Altersgruppe die Pille kostenlos erhalten sollen (Ärzte Zeitung 2023). Die Gesamtkosten für die italienischen Staatskasse werden dabei auf rund 140 Millionen Euro pro Jahr geschätzt. In Anbetracht der heterogenen Bedürfnisse von Frauen und der Unterschiede in der Verträglichkeit ist jedoch zu berücksichtigen, dass eine Eingrenzung auf bestimmte Verhütungsmittel selbstbestimmte Entscheidungen im Sinne von Wahlmöglichkeiten zwischen mehreren Verhütungsmitteln (hormonell / nicht hormonell; SARCs/LARCs) einschränkt.

Gubrium et al. (2016) betonen, dass keine Form der Schwangerschaftsverhütung als die einzige und für alle geltende positioniert werden sollte. Das bedeutet auch, dass es im Sinne selbstbestimmter Verhütung Wahlmöglichkeiten für betroffene Menschen geben muss. Auch die Erkenntnisse aus dem Modellprojekt biko zeigen, dass es für Frauen wichtig war, sich individuell für ein passendes und verträgliches Verhütungsmittel entscheiden zu können – die Nachfrage nach Langzeitverhütungsmitteln war dabei am größten, gefolgt von der Pille. Im Contraceptive CHOICE Project (siehe Kapitel 3.5.1) wollte man den Zugang zu Langzeitverhütungsmethoden gezielt erleichtern, da sie verglichen mit anderen Methoden die sicherste Form der Schwangerschaftsverhütung darstellen und mit wenigen Anwendungsfehlern einhergehen. Das Projekt hat auch gezeigt, dass die Anwendung von unterschiedlichen Langzeitverhütungsmethoden gut angenommen wurde und die Raten an ungewollten Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen signifikant gesenkt werden konnten (McNicholas et al. 2014). Auch das European Parliamentary Forum for Sexual & Reproductive Rights (EPF) empfiehlt eine öffentliche Finanzierung von Verhütungsmitteln inklusive Langzeitverhütungsmethoden (p. N.)[15].

Welche Verhütungsmethoden in den unterschiedlichen EU-Ländern kostenfrei zur Verfügung stehen, gestaltet sich unterschiedlich (siehe Kapitel 3.4). Frankreich, Irland und Luxemburg bieten auch kostenlosen Zugang zu Kondomen. Dabei ist wichtig zu betonen, dass das Kondom als einziges Verhütungsmittel auch Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten wie zum Beispiel HIV bietet. Eine kostenlose oder erschwingliche Verfügbarkeit von Kondomen bzw. Lecktüchern kann dazu beitragen, die Verbreitung von STDs einzudämmen. Zudem würde die Verhütungsverantwortung damit nicht nur bei Frauen, sondern auch bei Männern liegen, was im Sinne der Gleichberechtigung zu befürworten ist. Zudem erreicht man durch die Kostenübernahme für Kondome und Dental Dams auch Personen, die keine heteronormative Sexualität leben, da Verhütung nicht ausschließlich den Aspekt der Schwangerschaftsverhütung bedient. Ein kostenfreier Zugang zu Kondomen in Österreich könnte beispielsweise in Form eines bestimmten verfügbaren Kontingents pro Person gewährt werden analog zu den Coronatests, die während der COVID-19-Pandemie kostenlos zur Verfügung gestellt wurden. Eine weitere Möglichkeit, um einen kostengünstigen Zugang zu Kondomen zu erleichtern, wäre eine Subventionierung bzw. eine Regelung in Hinblick auf einen einheitlich günstigen Preis.

[15] Quelle: Persönliche Nachricht EPF

Sexuelle Bildung und Verhütungsberatung

Neben der Kostenübernahme für Verhütungsmittel ist im Fall aller Maßnahmen zu beachten, dass die Wirksamkeit von Verhütungsmethoden durch eine gleichzeitige Verbesserung von sexueller Aufklärung und Bildung erhöht wird. Die WHO (2014) gab eine Richtlinie für menschenrechtsbasierte Verhütungsberatung heraus. Insgesamt nennt sie darin neun Empfehlungen in Bezug auf die Bereitstellung von Informationen zu Verhütungsmitteln. Verhütungsberatung soll demnach nicht diskriminierend, für jede:n (physisch und finanziell) zugänglich, zielgruppenorientiert und gendersensibel sein sowie eine informierte Entscheidung möglich machen. Dieser Aspekt wäre im Fall von Investitionen zur Kostenübernahme für Verhütungsmittel unbedingt mit zu berücksichtigen.

Kombinierte Modelle

Die genannten Möglichkeiten zur Ressourcenallokation und Faktoren, die dabei zu berücksichtigen sind, könnten in einem österreichischen Modell auch kombiniert werden. So könnte beispielsweise eine Kostenübernahme für Verhütungsmittel bis zu einer gewissen Altersgrenze mit anschließender Staffelung nach Einkommensgrenzen implementiert werden. Unabhängig davon, welches Modell in Österreich Anwendung findet, trägt eine öffentliche Finanzierung von Verhütungsmitteln zur Erhöhung der reproduktiven Gesundheit und Selbstbestimmung von Frauen bei.

5.1 Pilotierung selbstbestimmter kostenfreier Verhütung für Österreich

Die grundsätzliche Machbarkeit und Sinnhaftigkeit einer Pilotierung für die Kostenübernahme für Verhütungsmittel wurde sowohl durch das Contraceptive CHOICE Project als auch durch das Modellprojekt biko gezeigt und valide belegt. Die Vorteile einer Pilotierung sind, dass der genaue Bedarf und die Kosten für eine bundesweite Implementierung präziser geschätzt und Kooperationen und Prozesse praxisnah erprobt werden können.

Bislang liegen für Österreich mit der Bedarfserhebung (siehe Kapitel 4) nunmehr erste Eckdaten über das Verhütungsverhalten vor, wenn Verhütungsmittel privat zu bezahlen sind. Mit einer Pilotierung könnte der Bedarf an Verhütungsmitteln identifiziert werden für den Fall, dass diese kostenfrei und damit unabhängig von der ökonomischen Situation von Frauen leistbar sind. Zudem ließen sich im Rahmen eines solchen Projekts die Kooperation

relevanter Partner:innen (gynäkologische Praxen, Apotheken, Frauengesundheitseinrichtungen) erproben und regionale Netzwerke aufbauen. Wie auch bei biko ließen sich aus der Pilotierung Hinweise auf Hürden bzw. treibende Faktoren für die Inanspruchnahme ableiten. Mithilfe einer Pilotierung könnten unbekannte Variablen wie zum Beispiel tatsächliche Inanspruchnahme (v. a. nach Unterschieden in Alter und sozioökonomischen Faktoren), Tendenzen zur Veränderung des Verhütungsverhaltens etc. erhoben werden, um auch Kosten genauer berechnen zu können.

Aufgrund einer ähnlichen Ausgangssituation bezüglich Bevölkerungsstruktur, Infrastruktur und Gesundheitssystem ist davon auszugehen, dass die Ergebnisse aus dem Modellprojekt biko in Deutschland (siehe Kapitel 3.5.2) und die daraus resultierenden Lernerfahrungen gut auf Österreich übertragbar sind. Auf die österreichische Situation angepasst könnten folgende Säulen für eine Pilotierung tragend werden:

- **Erste Säule:** Identifikation von bestehenden Strukturen und Prozessen zur Zurverfügungstellung kostenfreier Verhütungsmittel
- **Zweite Säule:** Erprobung guter Praxis zwischen den Kooperationspartner:innen wie Apotheken, Frauengesundheitseinrichtungen und gynäkologischen Praxen in Kombination mit Verhütungsberatung
- **Dritte Säule:** Wissenschaftliche Prozessbegleitung

Erste Säule: Identifikation von bestehenden Strukturen und Prozessen zur Zurverfügungstellung kostenfreier Verhütungsmittel

Im Modellprojekt biko war eine freiwillige, menschenrechtsbasierte, diskriminierungsfreie und individuelle Verhütungsberatung wichtiger Bestandteil des Konzepts. Die Ergebnisse aus Deutschland zeigen, dass es zwar wie auch in Österreich ärztliche Verhütungsberatung gibt, dass diese aber aufgrund von begrenzten Abrechnungsmöglichkeiten und einer eher medizinischen Ausrichtung nicht so umfassend stattfindet, wie sich das viele Frauen wünschten. Ärztliche Beratung hatte demnach den Schwerpunkt eher auf gesundheitlicher Verträglichkeit von Verhütungsmitteln und erfolgte im Rahmen einer gynäkologischen Untersuchung. Die freiwillige Verhütungsberatung konnte das Thema breiter abdecken und auch auf individuelle und psychosoziale Bedürfnisse der Frauen eingehen. Das freiwillige Informations- und Beratungsangebot wurde von mehr als zwei Drittel der biko-Teilnehmerinnen in Anspruch genommen, was auf einen hohen Bedarf schließen lässt. Diese Ergebnisse sollten in einer österreichischen Pilotierung berücksichtigt werden, indem sie bei der

Identifikation bestehender Strukturen und der relevanten Stakeholder einen zentralen Faktor bilden. Die Identifikation potenzieller Strukturen und Prozesse (z. B. Beratungsleistungen und Abrechnungsleistungen) für die Zurverfügungstellung von kostenfreien Verhütungsmitteln würde die erste Säule als Grundlage für nächste Schritte bilden.

Zweite Säule: Erprobung von Prozessen und guter Praxis zur Kostenübernahme für Verhütungsmittel in Kombination mit Verhütungsberatung

Durch eine Pilotierung können Kooperationen mit gynäkologischen Praxen, Apotheken und Frauengesundheitseinrichtungen erprobt werden. Die Kooperationspartner:innen nehmen je nach Finanzierungsmodell eine wichtige Rolle bei der Multiplikation der Informationen ein. Wie auch in Deutschland wäre es für eine österreichische Pilotierung sinnvoll, dass Frauen keine finanzielle Vorleistung erbringen müssen. pro-familia-Familienberatungsstellen bildeten in Deutschland einen zentralen Prozessbaustein, da sie eine verwaltende Rolle einnahmen – Apotheken und Arztpraxen unterstützten biko dadurch, dass sie verschreibungspflichtige Verhütungsmittel und dazugehörige ärztliche Leistungen nach biko-Zusage direkt mit pro familia abrechneten. Auch in Österreich könnten Kooperationen zwischen folgenden Projektpartner:innen von Relevanz sein: Sozialversicherungen, gynäkologische Praxen, Apotheken und Frauengesundheitsreinrichtungen. Erfahrungswerte für die Durchführung einer Verhütungsberatung sollen darin mit aufgenommen werden. Folgende strukturelle Barrieren wurden im Modellprojekt biko identifiziert: lange Wege, Kosten der Anreise, Organisation der Kinderbetreuung. Zudem kam es zu einem hohen bürokratischen Aufwand in den pro-familia-Familienberatungsstellen, da zahlreiche Dokumente vor Ort überprüft werden mussten. Dies mündete in langen Wartezeiten, die ebenfalls als Hürde identifiziert wurden.

Für eine Pilotierung können je nach Maßgabe mehrere Standorte gewählt werden, die für die österreichische Gesamtbevölkerung charakteristisch sind, um die Kostenübernahme für Verhütungsmittel zu erproben. Dabei wären urbane und rurale Gegenden auszuwählen sowie der sozioökonomische Status der in der Region lebenden Menschen zu berücksichtigen. Die Etablierung eines praxistauglichen, niederschwelligen Prozesses zum Aufbau einer funktionierenden Struktur gemeinsam mit Kooperationspartnern würde außerdem einen Schwerpunkt einer Pilotierung bilden.

Dritte Säule: Wissenschaftliche Prozessbegleitung

Die Pilotierung bietet durch eine wissenschaftliche Prozessbegleitung und die begrenzte Laufzeit einen idealen Rahmen für Lernerfahrungen, über die wichtige Erkenntnisse bereits während des Pilotprojekts rückgekoppelt und für weitere Ausrollungen abgeleitet werden können. Zu Projektbeginn können kontextspezifische Barrieren in Österreich identifiziert werden und darauf aufbauend Maßnahmen abgeleitet werden, die einen freien Zugang zu Verhütungsmitteln für Frauen ermöglichen könnten.

6 Diskussion

Die Ergebnisse der Bedarfserhebung Verhütung liefern wertvolle Erkenntnisse über den aktuellen Stand zur Verhütung in Österreich. Die Daten aus der Bedarfserhebung deuten darauf hin, dass die kostenlose Bereitstellung von Verhütungsmitteln das Potenzial hat, die Wahl der Verhütungsmethode stark zu beeinflussen, was wiederum weitreichende Implikationen für die öffentliche Gesundheitsplanung und die Förderung reproduktiver Gesundheit hat. Mehrere Aspekte sollen nachstehend diskutiert werden.

Das wichtigste Ergebnis in Bezug auf den Bedarf an kostenloser Verhütung ist, dass 36,6 Prozent das Verhütungsverhalten im Fall einer Kostenübernahme ändern würden. Das bedeutet: Sie würden überhaupt beginnen, zu verhüten, anders verhüten oder häufiger verhüten. Dies deutet auf einen wesentlichen Bedarf an kostenfreier Verhütung in Österreich hin.

Vergleicht man die Daten der aktuell angewandten Verhütungsmittel mit den Daten der Präferenz bei Kostenübernahme, fällt auf, dass beispielsweise die Kupfer-, Silber- oder Goldspirale nur von circa 5 Prozent angewendet wird, aber für 22 Prozent eine vorstellbare Methode bei Kostenübernahme darstellen würde. Da Spiralen in der initialen Anschaffung teuer sind, könnte dies darauf hindeuten, dass die Kosten für intrauterine Verhütungsmittel eine erhebliche Barriere für ihre Nutzung darstellen. Auch aus dem Bericht zum Modellprojekt biko (pro familia 2019) geht hervor, dass circa die Hälfte der befragten Frauen sich bei eigener Finanzierung von Verhütungsmitteln für eine deutlich unsicherere Methode und weniger oft für eine Langzeitverhütung entscheiden würden. Im Österreichischen Verhütungsreport von Fiala/Parzer (2019) ist sogar festgehalten, dass 56 Prozent der Befragten im Falle einer Kostenübernahme auf Langzeitverhütung wechseln würden. Di Meglio/Yorke (2019) beschreiben, dass dies besonders für junge Menschen zutreffe, welche häufig SARCs wählten, obwohl LARCs eine höhere Effektivität aufweisen. In ihrer Studie fiel bei Kostenübernahme für Verhütungsmittel die Wahl bei den jüngeren Menschen zu zwei Drittel auf LARCs. Die Daten aus der Bedarfserhebung im vorliegenden Bericht legen nahe, dass, während Kondome und orale Kontrazeptiva auch in der Praxis dominant bleiben, ein nicht unerheblicher Anteil der Frauen eine Präferenz für langfristige und weniger regelmäßig zu verwendende Verhütungsmittel hat, die möglicherweise durch Kostenüberlegungen hintangestellt wird.

In Österreich verhüten die meisten Frauen mit der Pille oder der Minipille (42 %), mit Kondom (40 %) oder Spiralen (17 %). Dies entspricht den beliebtesten Verhütungsmitteln in der EU, wo durchschnittlich 19 Prozent mit der Pille, 16 Prozent mit Kondom und 8 Prozent mit IUP verhüten. Die effektivsten Verhütungsmittel sind hingegen das Implanon, die weibliche und die männliche Sterilisation sowie IUP, wie zum Beispiel Spiralen oder Kettchen (WHO / Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health 2022). Ein weiteres Ergebnis der Bedarfserhebung in diesem Zusammenhang ist, dass Frauen in Österreich die Zuverlässigkeit als wichtigsten beeinflussenden Faktor für die Wahl des Verhütungsmittels nannten. 87 Prozent empfinden diese als sehr wichtig und 9 Prozent als eher wichtig. Die Divergenz zwischen der Wahl des Verhütungsmittels und den für sie wichtigen Kriterien bei der Wahl (u. a. hohe Zuverlässigkeit, flexibler Einsatz, Langzeitverhütung) lässt dabei auf ein Informationsdefizit bzw. auf weitere Faktoren wie mangelnde Leistbarkeit von Langzeitverhütungsmitteln schließen. Einerseits rangiert Zuverlässigkeit bei der Frage nach den wichtigsten Faktoren sehr weit oben, bei der Wahl im Fall einer Kostenübernahme werden dennoch Kondome und die Pille am häufigsten genannt. Das kann daran liegen, dass diese beiden Methoden generell traditionell weit verbreitet sind, im Falle des Kondoms könnte dies auch durch den Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten erklärbar sein. Eine weitere Erklärung ist, dass nach wie vor das Wissen vieler Frauen in Bezug auf Verhütungsmethoden und deren Effektivität nicht ausreichend ist. Dies unterstreicht auch das Ergebnis, dass 16 Prozent der Frauen bei der Frage nach der präferierten Verhütung bei Kostenübernahme angaben, dass sie es nicht wüssten oder sich dazu beraten lassen wollten. Auch die Studie von McNicholas et al. (2014) betont die Wichtigkeit eines umfassenden Ansatzes, der auch Wissensbarrieren reduziert, um die reproduktive Gesundheit von Frauen nachhaltig zu stärken.

Die Erhebung zeigt, dass sich ein Großteil der Frauen (76 %) Informationen zu Verhütung bei der Frauenärzt:in holt. Die Kosten für eine Verhütungsberatung bei Gynäkolog:innen werden von der Krankenkasse nur für Mädchen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr übernommen. Erwachsene müssen für diese Beratung unter Umständen selbst aufkommen (gesundheit.gv.at 2024b). Die WHO (2014) empfiehlt diesbezüglich einen niederschwelligen und kostenfreien bzw. erschwinglichen Zugang zu Verhütungsberatung, die auf Prinzipien wie beispielsweise Nichtdiskriminierung, Qualität, informierter Entscheidung und Partizipation basiert. Weitere Strukturen in Österreich, die für Verhütungsberatung infrage kommen, sind Frauengesundheitszentren oder Familienberatungsstellen. In der Erhebung antworteten nur 2,6 Prozent der Frauen, dass sie Informationen aus nichtärztlichen Beratungsgesprächen bezögen. Auf der staatlichen Website Familienberatung.gv.at (2024) finden sich 177 Beratungsstellen, die Beratung zum Thema Schwangerschaftsverhütung anbieten. Dies sind Beratungsstellen von unterschiedlichen Trägerorganisationen, die aus dem Budget des

Bundeskanzleramts gefördert werden. Im Jahr 2021 machten Themen wie „Schwangerschaft, Empfängnisregelung, Wunschkind“ 4,3 Prozent aller Beratungsleistungen aus (Familienberatung.gv.at 2024). In weiteren Arbeiten wäre zu prüfen, inwieweit Verhütungsberatung für Frauen ab 18 Jahren in gynäkologischen Praxen oder Familienberatungsstellen sowie Frauengesundheitszentren abgedeckt wird. Dabei wäre auch zu prüfen, ob die WHO-Kriterien (WHO 2014) für menschenrechtsbasierte, qualitativ hochwertige Verhütungsberatung in die Versorgung einfließen.

Die Bedarfserhebung zeigt auch, dass eine Vielfalt von Verhütungsmethoden genutzt wird, was auf unterschiedliche Bedürfnisse und Präferenzen je nach Lebenslage hinweist. Auch im Modellprojekt biko wurde deutlich, dass Frauen in unterschiedlichen Lebenssituationen unterschiedliche Bedarfe in Bezug auf Verhütung haben. So haben sich Frauen in einer Partnerschaft und mit Kindern häufiger für Hormon- oder Kupferspiralen entschieden als Frauen, die sich noch in Ausbildung befinden oder ein Studium absolvieren (pro familia 2019). Außerdem zeigte das Modellprojekt biko, dass der Anteil an Frauen mit drei oder mehr Kindern, die das biko-Angebot nutzten, deutlich über dem Bevölkerungsdurchschnitt lag. Dies deutet darauf hin, dass der Bedarf an kostenfreier Verhütung in dieser Gruppe besonders hoch ist. Aus der Heterogenität der Frauen, die das Angebot im Modellprojekt biko für kostenfreie Verhütung nutzten, und dem überdurchschnittlich hohen Anteil von Frauen mit drei oder mehr Kindern wird geschlossen, dass eine Altersbegrenzung, wie sie aktuell in vielen westeuropäischen Ländern geltend ist, nicht sinnvoll ist, da der Bedarf nicht nur bei jungen Frauen gegeben ist (pro familia 2019). Welche Frauen welche Wahl in Österreich bei Kostenübernahme für Verhütungsmittel schlussendlich treffen würden, ist jedoch nur durch eine konkrete Erprobung errechenbar, da eine unmittelbare Übertragung von Daten aus anderen Ländern auf die österreichische Situation in diesem Fall zu Ungenauigkeit führen würde.

Ein weiterer diskussionswürdiger Aspekt ist die finanzielle Verantwortung in Verhütungsfragen. Die Bedarfserhebung im Rahmen dieses Projekts hat ergeben, dass 50 Prozent der Frauen die Kosten für Verhütung allein tragen. In 27 Prozent der Fälle werden die Kosten geteilt. Ähnliche Ergebnisse liefert der Österreichische Verhütungsreport. Laut Fiala/Parzer (2019) gaben Frauen im Vergleich zu Männern fast doppelt so häufig an, allein für die Verhütung zuständig zu sein. Bei Personen mit Migrationshintergrund sind Kosten der häufigste Grund dafür, nicht zu verhüten (Fiala/Parzer 2019). Da die meisten Verhütungsmittel von Frauen anzuwenden sind, sind sie auch unmittelbar von den Kosten betroffen.

Verhütungsverantwortung umfasst jedoch nicht nur den finanziellen Aspekt. Auch die tatsächliche Anwendung samt der physischen, emotionalen und mentalen[16] Last spielt eine Rolle. Oudshoorn (2004) konstatiert in diesem Zusammenhang, dass seit der Entwicklung der Pille in den 1960er-Jahren Verhütungs- und Fortpflanzungsverantwortung hauptsächlich Frauen zugeschrieben wird. Entwicklungen in Verhütungstechnologien werden als Stärkung der Frauen zelebriert, da sie größere Kontrolle in der Familienplanung ermöglichen (Tone 2012). Diese Entwicklungen stehen aber in starkem Kontrast zu vereinzelten Fortschritten, wie zum Beispiel dem Andro-Switch-Ring[17] in der männlichen Verhütung. Die öffentliche und akademische Aufmerksamkeit für männliche Verhütung bleibt jedoch weiterhin marginal. Es ist daher notwendig, eine kritische Perspektive einzunehmen, die die konventionelle Annahme, Verhütung sei hauptsächlich Frauensache, infrage stellt. Männer sind daher in möglichen nationalen Maßnahmenplanungen zu berücksichtigen, um die Bürden, die bei heterosexuellen Paaren mit Verhütung einhergehen, fairer auf die Geschlechter aufzuteilen.

Ein letzter Punkt, der diskutiert werden soll, ist der Zusammenhang von Verhütung, ungewollten Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen. Sichere Verhütung ist gepaart mit sexueller Bildung die effektivste Präventionsmaßnahme gegen Schwangerschaftsabbrüche (Biggs et al. 2015; McNicholas et al. 2014; Ricketts et al. 2014). Nach derzeitiger Datenlage sind keine Aussagen über die Anzahl der in Österreich durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche möglich. Da ein Schwangerschaftsabbruch entgegen der WHO-Empfehlung (WHO 2022) nicht Teil der öffentlichen Gesundheitsversorgung ist, kann die Inanspruchnahme nicht über die Leistungsstatistik der gesetzlichen Krankenversicherung erfasst werden. Diese Datenlücke erschwert in weiterer Folge die quantitative Messung der Effektivität von Maßnahmen wie beispielsweise der Kostenübernahme für Verhütungsmittel.

Limitationen

In dieser Studie zur Verhütungssituation wurde der Fokus auf Frauen und nicht auf Frauen und Männer bzw. genderdiverse Personen gelegt. Der Grund dafür liegt in bestehenden Rahmenbedingungen, in denen Frauen in einem stark überwiegenden Anteil nach wie vor die Verantwortung für Verhütung übernehmen bzw. übernehmen müssen. Indem der Fokus

[16] Last, die zum Beispiel durch Nebenwirkungen, Gesundheitsrisiken oder (Ängste bei) Versagen des Verhütungsmittels entsteht

[17] thermische Verhütung für den Mann, bei der ein Silikonring den männlichen Hoden nah am Körper hält, damit die Spermienproduktion unterdrückt wird

nicht auf Männer gelegt wurde, wird mit dem Bericht die Verantwortlichkeit von Frauen für Verhütung zum Teil reproduziert, dies ist als Limitation festzuhalten und für Folgearbeiten zu berücksichtigen. Aufgrund der vorhandenen Ressourcen konnte das Verhütungsverhalten von Männern nicht in die Bedarfserhebung aufgenommen werden. Dieser Umstand bedeutet eine Limitation dahingehend, dass Recherchen und Daten zum Verhütungsverhalten von Männern nicht vorliegen und somit über den vorliegenden Bericht auch nicht zur Verfügung gestellt werden können.

Ein internationaler Vergleich zu Verhütung wurde anhand des Contraception Policy Atlas Europe (siehe Kapitel 3.4) vorgenommen; dieser deckt die Policy-Ebene ab und schließt keine systematische internationale Literaturrecherche ein. Die Erhebung von Informationen zur Verhütungssituation in verschiedenen Ländern ist unter anderem aufgrund der unterschiedlichen Datenlagen, Zugänge zu Informationen und Unterschiede in Finanzierungsstrukturen von Gesundheitssystemen komplex und müsste durch weitere Projekte erfolgen. Über das European Parliamentary Forum for Sexual & Reproductive Rights (EPF) wurden in einem eigenen langjährigen Prozess erste Kernindikatoren erhoben, mit denen eine internationale Vergleichbarkeit hergestellt werden kann. Der Contraception Policy Atlas Europe kann damit als vergleichendes Instrument gut verwendet werden, eine detaillierte wissenschaftliche Erhebung müsste jedoch in einem eigenen internationalen Forschungsprojekt umgesetzt werden.

Methodisch liegen im Fall der Bedarfserhebung vor allem zwei Limitationen vor. In der Erhebung zur Verwendung von Verhütungsmitteln wurden den Befragten Mehrfachantworten ermöglicht, damit ist eine Unschärfe durch mögliche Überschneidungen gegeben, wodurch es in einer erneuten Erhebung mit nur einer Antwortmöglichkeit zu abweichenden Ergebnissen kommen kann. Das Antwortverhalten der Befragten unterliegt wie generell bei quantitativen Erhebungen unterschiedlichen Bias. Die Ergebnisse spiegeln die Selbsteinschätzungen der Mädchen und Frauen wider, somit ist zum Teil von einem sozial erwünschten Antwortverhalten auszugehen. So wäre die Divergenz zwischen der selbsteingeschätzten Informiertheit, die überwiegend sehr gut bzw. gut bewertet wurde, und dem tatsächlichen Wissen zu untersuchen sowie die Frage, inwieweit und für welche Bereiche Wissen tatsächlich vorhanden ist.

7 Schlussfolgerungen

Ein niederschwelliger Zugang zu effektiver und moderner Verhütung ist entscheidend für die Verwirklichung von sexueller und reproduktiver Gesundheit und den entsprechenden Rechten. Durch effektive Verhütung können Frauen entscheiden, ob, wann und wie viele Kinder sie bekommen wollen(UN 2019). Der vorliegende Bericht sollte den Bedarf an einer Kostenübernahme für Verhütungsmittel in Österreich prüfen. Folgende Schlussfolgerungen lassen sich aus der Untersuchung ableiten:

Bedarf an kostenfreier Verhütung wurde festgestellt

Die Ergebnisse aus der Bedarfserhebung zeigen, dass 36,6 Prozent das Verhütungsverhalten im Fall einer Kostenübernahme ändern würden. Das bedeutet: Sie würden überhaupt beginnen, zu verhüten, anders verhüten oder häufiger verhüten. Dies deutet auf einen wesentlichen Bedarf an kostenfreier Verhütung in Österreich hin.

Barrieren in Hinblick auf Langzeitverhütung identifiziert

Wie auch in anderen Studien gezeigt werden konnte, stellt die Finanzierung von Langzeitverhütungsmitteln eine wesentliche Barriere für deren Nutzung dar. Langzeitverhütungsmittel wie Spiralen, das Implanon oder Sterilisationen sind die sichersten Methoden zur Schwangerschaftsverhütung. Dass die initiale Anschaffung dieser Methoden teuer ist, stellt insbesondere für junge Frauen und/oder Frauen mit geringem Einkommen ein wesentliches Hindernis dar.

Bedarf an Verhütungsberatung wurde festgestellt

Aus den Ergebnissen zeigt sich eine Divergenz in Bezug auf die Fragen, welche Faktoren Frauen bei der Auswahl des Verhütungsmittels als wichtig erachten und welche Verhütungsmittel sie wählen würden, wenn diese kostenlos wären. Einerseits rangieren Zuverlässigkeit und Sicherheit bei der Frage nach der Priorität weit oben, bei der Wahl im Fall einer Kostenübernahme wurden dann dennoch Kondome und die Pille am häufigsten genannt. Diese Ergebnisse lassen darauf schließen, dass nach wie vor das Wissen vieler Frauen in Bezug auf Verhütungsmethoden und deren Zuverlässigkeit mangelhaft ist und dass es daher eine breit angelegte und qualifizierte Aufklärungsarbeit braucht. Diese inkludiert sexuelle

Bildung als Begleitmaßnahme auf mehreren Ebenen sowie die Sicherstellung einer qualifizierten, unabhängigen Beratung, mit der Mädchen und Frauen über die Bandbreite von Verhütungsmitteln informiert und über deren medizinische Neben- und Auswirkungen auf ihren Körper sowie über den Einfluss auf die Lebensqualität und ihre Selbstbestimmung aufgeklärt werden.

Vielfalt an Lebenssituationen erfordert Vielfalt an Verhütungsmitteln

Die Ergebnisse des Berichts bestätigen vorangegangene Untersuchungen, die ebenfalls gezeigt haben, dass Frauen in unterschiedlichen Lebenssituationen individuell angepasste Verhütungsmittel benötigen. Ihre vielfältigen Lebensrealitäten und Lebenswelten sind bei der Gestaltung des Zugangs zu Verhütungsmitteln zu berücksichtigen. Im Fall der Zurverfügungstellung von kostenfreien Verhütungsmitteln ist zu berücksichtigen, dass die Voraussetzung von Kriterien, wie es Alters- und Einkommensgrenzen darstellen, nicht dem Standard der UN-Frauenrechtskonvention (CEDAW) entspricht und aus den Ergebnissen des Berichts nicht abgeleitet werden kann.

Strukturen könnten durch eine Pilotierung erprobt werden

Im Zuge des internationalen Vergleichs wurde deutlich, dass Österreich vor allem aufgrund fehlender Kostenübernahme und eines hochschwelligen Zugangs zu Verhütung und Verhütungsberatung an hinterer Stelle liegt. Für entsprechende Umsetzungen von Maßnahmen, die diesen Faktoren entgegenwirken, werden Strukturen benötigt, die österreichweit noch nicht ausreichend vorhanden sind. Damit diese Strukturen aufgebaut werden können und einen chancengerechten Zugang gewährleisten, wäre eine Pilotierung unter wissenschaftlichen Begleitung für eine nachhaltige und wirksame Implementierung von Bedeutung. Diese würde zudem eine Erprobung guter Praxis mit allen Stakeholdern und die Erarbeitung von Anpassungsprozessen für chancengerechte, informierte und selbstbestimmte gesundheitsrelevante Entscheidungen für Frauen in Österreich ermöglichen.

Basierend auf der vorliegenden Studie zeigt sich aus einer fachlichen Perspektive, dass die Wahl der Verhütungsmethode von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst wird. Dazu gehören die Lebenssituation und -planung der Frauen, aber auch beispielweise die Zufriedenheit mit einer Methode, deren Verträglichkeit, Verfügbarkeit und Leistbarkeit und persönliche Präferenzen sowie frühere Erfahrungen. Die Wahl einer Verhütungsmethode ist eine höchst persönliche Entscheidung und in hohem Maße kontextabhängig.

Mit den Ergebnissen des vorliegenden Berichts wird die Bedeutung eines niederschwelligen Zugangs zu effektiver und kostenfreier Verhütung als zentrale Säule der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und damit verbundener Rechte deutlich. Finanzielle Barrieren stellen eine Hürde für eine optimale Verhütungspraxis dar und sie haben weitreichende Implikationen für die sozioökonomische Unabhängigkeit insbesondere von Frauen und für deren Lebensgestaltung. Aus einer Frauengesundheits- und Chancengerechtigkeitsperspektive ist die Wahl der Verhütungspraxis Voraussetzung für die Verwirklichung des Rechts auf selbstbestimmte und verantwortungsbewusste Familienplanung, welches einen niederschwelligen und informierten Zugang zu Verhütungsmitteln unabhängig von der sozioökonomischen Lebenssituation inkludiert.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Hormonelle Verhütungsmethoden mit Pearl-Index und Anwendungsfrequenz 16
Tabelle 2: Nicht hormonelle Verhütungsmethoden mit Pearl-Index und Anwendungsfrequenz 17
Tabelle 3: Effektivität von Verhütungsmethoden nach „typical use“ und „perfect use“, Anteil der Frauen mit einer ungewollten Schwangerschaft im ersten Anwendungsjahr.... 18
Tabelle 4: Kostenüberblick Verhütungsmittel..... 29
Tabelle 5: Ranking der 14 höchstbewerteten Länder des CPAE 35
Tabelle 6: Stichprobe (n = 1.005) 90

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Contraception Policy Atlas Europe 2024 34
Abbildung 2: Ablauf der Kostenübernahme im Modellprojekt biko..... 42
Abbildung 3: „Welche der folgenden Aussagen passen zu Ihrer aktuellen Lebensphase?“ (n = 1.005, Mehrfachantworten möglich) 47
Abbildung 4: „Verwenden Sie derzeit Verhütungsmittel oder Verhütungsmethoden?“ (n = 1.005)..... 48
Abbildung 5: „Verwenden Sie derzeit Verhütungsmittel oder Verhütungsmethoden?“ (n = 1.005, nach Altersgruppen)..... 49
Abbildung 6: „Welche der folgenden Verhütungsmittel bzw. Verhütungsmethoden wenden Sie aktuell an? Bitte denken Sie an jene Maßnahmen, die Sie selbst oder Ihre Sexualpartner:innen getroffen haben.“ (n = 673, Mehrfachantworten möglich) 50
Abbildung 7: „Wenn Sie an die Wahl Ihrer derzeitigen Verhütungsmethode bzw. Ihres aktuellen Verhütungsmittels denken, welche Punkte haben die Wahl beeinflusst? Bitte wählen Sie jene Punke aus, die für Sie wichtig waren.“ (n = 673, Mehrfachantworten möglich) 52
Abbildung 8: „Bitte geben Sie an, wie wichtig der jeweilige Punkt grundsätzlich für Ihre Entscheidung bei der Wahl einer Verhütungsmethode / eines Verhütungsmittels ist.“ (n = 1.005)..... 54
Abbildung 9: „Wie fühlen Sie sich über Verhütungsmethoden informiert?“ (n = 1.005).... 56
Abbildung 10: „Woher erhalten Sie Informationen über Verhütungsmittel bzw. Verhütungsmethoden?“ (n = 1.005, Mehrfachantworten möglich)..... 57
Abbildung 11: „Wer übernimmt aktuell die Kosten für Ihre derzeitige Verhütungsmethode / Ihr derzeitiges Verhütungsmittel?“ (n = 662) 58
Abbildung 12: „Angenommen Verhütungsmittel wären kostenlos, würden Sie Ihre derzeitige Entscheidung ändern?“ (n = 1.005)..... 59
Abbildung 13: „Welche Verhütungsmethoden oder Verhütungsmittel könnten Sie sich für sich bzw. für Ihre derzeitige Lebensphase vorstellen, wenn Verhütung kostenlos wäre?“ (n = 1.005, Mehrfachantworten möglich) 60

Literaturverzeichnis

Aids Hilfe Wien (2023): Prävention. [Online]. https://aids.at/praevention/ [Zugriff am 23.08.2023].

Ärzte Zeitung (2023): Arzneimittelbehörde: Antibabypille in Italien künftig kostenlos. [Online]. https://www.aerztezeitung.de/Politik/Arzneimittelbehoerde-Antibabypille-in-Italien-kuenftig-kostenlos-438535.html [Zugriff am 22.04.2023].

Biggs, M. Antonia / Rocca, Corinne H. / Brindis, Claire D. / Hirsch, Heather / Grossman, Daniel (2015): Did increasing use of highly effective contraception contribute to declining abortions in Iowa? In: *Contraception* 91/2:167-173.

BMASGK (2018): *Aktionsplan Frauengesundheit. 40 Maßnahmen für die Gesundheit von Frauen in Österreich. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.*

BMSGPK (2024a): HPV-Impfung soll bis zum 30. Geburtstag kostenlos werden. [Online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). https://www.sozialministerium.at/Services/Neuigkeiten-und-Termine/hpv.html [Zugriff am 07.03.2024].

BMSGPK (2024b): Sexuell übertragbare Infektionen und Krankheiten. [Online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Uebertragbare-Krankheiten/sexuell-uebertragbare-infektionen-und-krankheiten.html#wissenswertes-zu-sexuell-uebertragbaren-infektionen-stis--015-1 [Zugriff am 01.03.2024].

Bundeskanzleramt (2018): *Erfolgsfaktor Gleichstellung: Ein Leitfaden für die geschlechtergerechte Öffentlichkeitsarbeit in der Praxis*. Hg. v. Bundeskanzleramt. Wien.

bundeskanzleramt.gv.at (2023): Konvention zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (CEDAW). [Online]. Bundeskanzleramt. https://www.bundeskanzleramt.gv.at/agenda/frauen-und-gleichstellung/internationale-frauenrechte-und-gleichstellung/konvention-zur-beseitigung-jeder-form-der-diskriminierung-der-frauen.html [Zugriff am 10.08.2023].

BZgA (2011): *Standards für die Sexualaufklärung in Europa. Rahmenkonzept für politische Entscheidungsträger, Bildungseinrichtungen, Gesundheitsbehörden, Expertinnen und Experten.* Hg. v. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).Köln.

BZgA (2018a): *Sexuality Education in the WHO European Region. Austria*. Hg. v. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Köln.

BZgA (2018b): *Verhütungsverhalten Erwachsener: Ergebnisse der Repräsentativbefragung 2018*. Hg. v. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Köln.

BZgA (2022): *Faktenblatt Sexuelle Erfahrungen im Jugendalter.* Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln.

BZgA (2023): Rezeptpflicht und Kostenübernahme bei Verhütungsmitteln. [Online]. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) https://www.familienplanung.de/verhuetung/rezeptpflicht-und-kostenuebernahme/ [Zugriff am 15.02.2024].

CNS (2023): Verhütung. [Online]. Caisse nationale de santé. https://cns.public.lu/de/professionnels-sante/prevention/contraception.html [Zugriff am 21.08.2023].

DDDG (2023): *S2k-Leitlinie Nicht hormonelle Empfängnisverhütung. AWMF-Registernummer 015-095, Version 1.0, 01.01.2024 bis 31.12.2028*. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DDDG).

Di Meglio, Giuseppina / Yorke, Elisabeth (2019): Universal access to no-cost contraception for youth in Canada. In: *Paediatrics & Child Health* 24/3:164-160.

EPF (2024): European Contraception Policy Atlas 2024. [Online]. European Parliamentary Forum for Sexual & Reproductive Rights (EPF). https://www.epfweb.org/node/1042 [Zugriff am 18.02.2024].

expatica (2023): Women's healthcare in Belgium. [Online]. https://www.expatica.com/be/healthcare/womens-health/womens-healthcare-in-belgium-145909/#contraception [Zugriff am 21.08.2023].

Familienberatung.gv.at (2024): Familienberatung. Beratungsstellen. [Online]. https://www.familienberatung.gv.at/beratungsstellen#/?topic=bb856c79-d2fb-407b-a352-4d4a6e08bb82&tg=&region=&long=&lat=&radius=40&searchTerm= [Zugriff am 18.02.2024].

familienplanung.de (2019): Rezeptpflicht und Kostenübernahme. [Online]. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). https://www.familienplanung.de/verhuetung/rezeptpflicht-und-kostenuebernahme/#:~:text=Auch%20bei%20jungen%20Frauen%20bis,Hormonimplantat%2C%20Spirale%20und%20Notfallverh%C3%BCtung). [Zugriff am 21.08.2023].

Felder-Puig, Rosemarie / Teutsch, Friedrich / Winkler, Roman (2023): *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Lehrlingen. Ergebnisse der Lehrlingsgesundheitsbefragung 2021/22*. Hg. v. undesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). Wien.

Fiala, Christian / Parzer, Elisabeth (2019): *Österreichischer Verhütungsreport*. Hg. v. Ambulatorium, Gynmed. Wien, Salzburg.

Frauengesundheitszentrum Netzwerk Sexuelle Bildung Steiermark (2019): *Was bedeutet umfassende sexuelle Bildung? Warum brauchen wir externe Expert*innen an Schulen dafür?* Graz.

GBCOG (2018): *2. Stellungsnahme anlässlich der Öffentlichen Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am Mittwoch, 07. November 2018, zum Thema „Kostenübernahme für Verhütungsmittel“*. German Board and College of Obstetrics and Gynecology (GBCOG). Berlin.

Gero, Alexandra / Simmons, Rebecca G. / Sanders, Jessica N. / Turok, David K. (2022): Does access to no-cost contraception change method selection among individuals who report difficulty paying for health-related care? In: *BMC women's health* 2022/22

gesundheit.gv.at (2023a): Verhütung. [Online]. Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs. https://www.gesundheit.gv.at/leben/sexualitaet/verhuetung.html [Zugriff am 21.08.2023].

gesundheit.gv.at (2023b): Verhütungsmittel im Überblick. [Online]. Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs.

https://www.gesundheit.gv.at/leben/sexualitaet/verhuetung/verhuetungsmittel-uebersicht.html [Zugriff am 21.08.2023].
gesundheit.gv.at (2024a): Sterilisation der Frau. [Online]. Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs. https://www.gesundheit.gv.at/leben/sexualitaet/verhuetung/verhuetungsmittel-methoden/sterilisation-frau.html [Zugriff am 28.02.2024].
gesundheit.gv.at (2024b): Verhütung. Der Frauenarztbesuch. [Online]. Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs. https://www.gesundheit.gv.at/leben/sexualitaet/verhuetung/info/frauenarzt-untersuchung.html#was-passiert-bei-einer-gynaekologischen-untersuchung [Zugriff am 18.02.2024].
Grauvogl, Andrea / de Jong, Peter / Peters, Madelon / Evers, Silvia / van Overveld, Mark / van Lankveld, Jacques (2015): Disgust and Sexual Arousal in Young Adult Men and Women. In: *Archives of Sexual Behavior* 2015/44:1515-1525.
Grunloh, Danielle S. / Casner, Teya / Secura, Gina M. / Peipert, Jeffrey F. / Madden, Tessa (2013): Characteristics associated with discontinuation of long-acting reversible contraception within the first 6 months of use. In: *Obstetrics and gynecology* 2013/122:1214-1221.
Gubrium, Aline C. / Mann, Emily S. / Borrero, Sonya / Dehlendorf, Christine / Fields, Jessica / Geronimus, Arline T. / Gómez, Anu M. / Harris, Lisa H. / Higgins, Jenny A. / Kimport, Katarina / Luker, Kristin / Luna, Zakiya / Mamo, Laura / Roberts, Dorothy / Romero, Diana / Sisson, Gretchen (2016): Realizing Reproductive Health Equity Needs More Than Long-Acting Reversible Contraception (LARC). In: *Am J Public Health* 106/1:18-19.
Gyllenberg, Frida / Saloranta, Tuire / But, Anna / Gissler, Mika / Heikinheimo, Oskari (2020): Predictors of choosing long-acting reversible contraceptive methods when provided free-of-charge - A prospective cohort study in Finland. In: *Contraception* 101/6:370-375.
hdgö (o.D.): 1982: Österreich übernimmt die UNO-Konvention gegen Diskriminierung von Frauen. [Online]. Haus der Geschichte Österreich. https://hdgoe.at/cedaw [Zugriff am 14.02.2024].
Heine, Yvonne / Helfferich, Cornelia / Klindworth, Heike / Wlosnewski, Ines (2016): *frauen leben 3. Familienplanung im Lebenslauf von Frauen – Schwerpunkt: Ungewollte Schwangerschaften*. Hg. v. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Köln.
HSE (2023): Free Contraception Contract Scheme. [Online]. Health Service Executive (HSE). https://www.hse.ie/eng/about/who/gmscontracts/free-contraception-service-contract/ [Zugriff am 21.08.2023].
independer (2022): Health insurance contraception reimbursement. [Online]. https://www.independer.nl/zorgverzekering/info/health-insurance/contraception [Zugriff am 21.08.2023].
IPPF (2008): *Sexuelle Rechte: Eine IPPF-Erklärung*. Hg. v. Federation, International Planned Parenthood. London.
Jalanko, Eerika / Gyllenberg, Frida / Krstic, Nikolas / Gissler, Mika / Heikinheimo, Oskari (2021): Municipal contraceptive services, socioeconomic status and teenage pregnancy in Finland: a longitudinal study. In: *BMJ open* 11/2:e043092.

Kaplan, Eduard L. / Meier, Paul (1958): Nonparametric Estimation from Incomplete Observations. In: *Journal of the American Statistical Association* 53/282:457-481.
Kiesl, Franz / Krauter, Andreas / Österreichische Gesundheitskasse (2022): *Hormonelle Behandlung von Endometriose als Kassenleistung*. an Vertragsärzte für Gynäkologie und Allgemeinmedizin am Dezember 2022.
Laan, Ellen T. M. / Klein, Verena / Werner, Marlene A. / van Lunsen, Rik H. W. / Janssen, Erick (2021): In Pursuit of Pleasure: A Biopsychosocial Perspective on Sexual Pleasure and Gender. In: *International Journal of Sexual Health* 33/4:516-536.
Le Guen, Mireille / Schantz, Clémence / Régnier-Loilier, Arnaud / de La Rochebrochard, Elise (2021): Reasons for rejecting hormonal contraception in Western countries: A systematic review. In: *Social Science & Medicine* 2022/284:114247.
Lindberg, Laura / Maddow-Zimet, Isaac (2012): Consequences of Sex Education on Teen and Young Adult Sexual Behaviors and Outcomes. In: *Journal of AdolescentHealth* 51/4:332-338.
Lozano, Manuel / Obiol, Maria Antonia / Peiro, Juanjo / Ramada, Jose Maria (2019): Effect of cost on early removal of contraceptive implants: a prospective cohort study. In: *The European journal of contraception & reproductive health care : the official journal of the European Society of Contraception* 24/1:24-29.
Mauck, Christine K. / Dart, Clint / Thurman, Andrea / Creinnin, Mitchell D. (2023): Contraceptive efficacy should primarily be measured using life table pregnancy rates. In: *Contraception: an international reproductive health journal* 2023/127:1-6.
McNicholas, Colleen / Madden, Tessa / Secura, Gina / Peipert, Jeffrey F. (2014): The contraceptive CHOICE project round up: what we did and what we learned. In: *Clinical obstetrics and gynecology* 57/4:643.
Morison, Tracy / Herbert, Sarah (2019): Rethinking 'Risk' in Sexual and Reproductive Health Policy: the Value of the Reproductive Justice Framework. In: *Sexuality Research and Social Policy* 16/4:434-445.
NHS (2023): Free sexual health medication and contraception. [Online]. National Health Service. https://northeastlondon.icb.nhs.uk/your-health/support-for-nhs-costs/free-sexual-health-medication-and-contraception/ [Zugriff am 21.08.2023].
Nimbi, Filippo Maria / Galizia, Roberta / Rossi, Roberta / Limoncin, Erika / Ciocca, Giacomo / Fontanesi, Lilibeth / Jannini, Emmanuele Angelo / Simonelli, Chiara / Tambelli, Renata (2021): The Biopsychosocial Model and the Sex-Positive Approach: an Integrative Perspective for Sexology and General Health Care. In: *Sexuality Research and Social Policy* 2022/19:894-908.
Oerter, Rolf / Montada, Leo (2008): Jugendalter. In: *Entwicklungspsychologie.*(Hrsg.). Weinheim u.a.: Beltz PVU. 271-332.
ÖGF (2023a): Notfallverhütung. [Online]. Österreichische Gesellschaft für Familienplanung. https://oegf.at/notfallverhuetung/ [Zugriff am 23.08.2023].
ÖGF (2023b): Spirale. [Online]. Österreichische Gesellschaft für Familienplanung. https://oegf.at/familienplanung/spirale/ [Zugriff am 21.08.2023].
ÖGF (2023c): Verhütungsmethoden. [Online]. Österreichische Gesellschaft für Familienplanung. https://oegf.at/verhuetungsmethoden/#:~:text=Die%20%C3%96sterreichische%20Gesellschaft%20f%C3%BCr%20Familienplanung,Sie%20sich%20in%20unseren%20Beratungsstellen.&text=Die%20Kupferspirale%20z%C3%A4hlt%20zu%20den%20sehr%20sicheren%20Verh%C3%BCtungsmethoden [Zugriff am 21.08.2023].

Oudshoorn, Nelly (2004): “Astronauts in the Sperm World”The Renegotiation of Masculine Identities in Discourses on Male Contraceptives. In: *Men and Masculinities - MEN MASC* 6/:349-367.

Palmer, Melissa J / Clarke, Lynda / Ploubidis, George B / Wellings, Kaye (2019): Prevalence and correlates of ‘sexual competence’ at first heterosexual intercourse among young people in Britain. In: *BMJ Sexual & Reproductive Health* 45/2:127-137.

PHARMIG (2022): *Pharmig Verhaltenscodex & Verfahrensordnung der Fachausschüsse VHC I. und II. Instanz*. Hg. v. PHARMIG – Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs. Wien.

pro familia (2019): *Modellprojekt biko – Beratung, Information und Kostenübernahme: Abschlussbericht*. Hg. v. pro familia. Frankfurt.

Ramelow, Daniela / Teutsch, Friedrich / Hofmann, Felix / Felder-Puig, Rosemarie (2015): *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2014.* Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK).Wien.

République Francaise (2023): Contraception. [Online]. https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F707?lang=en [Zugriff am 21.08.2023].

Ricketts, Sue / Klingler, Greta / Schwalberg, Renee (2014): Game change in Colorado: widespread use of long-acting reversible contraceptives and rapid decline in births among young, low-income women. In: *Perspect Sex Reprod Health* 46/3:125-132.

Rosenstock, Jessica R. / Peipert, Jeffrey F. / Madden, Tessa / Zhao, Qiuhong / Secura, Gina M. (2012): Continuation of reversible contraception in teenagers and young women. In: *Obstetrics and gynecology* 120/6:305-1298.

Schummers, Laura / Hutcheon, Jennifer A. / Hernandez-Diaz, Sonia / Williams, Paige L. / Hacker, Michele R. / VanderWeele, Tyler J. / Norman, Wendy V. (2018): Association of Short Interpregnancy Interval With Pregnancy Outcomes According to Maternal Age. In: *JAMA Intern Med* 178/12:1661-1670.

Secura, Gina M. / Adams, Tiffany / Buckel, Christina M. / Zhao, Qiuhong / Peipert, Jeffrey F. (2014): Change in sexual behavior with provision of no-cost contraception. In: *Obstetrics and gynecology* 123/4:6-771.

Sexsmith, Corinne D. / Sanders, Jessica N. / Simmons, Rebecca G. / Dalessandro, Cristen / Turok, David K. (2021): Contraceptive Method Uptake at Title X Health Centers in Utah. In: *Women's health issues : official publication of the Jacobs Institute of Women's Health* 31/3:219-226.

Simmons, Rebecca G. / Baayd, Jami / Waters, Megan / Diener, Zoe / Turok, David K. / Sanders, Jessica N. (2023): Assessing contraceptive use as a continuum: outcomes of a qualitative assessment of the contraceptive journey. In: *Reproductive Health* 20/1:33.

Sladden, Tim / Philpott, Anne / Braeken, Doortje / Castellanos-Usigli, Antón / Yadav, Vithika / Christie, Emily / Gonsalves, Lianne / Mofokeng, Tlaleng (2021): Sexual Health and Wellbeing through the Life Course: Ensuring Sexual Health, Rights and Pleasure for All. In: *International Journal of Sexual Health* 33/4:565-571.

Sozialgesetzbuch (2023): § 24a SGB V Empfängnisverhütung. [Online]. Sozialgesetzbuch. https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/24a.html#:~:text=(1)%20Versicherte%20haben%20Anspruch%20auf,die%20Verordnung%20von%20empf%C3%A4ngnisregelnden%20Mitteln [Zugriff am 21.08.2023].

Tone, Andrea (2012): Medicalizing Reproduction: The Pill and Home Pregnancy Tests. In: *The Journal of Sex Research* 49/4:319-327.
Trussell, James (1991): Methodological pitfalls in the analysis of contraceptive failure. In: *Statistic in Medicine* 10/2:201-20.
Trussell, James (2011): Contraceptive failure in the United States. In: *Contraception* 83/5:397-404.
Trussell, James (2014): Contraceptive efficacy. In: *Contraceptive Technology: Twentieth Revised Edition.* Hatcher, R.A. et al. (Hrsg.). New York: Ardent Media.
Tsevat, Danielle G. / Wiesenfeld, Harold C. / Parks, Caitlin / Peipert, Jeffrey F. (2017): Sexually transmitted diseases and infertility. In: *Am J Obstet Gynecol* 216/1:1-9.
UN (2019): *Concluding observations on the ninth periodic report of Austria*. Hg. v. Woman, Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against. New York.
UN (2022a): The Sustainable Development Goals Report 2022. [Online]. United Nations. https://unstats.un.org/sdgs/report/2022/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2022.pdf [Zugriff am 10.08.2023].
UN (2022b): *World Family Planning 2022: Meeting the changing needs for family planning: Contraceptive use by age and method*. Hg. v. United Nations. New York.
UNESCO (2018): *International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach*. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO).
UNESCO (2021): *The journey towards comprehensive sexuality education Global status report*. Geneva: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO).
UNFPA (2021): Bodily autonomy: a cornerstone for achieving gender equality and universal access to sexual and reproductive health and rights. Technical Brief. [Online]. United Nations Population Fund. www.unfpa.org [Zugriff am 21.08.2023].
WHO (2001): *Strategic Action Plan for the Health of Women in Europe*. Hg. v. World Health Organization (WHO). Copenhagen.
WHO (2007): *Report of a WHO technical consultation on birth spacing. Geneva, Switzerland 13-15 June 2005.* World Health Organization (WHO), Department of Making Pregnancy Safer (MPS), Genova
WHO (2014): *Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: guidance and recommendations.* Hg. v. World Health Organization (WHO).Geneva.
WHO (2022): *Abortion care guideline*. Hg. v. World Health Organization (WHO). Geneva.
WHO (2023a): Family planning/contraception methods. [Online]. Word Health Organization (WHO). https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception [Zugriff am 01.03.2024].
WHO (2023b): Sexually transmitted infections (STIs). [Online]. Word Health Organization (WHO). https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis) [Zugriff am 01.03.2024].
WHO (2024): Sexual and Reproductive Health and Research. Defining sexual health. [Online]. World Health Organization (WHO). https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health [Zugriff am 18.02.2024].

WHO / Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (2022): *Family planning: a global handbook for providers*. Hg. v. World Health Organization (WHO). Baltimore and Genova.

Wright, Kelsey Q. (2020): Contraceptive selection and practice: Associations with self-identified race and socioeconomic disadvantage. In: *Social Science & Medicine* 2022/266:1-12.

Abkürzungen

BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
bzw.	beziehungsweise
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CATI	Computer Assisted Telephone Interview
CAWI	Computer Assisted Web Interview
CEDAW	Convention on the Elimination of Discrimination against Women
CPAE	Contraception Policy Atlas Europe
etc.	et cetera
EW	Einwohner:innen
EK	Einkommen
FGM/C	Female Genital Mutilation and Cutting
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
LARC(s)	long-acting reversible contraceptive(s)
IPPF	International Planned Parenthood Federation
IUP	Intrauterinpessar
ÖGF	Österreichische Gesellschaft für Familienplanung
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
p. N.	persönliche Notiz
SARC(s)	short-acting reversible contraceptive(s)
SDG(s)	Sustainable Development Goal(s)
STDs	sexuell übertragbare Krankheiten
SV	Sozialversicherung
u. a.	unter anderem
v. a.	vor allem
vs.	versus

WHO	World Health Organization
z. B.	zum Beispiel
z. T.	zum Teil

Anhang

- Anhang 1: Stichprobe
- Anhang 2: Fragebogen Bedarfserhebung Verhütung

Anhang 1

Tabelle 6: Stichprobe (n = 1.005)

Indikator	Gruppierung	N	Prozent
Geschlecht	Frau	988	98,3
	intergeschlechtlich/inter*	12	1,2
	non-binär	5	0,5
Alter	14 bis 20 Jahre	146	14,5
	21 bis 30 Jahre	341	33,9
	31 bis 40 Jahre	363	36,1
	41 bis 45 Jahre	155	15,4
Bildung	Pflichtschule	249	24,8
	Lehre	196	19,5
	weiterführende Schule ohne Matura	115	11,4
	weiterführende Schule mit Matura	214	21,3
	Universität, Fachhochschule	227	22,6
	keine Angabe	3	0,3
Wohnregion	bis 2.000 Einwohner:innen	148	14,7
	2.001 bis 5.000 Einwohner:innen	209	20,7
	5.001 bis 50.000 Einwohner:innen	238	23,7
	50.001 bis 200.000 Einwohner:innen	86	8,5
	200.001 bis 300.000 Einwohner:innen	38	3,7
	mehr als 300.000 Einwohner:innen	246	24,5
	keine Angabe	41	4,1
persönliches Netto-einkommen	unter 480 Euro	75	7,5
	481 bis 700 Euro	40	3,9
	701 bis 1.000 Euro	83	8,3
	1.001 bis 1.250 Euro	81	8,1

Indikator	Gruppierung	N	Prozent
	1.251 bis 1.500 Euro	93	9,3
	1.501 bis 1.750 Euro	79	7,8
	1.751 bis 2.000 Euro	98	9,7
	2.001 bis 2.250 Euro	104	10,4
	2.251 bis 2.500 Euro	35	3,5
	2.501 bis 3.000 Euro	38	3,8
	3.001 bis 3.500 Euro	20	2,0
	3.501 bis 4.000 Euro	17	1,7
	über 4.000 Euro	20	2,0
	kein eigenes Einkommen	48	4,8
	keine Angabe	174	17,3
Haushaltsnetto-einkommen	unter 900 Euro	36	3,6
	901 bis 1.200 Euro	58	5,8
	1.201 bis 1.500 Euro	71	7,1
	1.501 bis 2.000 Euro	69	6,9
	2.001 bis 2.500 Euro	88	8,8
	2.501 bis 3.000 Euro	62	6,2
	3.001 bis 3.500 Euro	63	6,2
	3.501 bis 4.000 Euro	92	9,2
	4.001 bis 4.500 Euro	61	6,1
	4.501 bis 5.000 Euro	65	6,4
	5.001 bis 5.500 Euro	40	3,9
	5.501 bis 6.000 Euro	30	3,0
	6.001 bis 6.500 Euro	19	1,9
	6.501 bis 7.000 Euro	10	1,0
	über 7.000 Euro	32	3,2
	keine Angabe	207	20,6
Aufenthaltsstatus	österreichische Staatsbürgerschaft	882	87,8

Indikator	Gruppierung	N	Prozent
	Daueraufenthalt EU	29	2,9
	Rot-Weiß-Rot-Karte	14	1,3
	subsidiärer Schutz	6	0,6
	Asyl	6	0,6
	Niederlassungsbewilligung	1	0,1
	Familienangehörige	3	0,3
	EU-Bürgerin	52	5,2
	andere	2	0,2
	keine Angabe	9	0,9

Quelle: GÖG

Anhang 2: Fragebogen Bedarfserhebung Verhütung

Bedarfserhebung Verhütung

Bislang weiß man wenig zum Verhütungsverhalten und den Verhütungsbedarf der in Österreich lebenden Mädchen, Frauen und Personen, die verhüten. Das Institut Jaksch & Partner führt deshalb im Auftrag der Gesundheit Österreich GmbH eine **Bedarfserhebung rund um Verhütung** durch. Verhütungsfragen betreffen das Verhütungsverhalten, Informationen und Entscheidungen rund um Verhütung sowie die Frage der Kosten von Verhütungsmitteln.

Jede Ihrer Antworten hilft uns, mehr darüber zu erfahren, wie Verhütung für in Österreich lebende Mädchen* und Frauen* verbessert werden kann. Der Fragebogen ist anonym, d.h. die Antworten können keiner Einzelperson zugeordnet werden.

Das Ausfüllen dauert ca. 7 Minuten – bitte nehmen Sie sich genügend Zeit dafür.

Bei Unklarheiten zum Ausfüllen des Fragebogens wenden Sie sich bitte an Melanie Edermayr von Jaksch & Partner unter melanie.edermayr@jaksch-partner.at.

Schon jetzt vielen Dank für Ihre Teilnahme!

1 SOZIODEMOGRAPHIE

FRAGE 1 Geschlechtsidentität

Wie würden Sie Ihr Geschlecht bzw. Ihre Geschlechtsidentität am ehesten bezeichnen?

a. Frau
b. Mann
c. intergeschlechtlich/inter*
d. nicht-binär
e. Ich würde mich anders bezeichnen, und zwar: [Freitextfeld]

FRAGE 2 Lebensphase

Welche der folgenden Aussagen passen zu Ihrer aktuellen Lebensphase? [Mehrfachantworten möglich]

a. Ich habe einen Kinderwunsch und plane, (weitere) Kinder zu bekommen
b. Ich habe keinen (weiteren) Kinderwunsch
c. Ich weiß (noch) nicht, ob ich Kinder bekommen möchte
d. Ich habe Kinder (leibliche, adoptierte oder Stief- sowie Pflegekinder)
e. Ich habe keine Kinder
f. Ich habe eine:n konstante:n Sexualpartner:in
g. Ich habe wechselnde / mehrere Sexualpartner:innen
h. Ich habe aktuell keine:n Sexualpartner:in
i. Ich weiß nicht

FRAGE 3 ausreichend informiert

Wie fühlen Sie sich über Verhütungsmethoden informiert?

a. Ich fühle mich sehr gut informiert
b. Ich fühle mich eher gut informiert
c. Ich fühle mich eher nicht gut informiert
d. Ich fühle mich nicht gut informiert
e. Ich weiß nicht

2 VERHÜTUNGSVERHALTEN

Frage 4 Verwendung

Verwenden Sie derzeit Verhütungsmittel bzw. Verhütungsmethoden?

a. Ja, ich verwende Verhütungsmethoden bzw. -mittel [Frage 4-7, NICHT Frage 9]
b. Ja, mein:e Partner:in verwendet Verhütungsmethoden bzw. -mittel
c. Ja, mein:e Partner:in und ich verwenden Verhütungsmethoden bzw. -mittel
d. Nein [weiter zu Frage 9]
e. Ich weiß nicht

Frage 5 Verhütungsmethoden

Welche der folgenden Verhütungsmittel bzw. Verhütungsmethoden wenden Sie aktuell an? Bitte denken Sie an jene Maßnahmen, die sie selbst oder ihre Sexualpartner:innen getroffen haben. [Mehrfachantworten möglich]

a. Dreimonatsspritze
b. Hormonpflaster
c. Hormonspirale
d. Implanon (Stäbchen)
e. Minipille
f. Pille
g. Pille danach
h. Vaginalring
i. Diaphragma
j. Femidom
k. Kupfer-, Silber- oder Goldspirale
l. Kupferkette/Kupferball
m. Kondom
n. Portiokappe/Cervikalkappe
o. Sterilisation (Eileiter, Tubenligatur)
p. Sterilisation (Samenleiter, Vasektomie)
q. Vaginalschwamm
r. Zäpfchen, Salben, Gels
s. Coitus Interruptus
t. Hormonmessung mittels Computer
u. Stillinfertilität
v. Temperaturmethode
w. Zervixschleimmethode
x. Andro-Switch-Ring (Hodenring)
y. Andere:
z. Ich weiß nicht

Frage 6 Zufriedenheit mit Verhütungsmethode

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer derzeitigen Verhütungsmethode bzw. Ihrem aktuellen Verhütungsmittel?

a. sehr zufrieden
b. eher zufrieden
c. eher nicht zufrieden
d. gar nicht zufrieden
e. ich weiß nicht

Frage 7 Gründe für Entscheidung

Wenn Sie an die Wahl Ihrer derzeitigen Verhütungsmethode bzw. Ihres aktuellen Verhütungsmittels denken, welche Punkte haben die Wahl beeinflusst? Bitte wählen Sie jene Punke aus, die für Sie wichtig waren.

a. Hohe Zuverlässigkeit (Schwangerschaftsverhütung)
b. Unabhängigkeit von Verhütungsstatus anderer
c. Niedrige Kosten
d. Kurz wirkend
e. Lang wirkend (Wirkung für 3-8 Jahre)
f. Es ist einfach zu benutzen
g. Ich muss mich nicht ständig darum kümmern
h. Es hat keine/wenige Nebenwirkungen
i. Verbesserung des Hautbilds
j. Zur Behandlung einer Erkrankung
k. Es ist nicht erforderlich, etwas in den Körper einzuführen (z.B. Diaphragma, Spirale)
l. Positiver Einfluss auf Regelschmerzen bzw. Menstruation (Beeinflussung der Regelblutung)
m. Meine Freundinnen/Freunde benutzen es
n. Mein:e Gynäkolog:in hat es empfohlen
o. Meine Eltern haben es empfohlen
p. Mein:e Partner:in hat es sich gewünscht
q. Es enthält Hormone
r. Es ist hormonfrei
s. Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten
t. Andere:
u. Ich weiß nicht

Frage 8 Priorisierung der Entscheidung

Im Folgenden geht es um verschiedene Kriterien, die für die Auswahl eines Verhütungsmittels oder einer Verhütungsmethode wichtig sein können. Bitte geben Sie an, wie wichtig der jeweilige Punkt grundsätzlich für Ihre Entscheidung bei der Wahl einer Verhütungsmethode / eines Verhütungsmittels ist.

	sehr wichtig	eher wichtig	eher nicht wichtig	gar nicht wichtig	weiß ich nicht
a. hohe Zuverlässigkeit					
b. flexibler Einsatz					
c. Langzeitverhütung					
d. kostengünstig					
e. leichter Zugang					
f. Unabhängig von anderen Personen					
g. Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten					

Frage 9 Keine Verhütung

Was sind die Gründe warum Sie nicht verhüten? [Freitextfeld]

3 INFORMATION UND ENTSCHEIDUNGSPROZESS

FRAGE 10 woher stammen Informationen zu Verhütung

Woher erhalten Sie Informationen über Verhütungsmittel bzw. Verhütungsmethoden? (Mehrfachantworten möglich)

a. Familienmitglieder
b. Bezugspersonen (Partner:in, Freundeskreis)
c. Lehrer:in
d. Sexualpädagog:in
e. Schulärzt:in
f. Hausärzt:in bzw. Allgemeinmediziner:in
g. Frauenärzt:in
h. Suchmaschinen: z. B. Google, Bing, etc.
i. Webseiten mit Informationen zu Verhütung(smethoden)

j. Soziale Medien: Facebook, Instagram, Youtube
k. Internetforen
l. Zeitschriften, Bücher, Infomaterialien (z. B. Folder, Broschüren)
m. Nicht-ärztliche Beratungsgespräche [➔ online; persönlich; Telefon]
n. Andere [offenes Antwortfeld]
o. Für mich nicht relevant

4 KOSTEN UND LEISTBARKEIT

FRAGE 11 Wer übernimmt Kosten

Wer übernimmt aktuell die Kosten für Ihre derzeitige Verhütungsmethode / Ihr derzeitiges Verhütungsmittel?

a. Ich trage die Kosten allein
b. Mein:e Partner:in
c. Eltern
d. Mein:e Partner:in und ich teilen die Kosten
e. Die Kosten wurden übernommen z.B. österreichische Gesellschaft für Familienplanung
f. Andere Personen (z.B. Großeltern, Tante, …), und zwar: [Freitextfeld]
g. keine Angabe

FRAGE 12 Änderung der Methode bei Kostenübernahme

Angenommen Verhütungsmethoden und Verhütungsmittel wären kostenlos, würden Sie Ihre derzeitige Entscheidung ändern?

a. Ja, ich würde eine andere Verhütungsmethode oder ein anderes Verhütungsmittel nutzen oder in Betracht ziehen
b. Nein, ich würde kein anderes Verhütungsmittel in Betracht ziehen, aber ich würde mein Verhütungsmittel häufiger nutzen
c. Nein, ich würde nichts ändern
d. Ich bin mir nicht sicher
e. Ich würde mich dazu gerne beraten lassen

Wenn 13e) Von wem würden sie sich gerne beraten lassen? [Freitextfeld]

FRAGE 13 Änderung der Methode bei Kostenübernahme

Welche Verhütungsmethoden oder Verhütungsmittel könnten Sie sich für Sie bzw. für Ihre derzeitige Lebensphase vorstellen, wenn Verhütung kostenlos wäre? [Mehrfachantworten möglich]

a. Dreimonatsspritze
b. Hormonpflaster
c. Hormonspirale
d. Implanon (Stäbchen)
e. Minipille
f. Pille
g. Pille danach
h. Vaginalring
i. Diaphragma
j. Femidom
k. Kupfer-, Silber- oder Goldspirale
l. Kupferkette/Kupferball
m. Kondom
n. Portiokappe/Cervikalkappe
o. Sterilisation (Eileiter, Tubenligatur)
p. Sterilisation (Samenleiter, Vasektomie)
q. Vaginalschwamm
r. Zäpfchen, Salben, Gels
s. Coitus Interruptus
t. Hormonmessung mittels Computer
u. Stillinfertilität
v. Temperaturmethode
w. Zervixschleimmethode
x. Andro-Switch-Ring (Hodenring)
y. Andere:
z. Ich weiß nicht
aa. Ich würde mich dazu gerne beraten lassen

Wenn 14x) Von wem würden sie sich gerne beraten lassen? [Freitextfeld]

5 SOZIODEMOGRAPHIE

Frage 14 Alter

Zum Abschluss noch ein paar kurze Fragen zu Ihrer Person:
Wie alt sind Sie?

Frage 15 Schulbildung

Welche höchste abgeschlossene Schulbildung haben Sie?

a. Pflichtschule
b. Lehre
c. weiterführende Schule ohne Matura
d. weiterführende Schule mit Matura
e. Universität, Fachhochschule

Frage 16 Berufstätigkeit

Sind Sie derzeit hauptsächlich…?

a. Vollzeit unselbstständig berufstätig (mind. 35 Stunden/Woche und mehr)
b. Teilzeit unselbstständig berufstätig (weniger als 35 Stunden/Woche)
c. Selbständig erwerbstätig
d. in Ausbildung (Schule, Lehre, Studium oder ähnliches)
e. in Elternkarenz
f. arbeitslos bzw. auf Arbeitssuche
g. unbezahlte Arbeit im Haushalt, Kinderbetreuung und/oder Pflege von Angehörigen (ohne eigenes Einkommen)
h. in Pension
i. anderes
j. keine Angabe

Frage 17 Aufenthaltsstatus

Welchen Aufenthaltsstatus haben Sie derzeit?

a. österreichische Staatsbürgerschaft
b. Daueraufenthalt EU
c. Rot-Weiß-Rot Karte
d. Subsidiärer Schutz
e. Asyl

f. Niederlassungsbewilligung
g. Familienangehörige/r
h. EU-Bürger/in
i. anderer: _____

Frage 18 Nettoeinkommen

Wie hoch ist Ihr persönliches Nettoeinkommen pro Monat ungefähr?

a. unter 480 Euro
b. 481 bis 700 Euro
c. 701 bis 1.000 Euro
d. 1.001 bis 1.250 Euro
e. 1.251 bis 1.500 Euro
f. 1.501 bis 1.750 Euro
g. 1.751 bis 2.000 Euro
h. 2.001 bis 2.250 Euro
i. 2.251 bis 2.500 Euro
j. 2.501 bis 3.000 Euro
k. 3.001 bis 3.500 Euro
l. 3.501 bis 4.000 Euro
m. über 4.000 Euro
n. kein eigenes Einkommen
o. keine Angabe

Frage 19 Haushaltseinkommen

In welche Kategorie fällt das monatliche Nettoeinkommen Ihres gesamten Haushalts? Rechnen Sie dazu bitte alle Einkommen einschließlich Pensionen und Sozialleistungen wie z.B. die Familienbeihilfe zusammen.

a. unter 900 Euro
b. 901 bis 1.200 Euro
c. 1.201 bis 1.500 Euro
d. 1.501 bis 2.000 Euro
e. 2.001 bis 2.500 Euro
f. 2.501 bis 3.000 Euro
g. 3.001 bis 3.500 Euro
h. 3.501 bis 4.000 Euro
i. 4.001 bis 4.500 Euro
j. 4.501 bis 5.000 Euro

k. 5.001 bis 5.500 Euro
l. 5.501 bis 6.000 Euro
m. 6.001 bis 6.500 Euro
n. 6.501 bis 7.000 Euro
o. über 7.000 Euro
p. keine Angabe

Frage 20 WohnRegion

Wie viele Einwohner:innen hat Ihr Wohnort?

a. bis 2.000 Einwohner:innen
b. 2.001 bis 5.000 Einwohner:innen
c. 5.001 bis 50.000 Einwohner:innen
d. 50.001 bis 200.000 Einwohner:innen
e. 200.001 bis 300.000 Einwohner:innen
f. mehr als 300.000 Einwohner:innen
g. keine Angabe

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an:

- die österreichische Gesellschaft für Familienplanung (ÖGF): https://oegf.at/
- Beratungsstellen zu sexueller Gesundheit: https://www.oegs.or.at/img/sexualtherapie/sexualberatungsstellen_oesterreich.pdf
- an Ihre Frauenärztin oder Ihren Frauenarzt
- an ein Frauengesundheitszentrum in Ihrer Nähe: http://www.frauengesundheit.at/
- Rat auf Draht Hotline: Wählen Sie di 147 oder nutzen Sie die anonyme und kostenlose Online-Beratung: https://www.rataufdraht.at/#

Bundesministerium für
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz
Stubenring 1, 1010 Wien
+43 1 711 00-0
sozialministerium.at