

FORSCHUNG UND PRAXIS DER SEXUALAUFLÄRUNG UND FAMILIENPLANUNG

**SEXUAL- UND
VERHÜTUNGSVERHALTEN
16- BIS 24JÄHRIGER
JUGENDLICHER UND
JUNGER ERWACHSENER**

090017

BAND 12

Herausgeberin: Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Sexual- und Verhütungsverhalten 16- bis 24jähriger Jugendlicher und junger Erwachsener:

Eine repräsentative Wiederholungsbefragung im Auftrag der BZgA/

Hrsg.: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Autoren: Peter Schmidt ...

[Hrsg.: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) – Abteilung Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung. Red.: Angelika Heßling]. – Köln: BZgA, 1998

(Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung; Bd. 12)

ISBN 3-933191-01-7

Die Beiträge dieser Fachheftreihe geben die Meinung der Autorinnen und Autoren wieder, die von der Herausgeberin nicht in jedem Fall geteilt werden muß. Die Fachheftreihe ist als Diskussionsforum gedacht.

Herausgeberin

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

– Abteilung Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung –

Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln

Tel. 02 21 / 89 92-0

hppt://www.bzga.de

Redaktion

Angelika Heßling

Lektorat, Konzept und Gestaltung

KÜHN & Partner, Ruppichter Roth

Gesellschaft für Beratung, Kommunikation, MediaProjekte.

luxsiebenzwo grafikdesign, Köln

Satz

kipconcept GmbH, Bonn

Druck

DCM, Meckenheim

Alle Rechte vorbehalten.

Auflage

1./3./10.98

Band 12 der Fachheftreihe ist kostenlos erhältlich unter der Bestelladresse BZgA, 51101 Köln.

Bestellnummer: 133 000 12

INHALT

VORWORT

1

EINLEITUNG

9

2

METHODISCHE ERHEBUNGSGRUNDLAGEN UND STICHPROBENBESCHREIBUNG

17

- 2.1 Untersuchungsdesign 18
- 2.2 Datenerhebung und -rücklauf 20
- 2.3 Repräsentativität 21
- 2.4 Beschreibung der Stichprobe 24

3

PARTNERSCHAFT UND SEXUALITÄT: ZWISCHEN ALTEN WERTEN UND NEUER OFFENHEIT

31

- 3.1 Sexualdemographie 32
 - 3.1.1 Sexuelle Orientierung der Jugendlichen und jungen Erwachsenen 32
 - 3.1.2 Beziehungsformen, in denen Jugendliche und junge Erwachsene leben 34
 - 3.1.3 Beziehungsdauer und Altersunterschiede in Partnerschaften von Jugendlichen und jungen Erwachsenen 35
 - 3.1.4 Koituserfahrung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen 36
 - 3.1.5 Anzahl der KoituspartnerInnen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen 38
- 3.2 Wünsche und Einstellungen 40
 - 3.2.1 Die Bedeutung verschiedener Lebensbereiche für Jugendliche und junge Erwachsene 40
 - 3.2.2 Wünsche an eine Partnerschaft 43
- 3.3 Zusammenfassung 44



SEXUALITÄT, PARTNERSCHAFT UND VERHÜTUNG: INFORMATIONEN UND SCHWIERIGKEITEN

47

4.1	Informationen	48
4.1.1	Partnerschaft, Sexualität und Schwangerschaft	48
4.1.2	Informationsgrad über verschiedene Verhütungsmethoden	51
4.1.3	Informationsquellen zur Schwangerschaftsverhütung	54
4.1.4	Kenntnisse über den Empfängniszeitpunkt	56
4.2	Verhütungsmethoden Jugendlicher	57
4.2.1	Erfahrungen mit verschiedenen Verhütungsmethoden	57
4.2.2	Anwendung der verschiedenen Verhütungsmethoden	60
4.2.3	Wechsel der Verhütungsmethoden	64
4.2.4	Geschlechtsverkehr ohne Verhütung	65
4.2.5	Entscheidung für oder gegen ein Kind	66
4.3	Schwierigkeiten	66
4.3.1	Probleme im Zusammenhang mit der Anwendung der Pille	66
4.3.2	Probleme im Zusammenhang mit dem Gebrauch von Kondomen	68
4.3.3	Erfahrung mit Schwangerschaften	70
4.3.4	Zusammenhang von Verhütungsmethoden und ungewollten Schwangerschaften	71
4.4	Zusammenfassung	71



EINFLUSS GESETZLICHER REGELUNGEN AUF DIE SCHWANGERSCHAFTSVERHÜTUNG

73

5.1	Gesetzliche Regelung zur Finanzierung der Antibabypille für junge Frauen durch die Krankenkassen	74
5.1.1	Finanzierung der Pille durch die Krankenkassen	75
5.1.2	Informationsquellen über die gesetzliche Regelung zur Finanzierung der Pille durch die Krankenkassen	76
5.1.3	Ansichten darüber, ob Kondome von den Krankenkassen bezahlt werden sollten	78

5.1.4	Inanspruchnahme der gesetzlichen Regelung zur Finanzierung der Pille durch die Krankenkassen	78
5.1.5	Einfluß der Finanzierung der Pille durch die Krankenkassen auf das Verhütungsverhalten	81
5.2	Diskussion um die Nebenwirkungen einiger Antibabypillen	81
5.2.1	Kenntnis über die Nebenwirkungen einiger Pillenpräparate	82
5.2.2	Reaktionen auf die Diskussion um die Nebenwirkungen einiger Antibabypillen	82
5.2.3	Informationsbedarf bezüglich der Nebenwirkungen der Pille	84
5.3	Neuregelung des § 218 StGB	85
5.3.1	Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch	85
5.3.2	Kenntnisse über die Neuregelung des § 218 StGB	88
5.3.3	Beurteilung einzelner Aspekte der Neuregelung des § 218 StGB	90
5.4	Zusammenfassung	91

6

KONTRAZEPTION UND GEWOHNHEITEN: BEEINFLUSSEN AUTOMATISIERTE VERHALTENS- MUSTER DAS VERHÜTUNGSVERHALTEN?

93

6.1	Methode und Operationalisierung	95
6.2	Gewohnheiten im Umgang mit Kondomen	96
6.3	Möglichkeiten und Grenzen der Messung von Gewohnheiten	100
6.4	Zusammenfassung	104

7

ZUR VORHERSAGBARKEIT VON PILLEN- UND KONDOMANWENDUNGSABSICHT

105

7.1	Das Konzept der Theorie des geplanten Verhaltens	106
7.2	Determinanten der Pillenanwendungsabsicht	109
7.2.1	Deskriptive Beschreibung	110
7.2.2	Korrelationsstruktur	110

7.2.3	Gruppenvergleiche	111
7.2.4	Modellprüfung	113
7.3	Determinanten der Kondomanwendungsabsicht	115
7.3.1	Deskriptive Beschreibung	115
7.3.2	Korrelationsstruktur	116
7.3.3	Gruppenvergleiche	117
7.3.4	Modellprüfung	119
7.4	Zusammenfassung	121

8

VERÄNDERUNGEN IM LÄNGSSCHNITT 123

8.1	Demographie im Vergleich	124
8.2	Determinanten der Pillenanwendung	126
8.2.1	Deskriptive Beschreibung	126
8.2.2	Korrelationsstruktur	127
8.2.3	Gruppenvergleiche	128
8.2.4	Modellprüfung unter Einbeziehung des Verhaltens	130
8.3	Determinanten der Kondomanwendung	132
8.3.1	Deskriptive Beschreibung	132
8.3.2	Korrelationsstruktur	133
8.3.3	Gruppenvergleiche	134
8.3.4	Modellprüfung unter Einbeziehung des Verhaltens	136
8.4	Zusammenfassung	138

9

ANHANG 141

9.1	Literatur	142
9.2	Statistik-Glossar	144
9.3	Fragebogen	146

VORWORT

Mit Band 12 der Fachheftreihe Forschung und Praxis der Sexuaufklärung und Familienplanung legt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) den Abschlußbericht der repräsentativen Wiederholungsbefragung „Sexual- und Verhütungsverhalten 16- bis 24-jähriger Jugendlicher und junger Erwachsener“ vor. Für den Abschlußbericht wurden 1996 mehr als 1.200 Interviews mit jungen Menschen zwischen 16 und 24 Jahren geführt, um mögliche Veränderungen bezüglich des Wissens, der Einstellungen und Verhaltensweisen zu Sexualität, Verhütung und Schwangerschaft zu dokumentieren. Als primäre Vergleichsstudie dient die 1994 ebenfalls im Auftrag der BZgA durchgeführte Ersterhebung zu diesem Thema.

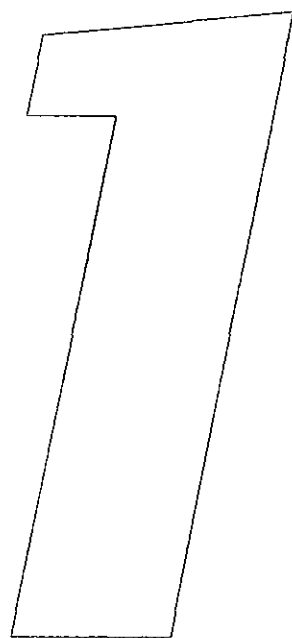
Die Untersuchungsergebnisse veranschaulichen, daß sich der Wissensstand allgemein gegenüber den Daten der 1994er Studie verbessert hat. Aber es gibt nach wie vor Defizite und geschlechtsspezifische Unterschiede. So sind junge Männer generell schlechter informiert als junge Frauen, und Verhütung scheint immer noch vorrangig „Frauensache“ zu sein.

Insbesondere die Ergebnisse im Hinblick auf Kinderwunsch, die Voraussetzungen für eine Familienplanung und der Stellenwert der Erwerbstätigkeit sind ein weiterer Schwerpunkt der Studie. Die derzeitige Situation auf dem Beschäftigungsmarkt fordert jungen Menschen eine Zukunftsplanung ab, die eine ungewisse berufliche Zukunft ebenso berücksichtigt wie individuelle Vorstellungen vom „privaten Glück“.

Die vorliegende Publikation liefert der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung grundlegende Daten zur Weiterentwicklung von Maßnahmen im Bereich Sexuaufklärung und Familienplanung.

Abteilung Sexuaufklärung,
Verhütung und Familienplanung
Köln 1998

EINLEITUNG



Für die Einschätzung der Situation Jugendlicher in Deutschland, wie für die Entwicklung von Strategien und Konzepten der Gesundheitspolitik und der Gesundheitsaufklärung sind reliable und valide Daten aus repräsentativen Studien von entscheidender Bedeutung. Um darüber hinaus die Wirkung gesetzlicher Verordnungen sowie curricularer Maßnahmen im Schulsystem und deren Nebenwirkungen abzuschätzen, benötigt man ebenfalls repräsentative Daten, und zwar solche, die zu verschiedenen Zeitpunkten erhoben wurden. Erst dann wird man in der Lage sein, im Sinne einer Qualitätskontrolle von Maßnahmen, deren Wirkung empirisch zu überprüfen.

EMPIRISCHE ÜBERPRÜFBARKEIT POLITISCHER MASSNAHMEN

Bezogen auf die in diesem Buch behandelten Themen, handelt es sich um die neuen gesetzlichen Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch (§ 218 StGB), die gesetzliche Regelung zur Finanzierung der Pille durch die Krankenkassen, die Aids-Prävention, die Prävention unerwünschter Schwangerschaften, aber auch die Evaluation des Sexualkundeunterrichts in den Schulen. Während im Bereich der empirischen Sozial- und Wirtschaftswissenschaften durch die Schaffung des **Sozioökonomischen Panels** (<http://www.diw-berlin.de/soep/welcome.html>), durch die **Allgemeine Bevölkerungsumfrage** der Sozialwissenschaften (<http://www.zuma-mannheim.de/data/allbus>), die **Wohlfahrtssurveys** (<http://www.zuma-mannheim.de/data/sozial-indicatas/wseinf.htm>) und die Fortentwicklung des **Systems sozialer Indikatoren** (<http://www.zuma-mannheim.de/data/sozial-indicatas/indieinf.htm>) Instrumente für die empirische Überprüfung von politischen Maßnahmen geschaffen wurden, gilt dies nicht für die Bereiche sexuellen Verhaltens und Einstellungen zu Partnerschaft und Sexualität. So werden in der wichtigsten und verbreitetsten Quelle amtlicher Daten und solcher der empirischen Sozialforschung – den **Datenreports** (<http://www.zuma-mannheim.de/data/sozial-indicators/dreinf.htm>) –, die das STATISTISCHE BUNDESAMT zusammen mit dem WISSENSCHAFTSZENTRUM FÜR SOZIALFORSCHUNG in Berlin und dem ZENTRUM FÜR UMFRAGEN, METHODEN UND ANALYSEN (ZUMA) herausgibt, bisher nur die Zahlen der Abtreibungen und der Geburten regelmäßig berichtet. Außerdem finden sich ein Abschnitt zu Gesundheit, einige weitere zu Einstellungen gegenüber der Rolle der Frau und Material zum Thema Familie. Letzteres behandelt auch Themen wie Lebens- und Familienformen, Stellenwert von Ehe und Familie sowie Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

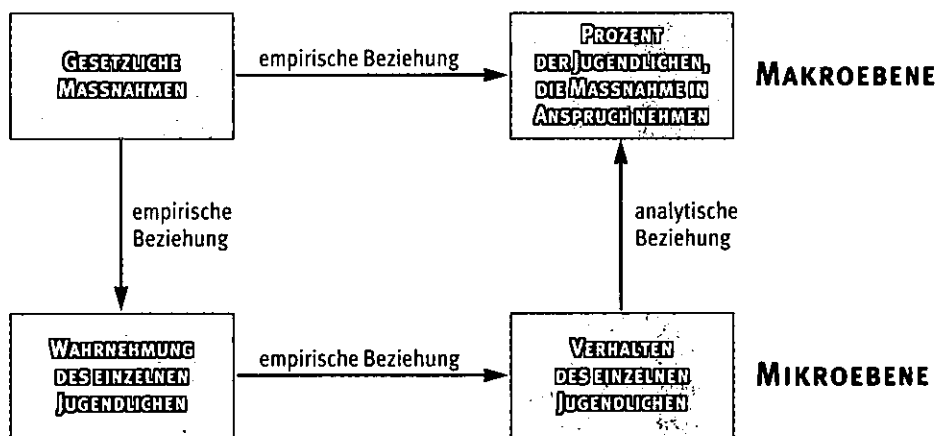
Im engeren Bereich der Sexualaufklärung, des generativen Verhaltens, der Kontrazeption, der Aids-Prävention, der Dynamik von Partnerschaftsbeziehungen und dem sexuellen Verhalten insgesamt existiert insbesondere seit dem Programm zur Förderung sozialwissenschaftlicher Aidsforschung eine größere Zahl interessanter Einzelstudien. Diese waren jedoch fast immer als Querschnittstudien angelegt und sind nicht fortgesetzt worden. Vergleiche zwischen diesen Studien sind demnach nur erschwert möglich oder gar unmöglich, weil sie sich bei den Frageformulierungen, der Art des Stichprobendesigns, der Erhebungsmethode und dem Erhebungszeitpunkt unterscheiden.

THEORIEMODELL MAKROEBENE – MIKROEBENE

Aus dieser Situation entstand die Idee für das vorliegende Buch. Auf der Basis von drei verschiedenen Wiederholungsbefragungen wurde der Versuch gemacht, die wichtigsten sexualdemographischen Merkmale sowie weitere zentrale Einstellungen und Verhaltensweisen als standardisierte Indikatoren für die gesellschaftliche Dauerbeobachtung zu entwickeln.

Bei den hier verwendeten Daten wird ein Zeitraum von 5 Jahren zwischen 1991 und 1996 erfaßt. Zentrales politisches Ereignis waren in diesem Zeitraum die Folgen der Vereinigung Deutschlands, insbesondere für den Osten. Die Wirkungen anderer Rechtssysteme (z.B. die Regelung der Abtreibung), aber auch anderer Curricula sind von nicht zu unterschätzender Bedeutung für das Verhalten des einzelnen und dürften nicht nur kurzfristiger Natur sein. Zur Verknüpfung von Makroereignissen mit individuellen Präferenzen und Verhaltensweisen und deren Aggregation zu neuen Makrovariablen hat J. S. Coleman 1990 folgendes Schema vorgeschlagen, das anschaulich die Beziehungen zwischen Makroebene und individueller Ebene darstellt:

MAKRO- UND MIKROHYPOTHESEN



Auch wenn also der Gesetzgeber annimmt – oder zumindest auf der Makroebene hofft –, daß etwa die neue gesetzliche Regelung zur Finanzierung der Pille von 100% der Jugendlichen zur Kenntnis genommen wird und zu einer signifikanten Verminderung des Prozentsatzes unerwünschter Schwangerschaften führt, muß über Brückenhypothesen und eine individuelle Handlungstheorie erklärt werden, ob die Veränderung in den Makrovariablen über die Veränderungen einzelner Werte, Präferenzen und wahrgenommenen Restriktionen das Verhalten einzelner Jugendlicher tatsächlich ändert.

In dem hier dargestellten Beispiel (vgl. Kapitel 5) war ein beträchtlicher Teil der Jugendlichen gar nicht über diese Möglichkeit informiert, so daß für diese prozentual sehr gewichtige Gruppe von Jugendlichen keine Verhaltensänderung zu erwarten war. Damit die Bedeutung von und die Verantwortung für Verhütung wirklich ernst genommen werden, könnte die Ermittlung säumiger Väter für Unterhaltszahlungen, die erst in letzter Zeit anläuft, als zusätzliche Maßnahme wesentlich wirksamer sein als allein die Durchführung spezifischer Kampagnen für Jungen. Von den negativen Folgen sind nicht nur alleinerziehende Mütter oder getrennt lebende oder geschiedene Mütter betroffen. Laut Angaben des BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE UND SENIOREN für das Jahr 1998 übernimmt der Bund, d.h. der Steuerzahler, derzeit 1,6 Milliarden DM jährlich, weil viele Väter nicht zahlen. Dies betrifft aber nur die finanziellen Folgen ambivalenter Vaterschaft, die seelischen können noch weit größer sein.

THEORETISCHE ERHEBUNGSGRUNDLAGEN

In bisherigen Studien stand in den meisten Fällen die Deskription wichtiger Einzelmerkmale, wie Zeitpunkt des ersten Geschlechtsverkehrs oder Art der verwendeten Verhütungsmethode, im Vordergrund. Dagegen war die Anwendung von allgemeinen Theorien zur Erklärung von Einstellungen, Intentionen und Verhaltensweisen im Bereich der Sexualwissenschaft eher die Ausnahme. In der hier vorliegenden Studie wird nun exemplarisch die Theorie geplanten Verhaltens von Ajzen als allgemeiner theoretischer Rahmen zur Erklärung der Entscheidung für oder gegen die Pille bzw. das Kondom angewendet. Diese Theorie wurde ausgewählt, weil sie sich seit Anfang der 90er Jahre in einer Vielzahl von Studien und Anwendungen empirisch bewährt hat und besser als andere derzeit bekannte Theorien Verhalten erklären kann. Eine genauere Darstellung der Theorie findet sich in Kapitel 7.1.

Wegen des Umfangs der Operationalisierungen haben wir für andere wichtige Verhaltensweisen, wie z.B. Verhütungsverhalten generell, Kinderwunsch, Zahl der Partner, Intention eine Schwangerschaft abzubrechen, keine Items auf der Basis der Theorie geplanten Verhaltens erstellt. Wenn erklärende Modelle für diese Art von Variablen formuliert wurden, verwendeten wir demographische Faktoren und allgemeine Einstellungen bzw. Werte als unabhängige Variablen. Alle hier verwendeten Meßinstrumente, die den Anspruch hatten, allgemeinere Konzepte mit multiplen Indikatoren zu messen, wurden auf ihre Reliabilität und Validität hin überprüft. Eine entsprechende Dokumentation aller hier erstellten Skalen sowie einer Standarddemographie zur Sexualität findet sich in Form eines Itemmoduls im ZUMA-Informationssystem (ZIS) unter <http://www.zuma-mannheim.de>.

METHODISCHE ERHEBUNGSGRUNDLAGEN

Gegenstand des zweiten Kapitels sind die methodischen Erhebungsgrundlagen sowie die Stichprobenbeschreibung. Die Behandlung dieser Thematik ist aus zwei Gründen von besonderer Bedeutung. Zum einen stellt sich die Frage, wie zuverlässig von den Ergebnissen

der gezogenen Stichprobe auf die Gesamtpopulation der Jugendlichen in dieser Altersgruppe in Deutschland geschlossen werden kann. Zum zweiten ist die Kenntnis der spezifischen Erhebungsbedingungen wichtig, um die Ergebnisse mit denjenigen aus der Vorgängerstudie und denjenigen von 1991 zu vergleichen. Im ersten Abschnitt wird das Untersuchungsdesign beschrieben. Es ist so aufgebaut, daß die gleichen Fragen aus drei unterschiedlichen Untersuchungen für die Altersgruppe der 16- bis 24jährigen verglichen werden können:

- a) Jugendstudie zur AIDS-Prävention und Kontrazeption von 1993 bis 1995 (BMFT-Studie); aus dieser Studie, die als Längsschnittstudie angelegt war, wurden nur die Informationen zum ersten Meßzeitpunkt, d.h. von 1991 verwendet;
- b) Jugendstudie zum Einfluß der neuen gesetzlichen Regelungen zum § 218 auf Einstellungen und Verhalten von 1995 (BZGA-Studie);
- c) Jugendstudie zu Kontrazeption und Sexualität Jugendlicher und junger Erwachsener aus dem Jahr 1996 (BZGA-Studie).

Diese Studie wurde mit einer kleinen Teilstichprobe auch als Panel durchgeführt, wobei die Wiederholungsbefragung ca. eine Woche später stattfand. Die Daten dieser neuen Studie stehen im Mittelpunkt des vorliegenden Fachheftes, werden aber fortlaufend mit den früheren Untersuchungen in Beziehung gesetzt, um Stabilität und Änderungen von Informationsgrad, Einstellungen und Verhalten zu erkennen.

VERGLEICHSTUDIEN 1991–1996

Auch wenn die ausgewerteten Fragen gleichen Wortlaut aufweisen, so gibt es einige Unterschiede zwischen den Studien, deren Einfluß nicht ausgeschlossen, jedoch auf der Basis des heutigen Kenntnisstandes nicht genau quantifiziert werden kann. Es sind dies zum einen unterschiedliche Stichprobenverfahren (Random-Route), d.h. Zufallsstichproben 1991 versus Quotenstichproben in den Jahren 1994 und 1996; unterschiedliche Feldorganisationen: GETAS 1991 versus USUMA 1994 und 1996. Dazu kommen unterschiedliche Kontexte, in denen die Fragen verwendet wurden, da die Fragebogen insgesamt durchaus unterschiedlich waren. Um mögliche Effekte erkennen zu können, werden die demographischen Merkmale der unterschiedlichen Untersuchungen in diesem Abschnitt relativ ausführlich diskutiert und mit denen der Grundgesamtheit in Beziehung gesetzt.

THEMEN DER BEFRAGUNG

SEXUELLE BEZIEHUNGEN UND LEBENSFORMEN

„Partnerschaft und Sexualität: Zwischen alten Werten und neuer Offenheit“ bilden den Gegenstand von Kapitel drei. In diesem Kapitel wird eine Übersicht über die unterschiedlichen sexuellen Beziehungen und Lebensformen Jugendlicher und junger Erwachsener

gegeben. Im ersten Abschnitt „Sexualdemographie“ werden Fragen zur sexuellen Orientierung, zur derzeit gelebten Beziehungsform und zur Partnerschaft behandelt. Die Erfahrungen der Befragten mit Sexualität werden anhand des Alters beim ersten Geschlechtsverkehr und der Anzahl der SexualpartnerInnen ermittelt. Im zweiten Teil folgt eine Darstellung der Wünsche und Einstellungen Jugendlicher zum Thema Partnerschaft, eine Schilderung der Wichtigkeit verschiedener Lebensbereiche, wie z.B. Erwerbstätigkeit und Partnerschaft, sowie eine vergleichende Betrachtung von gelebten und gewünschten Beziehungsformen. Alle Ergebnisse werden daraufhin untersucht, ob sich Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland, Männern und Frauen sowie zwischen Altersgruppen ergeben.

INFORMATIONSANALYSE UND VERHÜTUNGSVERHALTEN

Gegenstand des vierten Kapitels ist die Informationslage und das Verhütungsverhalten der Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Zunächst wird im ersten Teil der Informationsgrad über Sexualität, Verhütung und Partnerschaft und über verschiedene Verhütungsmethoden behandelt. In diesem Zusammenhang wird auch die Frage diskutiert, woher die jungen Erwachsenen ihre Informationen bezüglich der Schwangerschaftsverhütung haben und wie gut sie über den wahrscheinlichsten Empfängniszeitraum Bescheid wissen. Gegenstand des zweiten Teils bildet die Erfahrung der Befragten mit verschiedenen Verhütungsmethoden. Die Ergebnisse der Frage, warum die Befragten ihre Verhütungsmethode gewechselt haben, sollen u.a. klären, ob die Diskussion um die Nebenwirkungen einiger Antibabypillen Auswirkungen auf das Verhütungsverhalten 16- bis 24-jähriger Jugendlicher hat. Daran schließt sich an, wie häufig die Befragten Geschlechtsverkehr haben, ohne Verhütungsmittel zu benutzen und welche Entscheidung sie im Fall einer ungewollten Schwangerschaft treffen würden. Im dritten Teil werden die Schwierigkeiten bei der Anwendung von Verhütungsmitteln dargestellt, wobei die am häufigsten angewendeten, Antibabypille und Kondome, im Mittelpunkt stehen. Zum Schluß dieses Kapitels wird dann noch die Problematik ungewollter Schwangerschaft diskutiert.

AUSWIRKUNGEN GESETZLICHER MASSNAHMEN

Kapitel fünf behandelt im ersten Teil die gesetzliche Regelung zur Finanzierung der Antibabypille durch die Krankenkassen. Um mögliche Potentiale zur Verbesserung der Informationen herauszuarbeiten, werden neben dem Bekanntheitsgrad der Regelung selbst auch die Informationsquellen dargestellt. Durch diese Vorgehensweise können Unterschiede zwischen der Absicht öffentlicher Aufklärung und der Zielsetzung von Gesetzen einerseits und der Wahrnehmung dieser Instrumente durch die Jugendlichen andererseits erörtert werden. Schließlich wird der Frage nachgegangen, ob sich junge Frauen aufgrund der Regelung zur Finanzierung der Antibabypille durch die Krankenkassen für die Antibabypille entschieden haben. Im zweiten Abschnitt wird untersucht, ob die im Herbst 1995 geführte Diskussion über die Nebenwirkungen einiger Antibabypillen längerfristige Auswirkungen auf das Verhütungsverhalten der Befragten hat. Im dritten Teil werden die grundsätzlichen Einstellungen zu einem Schwangerschaftsabbruch dargestellt. Der Neuregelung des § 218

von August 1995 ging eine Auseinandersetzung voraus, in deren Folge das Gesetz zweimal geändert wurde. Im Rahmen dieser Studie wurde daher gefragt, wie gut sich die Jugendlichen und jungen Erwachsenen über diese Neuregelung informiert fühlen und wie sie diese beurteilen.

1

KONTRAZEPTION UND GEWOHNHEIT

Kontrazeption und Gewohnheiten bilden den Gegenstand des sechsten Kapitels. In diesem Abschnitt wird ein neues Verfahren, Gewohnheiten generalisiert zu erfassen, vorgestellt. Für jede der befragten Personen konnte ermittelt werden, wie häufig sie in spezifischen Situationen ein Kondom, die Pille, eine andere oder gar keine Verhütungsmethode anwenden würden. In der Darstellung folgt eine Konzentration auf die Erklärung der Gewohnheit, Kondome bei neuen sexuellen Kontakten anzuwenden, da kontrazeptives Verhalten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in bezug auf Aids-Prävention den Schwerpunkt des Interesses bildet.

VERHÜTUNGSABSICHT UND VERHÜTUNGSWIRKLICHKEIT

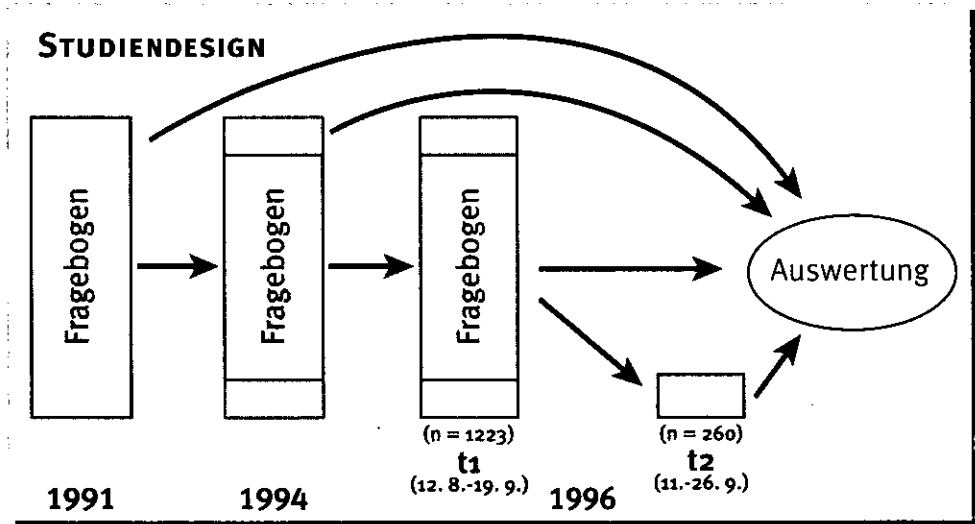
Im siebten Kapitel erfolgt zunächst eine Darstellung der Konzepte und Hypothesen der Theorie geplanten Verhaltens, die zur Vorhersage von Verhütungsabsichten verwendet werden. Daran schließt sich deren Anwendung auf die Erklärung der Verhaltensabsicht zur Verhütung mit der Antibabypille an. Im letzten Abschnitt folgt die analoge Analyse für die Verhütung mit Kondomen. Um Aussagen darüber treffen zu können, ob die im Zusammenhang mit der Theorie des geplanten Verhaltens ermittelten Ergebnisse stabil sind, wurde die Befragung für einen Teil der Befragten als Panel-Studie konzipiert. Das Panel-Design ermöglichte es, die Resultate, die zu den Einflußfaktoren für die Absicht mit Pille bzw. mit Kondom zu verhüten, ermittelt wurden, mit dem zwischenzeitlich tatsächlich ausgeübten Verhalten in Verbindung zu bringen. Kapitel acht enthält drei Abschnitte: Demographievergleich, Determinanten der Pillenanwendung und der Kondomanwendung.

A large, stylized number '2' is positioned on the right side of the page. It is drawn with a thick black outline and has a white fill. The number is slightly tilted to the right.

METHODISCHE ERHEBUNGSGRUNDLAGEN UND STICHPROBENBESCHREIBUNG

2.1 **UNTERSUCHUNGSDESIGN**

Abb. 2.1



- 1 SCHMIDT, P./NICKEL, B./PLIES, K. (1994): Empirisch-sozialwissenschaftliche Längsschnittstudie zur Aids-Prävention und Konzeptionsproblematik bei Jugendlichen – Soziale Determinanten und Folgen, Forschungsendbericht der BMFT-Studie, Gießen
- 2 SCHMIDT, P./NICKEL, B./PLIES, K. (1994b): Sekundäranalyse der BMFT-Studie: Empirisch-sozialwissenschaftliche Längsschnittstudie zur Aids-Prävention und Kontrazeptionsproblematik bei Jugendlichen, Bericht im Auftrag der BZgA, Justus-Liebig-Universität, Gießen

Der zugrundeliegende Fragebogen enthält ein kombiniertes Design, wie dies bereits bei der 1994 durchgeführten Erhebung der Fall war: Die Befragung beginnt und endet als „face-to-face-Interview“. Der Mittelteil des Fragebogens enthält Items, die einen intimeren Charakter aufweisen. Er wurde als sogenannter Selbstausfüller konzipiert, um die Verweigerungsrate sowie mögliche Interviewereffekte zu minimieren. Zur Sicherung der Anonymität wurde den Befragten die Möglichkeit gegeben, diesen Teil des Fragebogens mit einem Papiersiegel zu verkleben. Im Gegensatz zu den Vorläuferstudien ist das 1996 verwendete Erhebungsinstrument voll standardisiert. Die Fragebogen für männliche und weibliche Zielpersonen unterschieden sich im Wortlaut.

Um Aussagen über die zeitliche Stabilität der ermittelten Ergebnisse treffen zu können, wurden einige der Variablen aus dem mittleren Abschnitt des Fragebogens einem Teil der Stichprobe erneut vorgelegt. Die hierfür ausgewählten Items erfragen spezifische Einstellungen zur Anwendung von Kondom und Antibabypille und stehen im Kontext der Theorie des geplanten Verhaltens (TOPB).³ Mit Hilfe einer logistischen Regression ist überprüft worden, ob bei den 260 wiederbefragten Personen ein systematischer Selektionsprozeß zugrunde liegt. Als abhängige Variable wurde die neuerzeugte dichotome Variable „Teilnahme an der Wiederbefragung“ mit den Ausprägungen 0 = nein und 1 = ja verwendet. Zur Liste der unabhängigen Variablen aus der Erstbefragung gehörten das Geschlecht, das Alter und das Bildungsniveau der Befragten, das Befragungsgebiet (Ost- oder Westdeutschland) und die wahrgenommene SchichtEinstufung. Für keine der unabhängigen Variablen konnte ein systematischer Zusammenhang mit der Teilnahme an der Wiederholungsbefragung festgestellt werden. Auf Grund der soziodemographischen Informationen über die Befragten ist nicht von einem Selektionsprozeß auszugehen.

ANGEWANDTE AUSWERTUNGSMETHODEN

Die Auswertung des Datenmaterials erfolgte mit univariaten und multivariaten Verfahren. Zur deskriptiven Beschreibung der Ergebnisse wurden auf der univariaten Ebene neben der Wiedergabe von prozentualen Verteilungen die relevanten Maße der zentralen Tendenz (Median und arithmetisches Mittel) sowie wichtige Streuungsmaße (Range, Standardabweichung etc.) herangezogen. Auf bivariatem Niveau wurden Kreuztabellenanalysen durchgeführt und Korrelationskoeffizienten berechnet. Subgruppenanalysen wurden nach Befragungsgebiet (Ost–West), Geschlecht, Alter(sgruppe), Schulbildungsniveau, Koitus-erfahrung und Partnerschaft getrennt angestellt, sofern spezifische Unterschiede hierfür ermittelt wurden.

Auf deskriptiver Ebene fand eine vergleichende Betrachtung der gewonnenen Daten zwischen den Subgruppen und im Zeitvergleich mit früheren Ergebnissen statt. Um bedeutungsvolle (signifikante) Abweichungen zu ermitteln, wurden Testverfahren entsprechend dem Skalenniveau durchgeführt. Schließlich wurden mit einem Teil der Variablen Strukturgleichungsmodelle berechnet.

3 AJZEN (1988, 1991)

Nähere Erläuterungen zu Theorie und spezifischer Methodik werden in den Kapiteln sieben und acht erfolgen.

2.2

DATENERHEBUNG UND -RÜCKLAUF

Die Grundgesamtheit der Erhebung besteht aus allen Jugendlichen und jungen Erwachsenen deutscher Staatsbürgerschaft im Alter von 16 bis einschließlich 24 Jahren.

Mit der Feldarbeit wurde das MARKTFORSCHUNGSINSTITUT USUMA GMBH, Berlin, beauftragt. Vor der Hauptbefragung wurden zwei Pretests durchgeführt. In einem regional durchgeführten Pretest mit 99 Studierenden der Justus-Liebig-Universität Gießen wurden am 28. 5. 1996 und 3. 6. 1996 zunächst alle neu in den Fragebogen eingeführten Variablen getestet. Der gesamte Fragebogen wurde mit einer Vorversion bundesweit zwischen dem 12. 7. 1996 und dem 21. 7. 1996 erneut auf seine Feldtauglichkeit hin überprüft. Hierbei führten zehn InterviewerInnen insgesamt 44 Interviews durch. Nach beiden Pretests wurden aufgrund der gewonnenen Erkenntnisse Überarbeitungen am Erhebungsinstrumentarium vorgenommen. Ein großer Nutzen ergab sich hier aus der Möglichkeit, mit beteiligten InterviewerInnen die Befragungssituation gemeinsam besprechen zu können.

Die Erhebung der Daten der Hauptbefragung fand im Zeitraum vom 12. 8. 1996 bis zum 19. 9. 1996 (t1) statt. Die Interviews der Wiederholungsbefragung wurden zwischen dem 11. 9. 1996 und dem 26. 9. 1996 (t2) durchgeführt (vgl. Abb. 2.1), wobei zwischen erster und zweiter Befragungswelle ein Zeitraum von mindestens drei Wochen eingehalten wurde.

Die Auswahl der Zielpersonen erfolgte nach dem Quotenverfahren, um den vorgegebenen finanziellen Rahmen einhalten zu können und die Vergleichsmöglichkeit zur Studie aus dem Jahr 1994 zu gewährleisten. Der Quotierung liegen die amtlichen Daten des Statistischen Bundesamts vom 31. 12. 1994 zugrunde. Sie wurde nach dem prozentualen Verhältnis von Männern und Frauen zwischen 16 und 24 Jahren nach Bundesländern und Ortsgrößenklassen entsprechend dem Standard des ARBEITSKREISES DEUTSCHER MARKTFORSCHUNGSINSTITUTE (ADM) vorgenommen. Insgesamt wurden 1.223 Interviews in der Erstbefragung und 260 Interviews in der Wiederholungsbefragung realisiert. An der Erhebung der Daten waren insgesamt 221 InterviewerInnen beteiligt. Die Erreichbarkeit der Zielpersonen durch die InterviewerInnen und die Akzeptanz zur Teilnahme an der Befragung wurden nicht dokumentiert, da es sich um eine Quotenstichprobe handelt. Nach Aussagen der InterviewerInnen wurden die Fragebogen jedoch „gut von den Befragten angenommen“. ⁴ Als positiv hierfür erwies sich laut Feldbericht des Instituts USUMA der Umstand, daß durch die BZGA Materialien zur Verfügung gestellt wurden: „Eine deutliche Unterstützung bei der Feldarbeit waren die bereitgestellten Informationsbroschüren ‚Materialien zur Sexualaufklärung‘ und ‚Empfängnisverhütung‘.“ ⁵

4 USUMA (1996), S. 3

5 a.a.O. (S. 4)

2.3

REPRÄSENTATIVITÄT

Ein wichtiges Kriterium zur Beurteilung der Güte einer Stichprobe stellt ihre Repräsentativität dar. Nach strengem wissenschaftlichem Verständnis kann ein Repräsentationsschluß von der Verteilung aller Merkmale einer Stichprobe auf deren Verteilung in der Grundgesamtheit nur dann gezogen werden, wenn es sich bei der Stichprobe um eine echte Zufallsauswahl handelt.⁶ Hier wird jedoch der in der empirischen Praxis weitverbreiteten Auffassung Folge geleistet, nach der der Begriff der Repräsentativität auch im weiteren Sinne verstanden werden kann, wenn hinsichtlich bestimmter Merkmale keine systematischen Verzerrungen zur Grundgesamtheit vorliegen.⁷

Die Repräsentativität der mittels Quotenverfahren gezogenen Stichprobe wurde durch einen Vergleich mit Zahlen der amtlichen Statistik überprüft. Hierzu wurden die als relevant erachteten demographischen Indikatoren Ost-West-Verteilung, Verteilung nach Bundesland, Gemeindegrößenklassen, Alter und Geschlecht verwendet. Eine Ursache für nicht vermeidbare Verzerrungen kann dabei darin bestehen, daß zwischen Veröffentlichung der aktuellsten vorliegenden amtlichen Statistik (31. 12. 1994) und dem Zeitraum der Befragung über eineinhalb Jahre liegen.

Bezüglich der Ost-West-Verteilung der Zielpersonen wurde bei der Stichprobenziehung ein disproportionaler Ansatz mit mindestens 800 Interviews in den alten Bundesländern und mindestens 400 Interviews in den neuen Bundesländern gewählt. Abbildung 2.2 zeigt den Vergleich der tatsächlich realisierten Interviews mit den Werten der amtlichen Statistik.

Wie in Abbildung 2.2 dargestellt, sind die Befragten der neuen Bundesländer deutlich überrepräsentiert. Diese Tatsache wurde bewußt in Kauf genommen, um eine ausreichend große Fallzahl für die Subgruppenanalyse der ostdeutschen BefragungsteilnehmerInnen zu gewährleisten und eine Vergleichbarkeit mit der Vorläuferstudie von 1994 zu ermöglichen,

Abb. 2.2

OST-WEST-VERTEILUNG

	GESAMT		OST		WEST		
	ABS.	ABS.	%	AMTL.%	ABS.	%	AMTL.%
Erstbefragung	1223	405	33,1	19,4	818	66,9	80,6
Wiederholungsbefragung	260	86	33,1	19,4	174	66,9	80,6

6 SCHNELL/HILL/ESSER (1989), S. 280

7 a.a.O., zit. nach KRUSKALL/MOSTELLER (1979a, 1979b, 1979c, 1980)

bei der die Erhebung nach gleichen Anteilen erfolgte. Auf die Verwendung einer GewichtungsvARIABLEN konnte verzichtet werden, da Ergebnisse, die zwischen Ost- und Westdeutschen Unterschiede ergaben, separat dargestellt wurden. Die Verteilung von Fallzahlen und prozentualen Anteilen nach Bundesländern im Vergleich zu den amtlichen Werten veranschaulicht Abbildung 2.3:

Abb. 2.3

VERTEILUNG NACH BUNDESLÄNDERN

		ABS.	%	AMTL.%
OST	Berlin (Ost)	26	6,4	8,5
	Brandenburg	77	19,0	16,3
	Mecklenburg-Vorpommern	57	14,1	12,4
	Sachsen	106	26,2	28,8
	Sachsen-Anhalt	74	18,3	17,5
	Thüringen	65	16,1	16,4
WEST	Baden-Württemberg	120	14,7	16,1
	Bayern	150	18,3	18,4
	Berlin (West)	22	2,7	3,0
	Bremen	12	1,5	1,0
	Hamburg	25	3,1	2,5
	Hessen	78	9,5	9,0
	Niedersachsen	103	12,6	12,0
	Nordrhein-Westfalen	216	26,4	26,6
	Rheinland-Pfalz	46	5,6	5,8
	Saarland	11	1,3	1,5
	Schleswig-Holstein	35	4,3	4,1

Innerhalb der Befragten aus neuen und aus alten Bundesländern besteht eine Verteilung, die zwischen vorliegender Stichprobe und Zahlen des Statistischen Bundesamtes nur geringe Prozentdifferenzen (durchschnittlich etwa $\pm 0,9\%$) aufweist. Die Stichprobenverteilung im Westteil der Republik kommt den amtlichen Daten dabei näher (im Mittel um $\pm 0,4\%$), als dies im Ostteil Deutschlands der Fall ist (um $\pm 1,7\%$). Insgesamt kann man in bezug auf das Merkmal Bundeslandverteilung von einer annähernd guten Abbildung der Grundgesamtheit(en) durch die Stichprobe sprechen.

Die Verteilung nach Alter wird für die gesamte Stichprobe und für die Befragten aus neuen und alten Bundesländern getrennt in Abbildung 2.4 abgebildet und mit den amtlichen Daten verglichen.

Abb. 2.4

VERTEILUNG NACH ALTER

JAHRE	OST			WEST			FRAUEN			MÄNNER		
	ABS.	%	AMTL.%	ABS.	%	AMTL.%	ABS.	%	AMTL.%	ABS.	%	AMTL.%
16	61	15,1	13,2	90	11,0	9,5	77	12,7	10,1	74	12,0	10,2
17	33	8,1	12,3	80	9,8	9,6	60	9,9	10,1	53	8,6	10,1
18	43	10,6	10,6	117	14,3	9,9	85	14,0	10,0	75	12,2	10,1
19	67	16,5	9,8	70	8,6	9,9	68	11,2	9,9	69	11,2	9,9
20	39	9,6	9,5	88	10,8	10,4	62	10,2	10,3	65	10,6	10,1
21	39	9,6	9,6	58	7,1	10,8	47	7,7	10,6	50	8,1	10,5
22	40	9,9	10,5	75	9,2	12,1	51	8,4	11,8	64	10,4	11,8
23	31	7,7	12,3	95	11,6	13,5	71	11,7	13,2	55	8,9	13,3
24	52	12,8	12,5	145	17,7	14,4	87	14,3	13,9	110	17,9	14,1

Der Vergleich nach Lebensalter zeigt eher geringe prozentuale Abweichungen der meisten Tabellen-Zellen. Zwar erscheinen zunächst die Altersgruppen der 18- und 24jährigen westdeutschen und 19jährigen ostdeutschen Befragten überrepräsentiert. Demgegenüber sind die 17- und 23jährigen Ostdeutschen und die 21- bis 23jährigen Westdeutschen schwächer vertreten. Der Vergleich zwischen Alter und Geschlecht verdeutlicht eine leichte Überrepräsentanz vor allem 18jähriger Frauen und 24jähriger Männer innerhalb der Stichprobe gegenüber unterrepräsentierten 21- bzw. 22jährigen Frauen und 23jährigen Männern. Hier fallen jedoch der zeitliche Abstand zwischen amtlichen und empirischen Daten (s.o.) sowie deren unterschiedliche Grundlagen (die amtl. Statistik erfaßt Geburtsjahrgänge, hier wurde Alter erfragt) realitätsverzerrend ins Gewicht. Die für diese Altersgruppe verstärkt auftretenden Migrationsbewegungen erschweren einen Rückschluß zusätzlich.

Die Verteilung der Stichprobe nach Geschlecht für alle Befragten und für Ost- und Westdeutsche getrennt im Verhältnis zur amtlichen Statistik stellt Abbildung 2.5 dar.

Abb. 2.5

VERTEILUNG NACH GESCHLECHT

	OST			WEST		
	ABS.	%	AMTL. %	ABS.	%	AMTL. %
männlich	203	50,1	52,8	412	50,4	51,1
weiblich	202	49,9	47,2	406	49,6	48,9

In der Stichprobe sind männliche und weibliche Befragte annähernd gleich stark vertreten, während die amtlichen Zahlenangaben einen etwas höheren Anteil von Männern in der Grundgesamtheit ausweisen. Die Abweichungen können aufgrund ihrer Geringfügigkeit jedoch vernachlässigt werden.

Zusammenfassend läßt sich im Hinblick auf die Vergleiche zwischen Stichprobe und amtlichen Zahlenangaben feststellen, daß bezüglich der hierzu herangezogenen Merkmale keinerlei gravierende systematische Verzerrungen beobachtbar sind. Die absoluten prozentualen Abweichungen sind insgesamt eher gering. Damit erweist sich das gewählte Verfahren gegenüber einer „echten“ Zufallsauswahl nicht unterlegen.⁸ Der Umstand, daß in der Stichprobe der Studie proportional mehr Personen aus den neuen Bundesländern befragt wurden, kann vernachlässigt werden, da bei der Untersuchung die beiden Subgruppen Ost und West separat aufgeführt werden, sofern sie Spezifika aufweisen. Dadurch wird ermöglicht, Unterschiede oder Gemeinsamkeiten zwischen beiden Populationen aufzuzeigen. Abschließend soll darauf hingewiesen werden, daß es bei der Präsentation dieser Studie nicht vordergründiges Interesse ist, Repräsentativschlüsse zu ziehen. Vielmehr soll es darum gehen, Vergleiche zu früher ermittelten Ergebnissen anzustellen, um im Längsschnitt Erkenntnisse über mögliche Einstellungsveränderungen oder -stabilitäten zu gewinnen.

2.4

BESCHREIBUNG DER STICHPROBE

Bei der weitergehenden Beschreibung der Stichprobe, die über die im vorangegangenen Abschnitt angestellten Vergleiche mit amtlichen Daten hinausgeht, wird grundsätzlich zwischen objektiv vorliegenden demographischen Kriterien und subjektiven Einschätzungen der Befragten unterschieden. Zur Ermittlung von Veränderungen gegenüber den vor zwei Jahren mit der gleichen Methode erhobenen Daten werden Vergleichswerte angegeben. Zunächst werden die demographischen Variablen allgemeine Schulbildung, Berufsausbildung und -tätigkeit, vorhandenes (eigenes) Einkommen, Familienstand und die Anzahl eigener Kinder beschrieben.

Die Schulbildung gilt in der sozialwissenschaftlichen Praxis als sog. „harter“ Indikator, der zur Erklärung von unterschiedlichem Antwortverhalten bei anderen Variablen (z.B. Einstellungen) beitragen kann. In Abbildung 2.6 wird grundlegend zwischen SchülerInnen und Befragten mit abgeschlossener Schulausbildung unterschieden.

⁸ Auch mit der Ziehung von Zufallsstichproben, die bestenfalls mit einer Quote von 50% ausgeschöpft werden, umgeht man das Problem möglicher Verzerrungen durch systematische Ausfälle nicht. Zum Vergleich zwischen Quoten- und Zufallsstichproben vgl. GABLER/HOFFMEYER-ZLOTNIK (1997)

VERTEILUNG NACH BESUCHTEM SCHULTYPUS BZW. SCHULABSCHLUSS

	OST			WEST		
	ABS.	%	% '94	ABS.	%	% '94
SCHÜLERINNEN	79	19,5	24,9	153	18,7	21,9
davon: Hauptschule	3	3,8	1,9	12	7,8	5,1
Realschule	16	20,3	37,9	39	25,5	28,6
Berufsfachschule	0	0	4,9	7	4,6	6,6
Fachoberschule	3	3,8	1,0	14	9,2	4,6
Gymnasium	56	70,9	54,4	81	52,9	54,6
Sonderschule/-klasse	1	1,3	0	0	0	0,5
OHNE ABSCHLUSS	5	1,2	1,2	14	1,7	2,4
MIT SCHULABSCHLUSS	321	79,3	73,8	651	79,6	76,2
davon: Hauptschulabschluß	28	8,7	8,2	186	28,6	34,0
mittlere Reife	106	33,0	15,1	284	43,6	40,9
polytechn. Oberschulabschluß	103	32,1	51,1	14	2,2	1,0
Fachschulabschluß	10	3,1	4,6	21	3,2	1,3
(Fach-) Abitur	69	21,5	18,7	136	20,9	21,7
Hochschulabschluß	5	1,6	2,3	10	1,5	1,0

Anm.: Da die Antwortkategorie „Gesamtschule“ nicht im Fragebogen enthalten war, verteilen sich Personen, die derzeit diesen Schultypus besuchen, je nach Selbsteinschätzung und angestrebtem Abschluß auf entsprechende Kategorien.

Der Vergleich mit den Daten der Vorläuferstudie von 1994 zeigt eine Abnahme der in dieser Altersgruppe noch zur Schule gehenden Befragten (19,0 % gegenüber 22,9 % in 1994). Innerhalb der SchülerInnen ist in Ostdeutschland ein starker Zuwachs von GymnasiastInnen gegenüber weniger Realschul-BesucherInnen zu verzeichnen. Eine Ursache hierfür könnte in der angespannten Arbeitsmarktsituation bestehen: Durch höhere Qualifikation wird der Versuch unternommen, der drohenden Arbeitslosigkeit zu entgehen oder sie zumindest hinauszuzögern.

Um die Variable Schulbildungsniveau als Erklärungsgröße heranziehen zu können, wurde eine Umkodierung der ermittelten Daten in drei Gruppen vollzogen. Personen „ohne Abschluß“ und mit „Hauptschulabschluß“ wurden zur Kategorie „niedriges Bildungsniveau“ zusammengefaßt. Personen mit mittlerer Reife (Realschulabschluß), Fachschulabschluß und abgeschlossener polytechnischer Oberschule wurden zur Kategorie „mittleres Bildungsniveau“ gezählt. Personen mit Fachabitur, Abitur und Hochschulstudium erhielten die Zuordnung „hohes Bildungsniveau“. Für alle Befragten, die derzeit noch zur Schule gehen, wurde unterstellt, daß sie den entsprechenden Zweig erfolgreich abschließen; eine entsprechende Zuordnung wurde vorgenommen. Abbildung 2.7 zeigt die hieraus resultierenden Verteilungen.

SCHULBILDUNGSNIVEAU IN DREI KATEGORIEN

	OST			WEST		
	ABS.	%	% '94	ABS.	%	% '94
niedrig	37	9,1	7,7	212	25,9	29,1
mittel	238	58,8	63,2	379	46,3	41,7
hoch	130	32,1	29,1	227	27,8	29,3

Während in den neuen Bundesländern der Anteil von Personen mit niedriger und hoher Schulbildung 1996 gegenüber 1994 stärker besetzt ist, zeigt sich in den alten Bundesländern ein Trend hin zur (häufiger vertretenen) „mittleren Bildung“.

Personen mit beendeter Schulausbildung wurden zusätzlich befragt, ob sie derzeit berufstätig sind. Bei den insgesamt 991 Personen aus der Stichprobe wurde ein Anteil von 39,6% Voll- und 4,9% Teilzeitbeschäftigten ermittelt. Weitere 26,1% befinden sich in der Ausbildung und 12,0% gaben an, ein Studium aufgenommen zu haben. Der Anteil Arbeitsloser (mit und ohne Umschulungsmaßnahme) beträgt 5,9%. Weitere 5,7% sind „zur Zeit nicht berufstätig“.⁹ Zwischen Ost- und Westdeutschen sowie zwischen Frauen und Männern waren hinsichtlich des Problems der Jugendarbeitslosigkeit auf Grundlage des Datenmaterials keine bedeutsam erscheinenden Unterschiede feststellbar. Alle Gruppen sind hiervon annähernd gleich stark betroffen.

Während mit 86,6% die überwiegende Zahl der 232 SchülerInnen von Taschengeld lebt, sind die persönlichen Einkommen der restlichen Befragten eher gering. So müssen 63,8% dieser übrigen 991 Personen mit einem (Brutto-)Verdienst von unter 1.500 DM haushalten, 47,2% von ihnen liegen mit ihrem Einkommen sogar unterhalb der 1.000-DM-Grenze. Demgegenüber stehen nur 2,2%, die monatlich bereits über mehr als 3.000 DM verfügen.

Für eine Studie, die sich mit Einstellungen zu Sexualität und Verhütung beschäftigt, ist der Familienstand der Zielpersonen von besonderem Interesse. Abbildung 2.8 gibt die aktuelle Datenlage wieder und stellt sie den Ergebnissen, die vor zwei Jahren ermittelt wurden, gegenüber.

⁹ Die restlichen Prozente verteilen sich auf die außerdem erhobenen Kategorien „Kurzarbeit“, „Wehr-/Zivildienst“, „ausschließlich Hausfrau/Hausmann“ und „Erziehungs- und Mutterschaftsurlaub“.

Abb. 2.8

FAMILIENSTAND

	OST			WEST		
	ABS.	%	% '94	ABS.	%	% '94
ledig	374	92,3	92,0	776	95,0	91,6
verheiratet, zusammenlebend	29	7,2	4,8	36	4,4	6,8
verheiratet, getrennt lebend	1	0,2	0,2	3	0,4	0,6
geschieden	1	0,2	1,0	2	0,2	0,9
verwitwet	0	0	1,9	0	0	0,1
keine Angabe	0	0	0	1	0,1	0

In Abbildung 2.8 zeigt sich ein nach wie vor deutliches Übergewicht von ledigen BefragungsteilnehmerInnen (über 90%). Während dieser Anteil sich im Osten stabil zeigt, ist im Westen ein Zuwachs zu verzeichnen.

Der Anteil Verheirateter ab 20 Jahre hat sich in den neuen Bundesländern von 4,8% auf 7,2% gegenüber 1994 erhöht. In den alten Bundesländern ist diese Zahl dagegen rückläufig (von 6,8% auf 4,4%). Bei den Frauen ist der prozentuale Anteil Verheirateter (7,6%) mehr als doppelt so hoch wie bei den Männern (3,1%).

Auch die eigene Mutter- und Vaterschaft als spezifische Erfahrung im Umgang mit Sexualität ist eine relevante Untersuchungsgröße. Die Anteile der Befragten mit eigenen Kindern werden in Abbildung 2.9 vergleichend dargestellt.

Abb. 2.9

BEFRAGTE MIT LEIBLICHEN KINDERN

	OST			WEST		
	ABS.	%	% '94	ABS.	%	% '94
keine Kinder	358	88,4	88,9	734	89,7	84,1
1 Kind	30	7,4	6,8	30	3,7	5,5
2 Kinder	2	0,5	1,0	5	0,6	1,5
3 und mehr Kinder	1	0,2	0,2	1	0,1	0,1
keine Angabe	14	3,5	3,1	48	5,9	8,6

Wie Abbildung 2.9 zeigt, ist der Anteil der Befragten mit Kindern gegenüber den alten Ergebnissen insgesamt rückläufig. Die einzige Ausnahme bildet bei den Ostdeutschen der Prozentsatz der Personengruppe „mit einem Kind“. Die 69 ermittelten Personen mit einem oder mehreren Kindern verteilen sich auf 18- bis 24jährige. Ihr Durchschnittsalter liegt bei 22,9 Jahren. Mütter mit einem oder mehreren Kindern (9,1%) treten wesentlich häufiger auf als Väter (2,3%).

Auf die Erhebung der nominalskalierten Variable „Konfession“ wurde bewußt verzichtet, da die formale Konfessionszugehörigkeit keinen Rückschluß auf tatsächliche, d.h. „gelebte“ Einstellung zu einer religiösen Lebensweise zuläßt. Deshalb wurden die Befragten hier aufgefordert, das Ausmaß ihrer Religiosität einzuschätzen und auf einer siebenstufigen Ordinalskala mit den Endpunkten „überhaupt nicht“ und „sehr“ abzubilden. Die Gegenüberstellung der hieraus ermittelten Mittelwerte der Gesamtstichprobe und von ausgewählten Subgruppen der aktuellen Studie mit dem zwei Jahre alten Datenmaterial ist in Abbildung 2.10 dargestellt.

Abb. 2.10

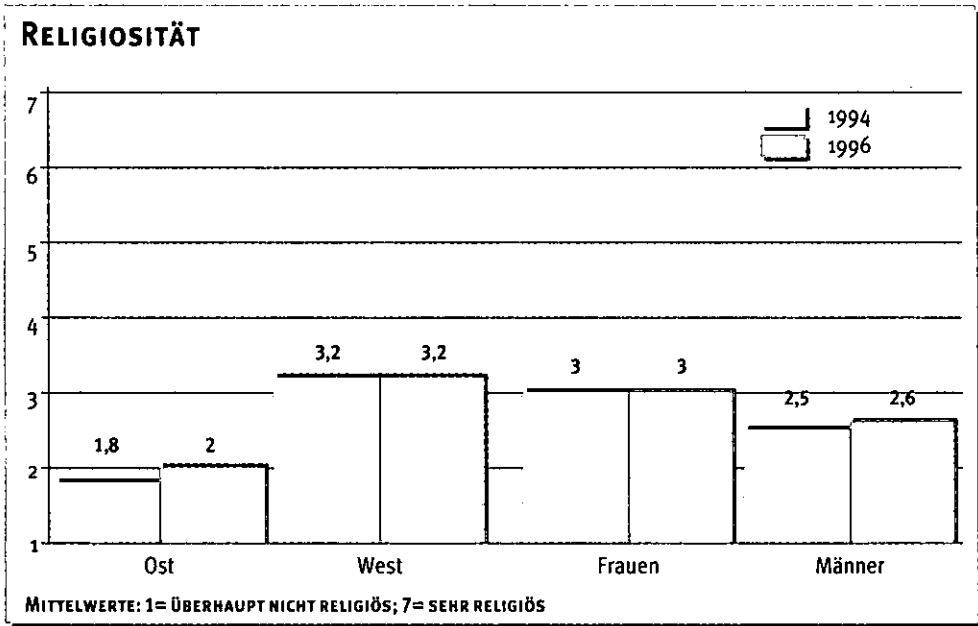
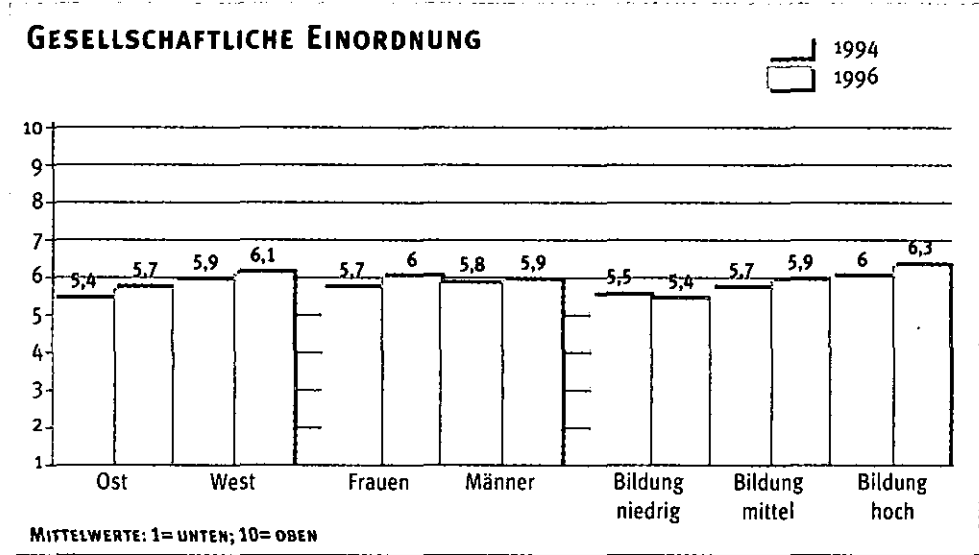


Abbildung 2.10 weist auf eine eher geringe religiöse Selbsteinschätzung der überwiegenden Anzahl der Befragten hin. Die Werte erweisen sich dabei im Zeitvergleich als auffallend stabil. Markant ist auch eine sehr unterschiedliche Bewertung zwischen ost- und westdeutschen Befragten: In Westdeutschland schätzt man sich selbst deutlich religiöser ein (Mittelwert 3,2; Median 3) als in Ostdeutschland (Mittelwert 2,0; Median 1). Mögliche Ursache hierfür könnte ein kulturhistorisch begründetes unterschiedliches Verständnis von Kirche

bzw. Religion zwischen beiden Gruppen sein. Junge Frauen schätzen sich etwas religiöser ein als ihre männlichen Altersgenossen. Zwischen verschiedenen Schulbildungsniveaus bestehen keine bedeutsamen Differenzen.

Eine weitere in der sozialwissenschaftlichen Umfragepraxis verbreitete Variable besteht in der gesellschaftlichen Selbsteinordnung auf einer mehrstufigen Leiter. Hier wurde ein Wert-

Abb. 2.11



tebereich von 1 „unten“ bis 10 „oben“ verwendet. Es ist davon auszugehen, daß bei der Einstufung persönliche (Wert-)Einschätzungen ebenso einfließen wie Wahrnehmungen aus dem familiären Umfeld.¹⁰ Abbildung 2.11 zeigt die Mittelwerte für Gesamtstichprobe und verschiedene Subgruppen sowie einen Zeitvergleich.

Die errechneten Mittelwerte zeugen von einer durchschnittlich mittleren gesellschaftlichen Selbsteinstufung der Befragten. Fast alle Werte liegen über den vergleichbaren Resultaten von 1994 und können als ein insgesamt gestiegenes Selbstbewußtsein der 16- bis 24jährigen gedeutet werden. Unterschiede zeigen sich vor allem zwischen den verschiedenen Schulbildungsniveaus. Hier haben sich die Kontraste gegenüber der Erhebung von 1994 vergrößert (0,9 gegenüber 0,5), was als eine zunehmend deutlichere Wahrnehmung von „Schichtunterschieden“ bei der Zielgruppe interpretiert werden kann. Personen mit niedriger Schulbildung schätzen sich als einzige Subgruppe schlechter ein als vor zwei Jahren. Unverändert zeigt sich eine höhere Selbsteinordnung der westdeutschen gegenüber den ostdeutschen Befragten. Frauen haben im Zeitvergleich deutlicher zugelegt und ihre männlichen Altersgenossen damit in der Selbst(wert)einstufung überholt.

¹⁰ KLINGEMANN (1990, S. 203-234) und SCHMIDT/WOLF (1983)

**PARTNERSCHAFT UND SEXUALITÄT:
ZWISCHEN ALTEN WERTEN
UND NEUER OFFENHEIT**

Die Betrachtung der sexualdemographischen Daten gibt einen Überblick über die sexuelle Orientierung Jugendlicher und junger Erwachsener im Alter von 16 bis 24 Jahren, über ihre Erfahrungen mit Sexualität, ihre Beziehungsformen sowie über ihre Einstellungen und Wünsche. Die Kenntnis hierüber ist im Rahmen dieser Studie deshalb von Interesse, weil die Ergebnisse einen Einblick in das Sexualverhalten dieser Altersgruppe erlauben. Darüber hinaus trägt die Erhebung sexualdemographischer Daten im Zeitvergleich dazu bei, mögliche Veränderungen im Sexualverhalten in den letzten fünf bzw. zwei Jahren festzustellen.¹¹

In diesem Kapitel wird eine Übersicht über die unterschiedlichen sexuellen Beziehungen und Lebensformen Jugendlicher und junger Erwachsener gegeben. Das Kapitel ist in zwei Teile gegliedert: Der erste Abschnitt „Sexualdemographie“ befaßt sich mit Fragen zur sexuellen Orientierung, zur derzeit gelebten Beziehungsform und zur Partnerschaft. Die Erfahrung und der Umgang der Befragten mit Sexualität werden anhand des Alters beim ersten Geschlechtsverkehr und der Anzahl der SexualpartnerInnen erläutert. Im zweiten Abschnitt folgen eine Abbildung der Wünsche und Einstellungen Jugendlicher und junger Erwachsener zum Thema Partnerschaft, eine Darstellung der Wichtigkeit verschiedener Lebensbereiche für junge Menschen sowie eine vergleichende Betrachtung von gelebten und gewünschten Beziehungsformen der Befragten. Abschließend erfolgt eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse.

3.1 SEXUALDEMOGRAPHIE

3.1.1 SEXUELLE ORIENTIERUNG DER JUGENDLICHEN UND JUNGEN ERWACHSENEN (FRAGE 37)

Die in dieser Studie genannten Zahlen zur sexuellen Orientierung sind lediglich dazu geeignet, ein ungefähres Bild über die sexuellen Neigungen der Befragten abzugeben. Es ist davon auszugehen, daß viele Jugendliche noch „auf der Suche“ sind und sich daher seltener als ausschließlich homo- oder heterosexuell einordnen. Zu beachten ist auch, daß evtl. einige der homosexuellen Befragten ihr „coming out“ erst mit einem höheren Lebensalter haben werden. Darüber hinaus orientieren sich die Fragestellungen in ihrer Wortwahl und Ausrichtung an heterosexuellen Beziehungen, so daß von einer geringeren Teilnahmemotivation homosexueller Jugendlicher und junger Erwachsener ausgegangen werden kann.¹² Um die Befragten nicht zusätzlich durch den negativ besetzten Ausdruck homosexuell zu beeinflussen, wurden bei der Frageformulierung die Begriffe homo- und heterosexuell bewußt vermieden. Die Frage im Fragebogen lautete, ob sich die Jugendlichen vorwiegend oder ausschließlich von Jungen/Männern bzw. Mädchen/Frauen angezogen fühlen (vgl. Frage 37 im Anhang).

11 SCHMIDT, NICKEL & PLIES (1994), SCHMIDT (1998) und NICKEL, PLIES & SCHMIDT (1995)
Alle weiteren Ausführungen zu zeitlichen Veränderungen beziehen sich auf die Ergebnisse dieser Studien.

12 SCHMIDT, NICKEL & PLIES (1995), S. 29

SEXUELLE ORIENTIERUNG

	MÄNNER 91 (N=632)	MÄNNER 94 (N=670)	MÄNNER 96 (N=615)	FRAUEN 91 (N=737)	FRAUEN 94 (N=638)	FRAUEN 96 (N=608)
ausschließlich heterosexuell	84,8	86,3	75,4	79,2	82,9	79,8
vorwiegend heterosexuell	7,3	6,9	14,3	13,6	11,6	12,7
bisexuell	3,2	1,6	1,0	2,2	1,3	2,3
vorwiegend homosexuell	0,5	0,3	0	0,3	0,5	0,3
ausschließlich homosexuell	0,3	0,4	2,9	0,1	0,2	0,5
weder noch	0,5	1,0	3,4	0,8	0,9	2,1
weiß nicht	0	1,7	2,1	0	1,7	1,8
keine Angabe	3,5	1,5	0,8	3,8	0,9	0,5

PROZENTANGABEN

Die Mehrheit der Befragten ordnet sich entsprechend der Studie vor fünf bzw. zwei Jahren nach wie vor als „ausschließlich“ heterosexuell ein (77,6%). 13,5% bezeichnen ihre sexuelle Orientierung als „vorwiegend“ heterosexuell. Lediglich 1,7% der befragten Personen ordnen sich als „ausschließlich“ homosexuell ein und nur 0,2% als „vorwiegend“ homosexuell. 1,6% der Befragten bezeichnen sich als bisexuell. 2,8% der Befragten fühlen sich weder von Mädchen/Frauen noch von Jungen/Männern angezogen, 2% geben die Kategorie „weiß nicht“ an und 0,7% machen keine Angabe bezüglich ihrer sexuellen Orientierung.

Allerdings wird deutlich, daß im Vergleich zu den Studien von 1991 und 1994 eine Verschiebung von „ausschließlich“ hin zu „vorwiegend“ heterosexuell zu beobachten ist (s. Abb. 3.1). 1991 gaben 84,8% und 1994 sogar 86,3% der männlichen Befragten an, „ausschließlich“ heterosexuell zu sein. 1991 bezeichneten sich 7,3% und 1994 6,9% als „vorwiegend“ heterosexuell. Im Jahre 1996 sind es nur noch 75,4% der Befragten, die sich als „ausschließlich“ heterosexuell einordnen, aber bereits 14,3%, die sich als „vorwiegend“ heterosexuell bezeichnen. Dieses Ergebnis scheint vorwiegend durch die öffentliche Diskussion um die Gleichberechtigung von homosexuellen Liebesbeziehungen sowie das coming-out prominenter Persönlichkeiten bedingt zu sein. Dadurch fällt es den Befragten möglicherweise leichter, ihre eigenen homosexuellen Neigungen auszuleben und dies auch offen zu sagen. Ob auch ein Wertewandel stattgefunden hat, müssen weitere Studien in den nächsten Jahren zeigen. Ein ähnliches Bild ergibt sich bei den weiblichen Befragten im Vergleich zwischen den Jahren 1994 und 1996. Ordneten sich 1994 noch 82,9% als „ausschließlich“ heterosexuell ein, aber nur 11,6% als „vorwiegend“ heterosexuell, sind es 1996 nur noch 79,8% der befragten Mädchen und Frauen, die sich als „ausschließlich“ heterosexuell be-

zeichen, und 12,7%, die „vorwiegend“ heterosexuell angeben. Im 5-Jahres-Vergleich zeigt sich eine ähnliche sexuelle Orientierung der Mädchen und Frauen in dieser Altersgruppe. Bereits 1991 haben sich 79,2% der Frauen als „ausschließlich“ und 13,5% als „vorwiegend“ heterosexuell eingeordnet.

Auffällig ist bei den männlichen Befragten ein starker Anstieg derjenigen, die sich als „ausschließlich“ homosexuell bezeichnen: Im Gegensatz zu 1991 (0,3%) und 1994 (0,4%) fühlen sich 2,9% der 1996 befragten Jungen und Männer „ausschließlich“ zum männlichen Geschlecht hingezogen. Hier zeigt sich auch ein Unterschied zwischen den Geschlechtern. In der Kategorie „ausschließlich“ homosexuell weisen junge Frauen und Männer starke Unterschiede auf: Während 1996 nur 0,5% der weiblichen Befragten diese Kategorie wählt, sind es bei den jungen Männern knapp 3%. Die weiblichen Befragten bezeichnen sich im Gegensatz zu ihren männlichen Altersgenossen deutlich häufiger als bisexuell (2,3% versus 1% in 1996). Ein Anstieg ist ebenfalls in der Kategorie „weder noch“ zu verzeichnen. Dieses Ergebnis weist Jugendliche aus, die noch keine sexuellen Erfahrungen gemacht haben oder aber kein Interesse an Sexualität zeigen.

Die Ergebnisse belegen den Trend des offeneren Umgangs von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit der eigenen Sexualität. Gleichgeschlechtliche Sexualität wird heute von den 16- bis 24-jährigen stärker als Beziehungsform akzeptiert. Die Tatsache, daß sich 1996 deutlich mehr junge Männer nun „vorwiegend“ heterosexuell bezeichnen – und mit Einschränkungen gilt das auch für die weiblichen Befragten –, ist auf eine tolerantere Umgangsweise mit gleichgeschlechtlichen Beziehungen zurückzuführen.

3.1.2 BEZIEHUNGSFORMEN, IN DENEN JUGENDLICHE UND JUNGE ERWACHSENE LEBEN (FRAGEN 38-40)

Die Antworten auf die Frage nach der Beziehungsform, in der die befragten Jugendlichen und jungen Erwachsenen leben, verteilen sich wie in Abbildung 3.2 dargestellt.

Abb. 3.2

BEZIEHUNGSFORMEN

	GESAMT 94 (n=1308)	GESAMT 96 (n=1223)	MÄNNER (n=615)	FRAUEN (n=608)
keine/n Partner/in	33,9	30,7	34,0	27,5
keine/n Partner/in, aber sexuelle Beziehungen	10,2	13,5	16,7	10,2
feste/r Partner/in ohne sexuelle Beziehung	3,6	2,8	2,0	3,6
feste/r Partner/in in einer sexuell treuen Beziehung	48,5	49,6	42,4	56,7
feste/r Partner/in, aber auch andere sexuelle Beziehungen	3,3	2,5	3,6	1,3
keine Angabe	0,4	1,0	1,3	0,7

PROZENTANGABEN

Die Mehrheit der Jugendlichen und jungen Erwachsenen lebt in einer festen und sexuell treuen Beziehung (49,6%). Insgesamt 44,2% der Befragten haben keinen Partner/keine Partnerin, davon dennoch 13,5% sexuelle Beziehungen. Etwa ein Drittel gibt an, keinen Partner/keine Partnerin und keine sexuellen Beziehungen zu haben (30,7%). Nur ein kleiner Anteil Jugendlicher und junger Erwachsener lebt mit einem Partner/einer Partnerin ohne sexuelle Beziehungen zusammen (2,8%) oder hat andere sexuelle Beziehungen neben der Partnerschaft (2,5%). Ein Prozent der Befragten macht zu dieser Frage keine Angabe.

Im Gegensatz zu der Befragung 1994 haben weniger Jugendliche und junge Erwachsene sexuelle Beziehungen außerhalb ihrer Partnerschaft. Hier bestätigt sich die Wichtigkeit von Treue für die Befragten (vgl. Kapitel 3.2). Allerdings ist auch ein Anstieg PartnerInnenloser mit sexuellen Beziehungen zu beobachten. Das bedeutet, Singles gehen verstärkt sexuelle Beziehungen ein.

3

Betrachtet man die Beziehungsformen Jugendlicher und junger Erwachsener getrennt nach Geschlecht, ergibt sich ein differenzierteres Bild: Junge Männer haben ihren Angaben zufolge häufiger keine feste Partnerin, trotzdem sexuelle Beziehungen oder andere sexuelle Beziehungen außerhalb der Partnerschaft als gleichaltrige junge Frauen. Hingegen haben mehr junge Frauen als Männer einen festen Partner und leben häufiger als ihre männlichen Altersgenossen in einer sexuell treuen Partnerschaft (vgl. Abbildung 3.2). Dieses Ergebnis entspricht der größeren Bedeutung, die Frauen der eigenen Partnerschaft/Familie und Treue einräumen. Darüber hinaus kann es auch als Ausdruck einer geschlechtsspezifischen sozialen Wünschbarkeit interpretiert werden.

Plausibel sind die signifikanten Unterschiede in den Beziehungsformen, abhängig vom Alter. Während in der Altersgruppe der 16- bis 17jährigen über die Hälfte der befragten Jugendlichen und jungen Erwachsenen keine Partnerschaft und keine sexuellen Beziehungen hat, sinkt die Anzahl in der Altersgruppe der 18- bis 19jährigen auf ein Drittel, bei den 20- bis 22jährigen sind es weniger als ein Viertel und unter den 23- bis 24jährigen nur noch 15%. Gleichzeitig leben mit zunehmendem Alter immer mehr Jugendliche und junge Erwachsene in einer sexuell treuen Beziehung. Ebenfalls steigt die Anzahl derjenigen, die ohne Partnerschaft leben, aber trotzdem sexuelle Beziehungen haben, mit zunehmendem Alter. Gleiches gilt für die Anzahl Jugendlicher mit sexuellen Beziehungen außerhalb ihrer Partnerschaft.

3.1.3 BEZIEHUNGSDAUER UND ALTERSUNTERSCHIEDE IN PARTNERSCHAFTEN VON JUGENDLICHEN UND JUNGEN ERWACHSENEN (FRAGEN 39 UND 40)

Die meisten der Befragten mit Partnerschaft geben an, daß diese zwischen zwei und drei Jahren andauert. Zwischen den Geschlechtern bestehen zwar keine beträchtlichen Unterschiede; doch geben Mädchen/Frauen an, daß ihre derzeitige Partnerschaft etwas länger besteht als die der Jungen/Männer (29,7 vs. 25,5 Monate). Diese Differenz ist mit dem Altersunterschied zwischen den Partnern zu erklären, da die Partner der hier befragten

Frauen nicht unbedingt dem Alter der Zielgruppe entsprechen. Geringfügige Unterschiede lassen sich auch zwischen ost- und westdeutschen Befragten feststellen: Mit 26,7 Monaten ist die Dauer der derzeitigen Partnerschaften Jugendlicher und junger Erwachsener in Ostdeutschland durchschnittlich etwas kürzer als in Westdeutschland (28,4 Monate).

In der Zielgruppe bestehen teilweise beträchtliche Altersunterschiede zwischen den Partnern. Die Partner junger Frauen sind mindestens zwei Jahre älter als sie selbst. Mit steigendem Alter nimmt diese Altersdifferenz weiter zu. Die Partnerinnen der männlichen Jugendlichen sind im Durchschnitt nur ein bis zwei Jahre jünger. Diese Altersstrukturen innerhalb der Beziehungen können als Erklärung für den höheren Anteil koituserfahrener Mädchen und Frauen an ihrer jeweiligen Altersgruppe im Vergleich zu Jungen und Männern sein (vgl. Kapitel 3.1.4).

3.1.4 KOITUSERFAHRUNG VON JUGENDLICHEN UND JUNGEN ERWACHSENEN (FRAGEN 41 UND 42)

Die überwiegende Mehrheit der in dieser Untersuchung befragten Jugendlichen und jungen Erwachsenen hatte bereits Geschlechtsverkehr (77,6%). Nur 21,7% verfügen über keine Erfahrung mit Geschlechtsverkehr und 0,7% machten keine Angaben. Der hohe Anteil koituserfahrener Personen ist für diese Studie positiv zu bewerten. Es ist anzunehmen, daß Befragte mit Koituserfahrung die Anwendung verschiedener Verhütungsmethoden aufgrund dieser Erfahrung realistischer bewerten können als diejenigen ohne Erfahrung.

Die Befragung zum Alter beim ersten Geschlechtsverkehr erfolgte retrospektiv. Insbesondere bei den älteren Befragten kann es daher zu zeitlichen Verzerrungen kommen, da das Ereignis weiter zurückliegt und die Erinnerung daran möglicherweise verblaßt. Das Alter für den ersten Geschlechtsverkehr variiert bei den Befragten zwischen 12 und 23 Jahren, das Durchschnittsalter für „das erste Mal“ liegt bei 16,5 Jahren. Mehr als ein Viertel der koituserfahrenen Jugendlichen hatten ihren ersten Geschlechtsverkehr mit 16 Jahren (27,1%). Bezieht man auch die Jugendlichen ein, die zum Befragungszeitraum noch keinen Geschlechtsverkehr hatten, ergeben sich etwas höhere Schätzwerte für das Alter beim ersten Geschlechtsverkehr.¹³

Abbildung 3.3 zeigt das Alter der befragten Frauen und Männer bei ihrem ersten Geschlechtsverkehr (nur Koituserfahrene). Hier wird deutlich, daß Jungen und Männer etwas „später dran sind“ als Mädchen und Frauen. Der Mittelwert beträgt für die männlichen Befragten 16,6 Jahre, für die weiblichen Befragten 16,4 Jahre. Signifikante Unterschiede ergeben sich zwischen Jugendlichen und jungen Erwachsenen aus neuen und alten Bundesländern: Befragte aus den neuen Bundesländern haben früher Geschlechtsverkehr

¹³ REINECKE & ATTERMEYER (1998)

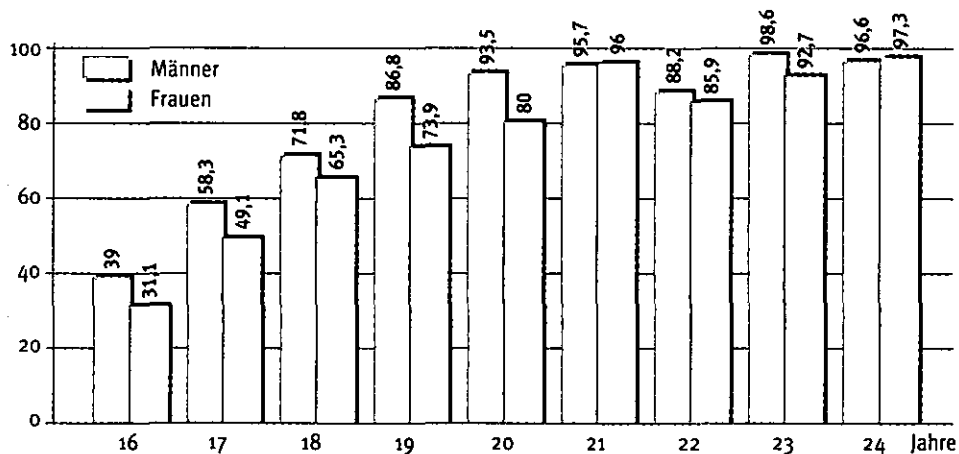
Abb. 3.3

ALTER BEIM ERSTEN GESCHLECHTSVERKEHR

	MÄNNER 96 (N=462)	FRAUEN 96 (N=487)
12	0,9	0,2
13	1,9	2,3
14	6,1	7,4
15	16,2	16,0
16	24,9	29,2
17	21,4	22,0
18	15,4	13,8
19	6,7	6,2
20	2,2	1,2
21	2,2	1,6
22	0,6	0,2
23	0,2	-
miss.	1,3	-

PROZENTANGABEN

Abb. 3.4

ANTEIL DER KOITUSERFAHRENNEN JE ALTERSGRUPPE

PROZENTANGABEN

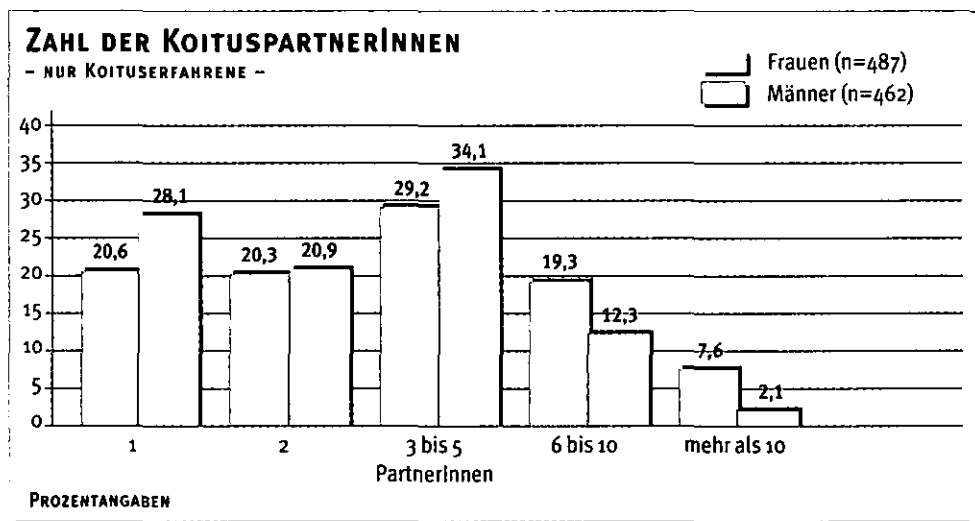
(16,3 Jahre) als Befragte aus den alten Bundesländern (16,6 Jahre). Außerdem haben Befragte mit niedriger Bildung signifikant früher Geschlechtsverkehr (16,3 Jahre) als Befragte mit mittlerer (16,5 Jahre) und höherer Bildung (16,8 Jahre). Im 5- bzw. 2-Jahres-Vergleich zeigen sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich des Alters beim ersten Geschlechtsverkehr.

Die Abbildung 3.4 stellt den Anteil der koituserfahrenen Jugendlichen je Altersgruppe dar. Daran wird deutlich, daß der Anteil der koituserfahrenen Mädchen und Frauen je Altersgruppe in den meisten Fällen höher liegt als der der Jungen und Männer. Lediglich bei den 21- und 24-jährigen liegt der Anteil der koituserfahrenen Männer über dem der Frauen. Eine Erklärung für diesen Unterschied in der Altersgruppe der 16- bis 24-jährigen kann der ermittelte Altersunterschied zwischen den Partnern sein. Danach sind die Partner junger Frauen durchschnittlich zwei bis drei Jahre älter.

3.1.5 ANZAHL DER KOITUSPARTNERINNEN VON JUGENDLICHEN UND JUNGEN ERWACHSENEN (FRAGEN 43 UND 44)

Die Anzahl der KoituspartnerInnen liegt bei den männlichen Befragten deutlich höher als bei den weiblichen Befragten (vgl. Abbildung 3.5). Dies kann zum einen auf die soziale Erwünschtheit zurückzuführen sein. Von Jungen und Männern wird eher erwartet, daß sie „erfahren“ sind und viele Sexualpartnerinnen haben, während von weiblichen Personen eher Treue erwartet wird. Eine andere mögliche Erklärung wären außerpartnerschaftliche sexuelle Kontakte wie beispielsweise Prostitution und Sextourismus, die auf männliche Kunden abzielen und so die Anzahl der Koituspartnerinnen der männlichen Befragten erhöhen.¹⁴

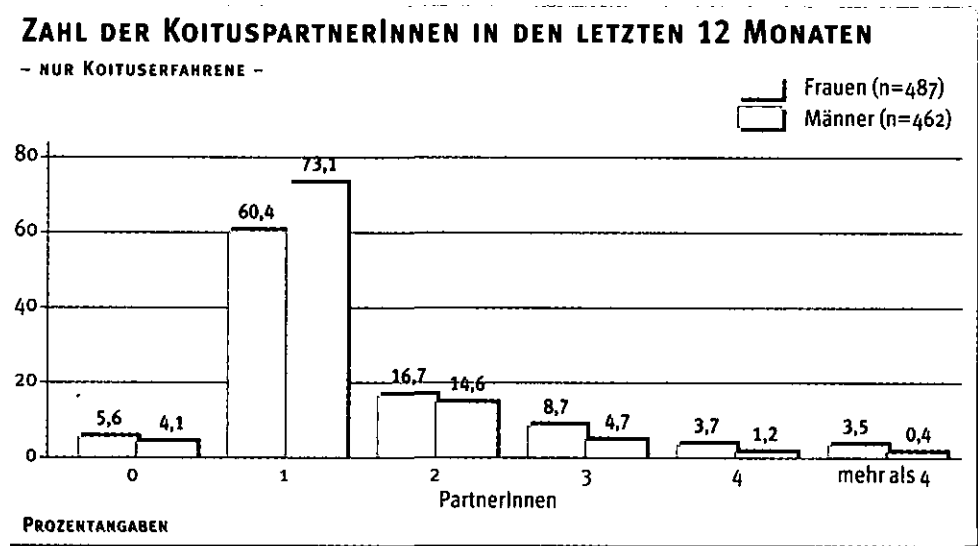
Abb. 3.5



¹⁴ KLEIBER & VELTEN (1994), S. 52f. und KLEIBER & WILKE (1995), S. 41f., 103f.

Aus der Abbildung wird deutlich, daß signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern bestehen. Die männlichen Befragten geben an, daß sie durchschnittlich mehr SexualpartnerInnen hatten als die weiblichen (durchschnittlich 5,0 versus 3,3 PartnerInnen). Insbesondere die Kategorie „mehr als zehn Sexualpartner“ macht diesen Sachverhalt deutlich: Während nur 2,1% der befragten Mädchen und Frauen angeben, mehr als zehn Sexualpartner gehabt zu haben, wird dies von 7,6% der befragten Jungen und Männer angegeben. Es zeigt sich weiterhin, daß die Anzahl der SexualpartnerInnen – wie erwartet – mit steigendem Alter zunimmt. Weiterhin zeichnet sich ein Trend ab, daß junge Leute mit niedrigerem Bildungsniveau deutlich mehr SexualpartnerInnen haben (durchschnittlich 5,0 PartnerInnen) als diejenigen mit mittlerem und hohem Bildungsniveau (durchschnittlich 3,9 PartnerInnen).

Abb. 3.6



Betrachtet man nur den Zeitraum des letzten Jahres, ergibt sich eine ähnliche Verteilung. Fast zwei Drittel der befragten Mädchen und Frauen hatten im letzten Jahr mit nur einem Partner Geschlechtsverkehr (73,1%). Dies trifft auf nur 60,4% der Jungen und Männer zu. Bereits bei zwei KoituspartnerInnen ist der Anteil der Jungen und Männer etwas höher als der der Mädchen und Frauen. Dieser Trend setzt sich mit zunehmender Anzahl von KoituspartnerInnen fort. Besonders auffällig ist der Unterschied bei fünf und mehr PartnerInnen: Nur 0,4% der befragten Mädchen und Frauen geben an, mit fünf und mehr Partnern im letzten Jahr Geschlechtsverkehr gehabt zu haben, wohingegen aber 3,5% der männlichen Befragten dies angeben.

3.2

WÜNSCHE UND EINSTELLUNGEN

Die im folgenden vorgestellten Ergebnisse beruhen auf Selbsteinschätzungen der Befragten. Im Fragebogen konnten einerseits die subjektive Bedeutung verschiedener Lebensbereiche und andererseits die Wichtigkeit verschiedener Bereiche in einer Partnerschaft auf einer 7stufigen Antwortskala zwischen 1 (überhaupt nicht wichtig) und 7 (sehr wichtig) eingestuft werden. Die Auswahl der verschiedenen Kategorien beruhte auf früheren Untersuchungen sowie auf Ergebnissen des Pretests.¹⁵

3.2.1 DIE BEDEUTUNG VERSCHIEDENER LEBENSBEREICHE FÜR JUGENDLICHE UND JUNGE ERWACHSENE (FRAGEN 1-8)

Zunächst zeigen die Häufigkeitsverteilungen auf den Skalenpunkten, daß alle genannten Lebensbereiche für die befragten Jugendlichen und jungen Erwachsenen von großer Bedeutung sind. Der Modalwert liegt für alle Lebensbereiche bei 7 (sehr wichtig). Das bedeutet, daß eine Mehrheit der Befragten jeden der genannten Lebensbereiche für „sehr wichtig“ hält. Abbildung 3.7 zeigt jedoch, daß deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern bestehen. Vor allem die Bereiche „Ausbildung“ und „eigene Partnerschaft“ werden von den weiblichen Befragten wichtiger eingeschätzt als von den männlichen.

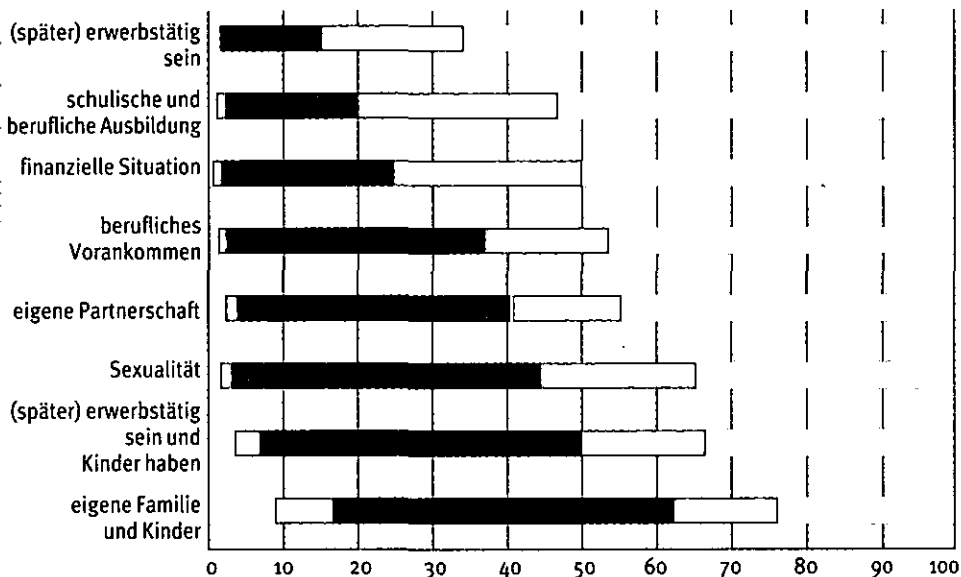
15 NICKEL, PLIES & SCHMIDT (1994) und NICKEL, PLIES & SCHMIDT (1995)

Die endgültige Auswahl der Kategorien beruhte auf den Ergebnissen unseres am Fachbereich Gesellschaftswissenschaften der Universität Gießen durchgeführten Pretests.

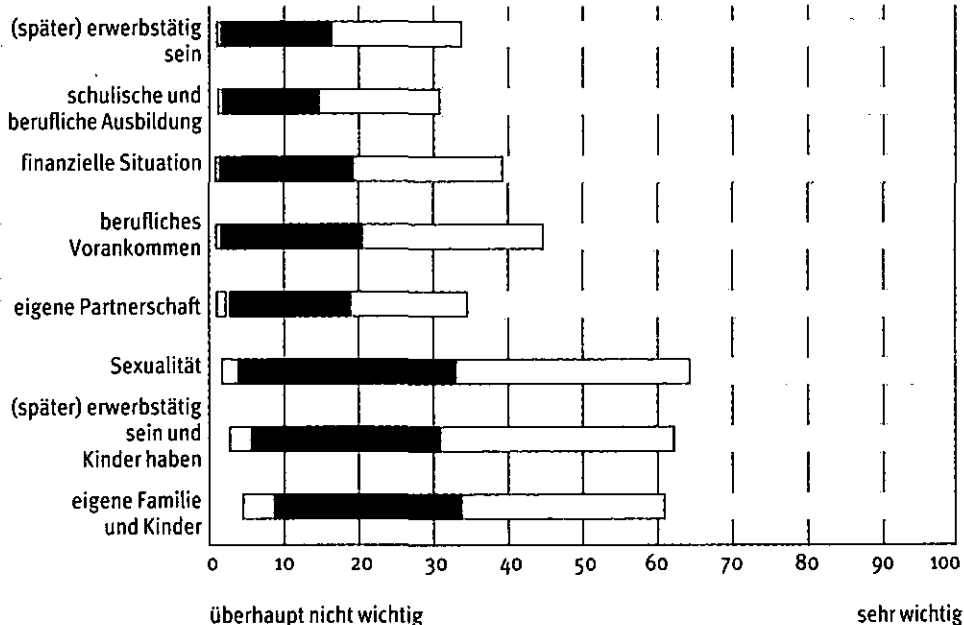
Abb. 3.7

BEDEUTUNG VERSCHIEDENER LEBENSBEREICHE

MÄNNER (N=615)



FRAUEN (N=608)



PROZENTANGABEN

Die folgende Abbildung verdeutlicht anhand der Mittelwerte, wie wichtig Jugendlichen und jungen Erwachsenen verschiedene Lebensbereiche sind.

Abb. 3.8

BEDEUTUNG VERSCHIEDENER LEBENSBEREICHE

	GES. 91 (n=1369)	GES. 94 (n=1308)	GES. 96 (n=1223)	MÄNNER (n=615)	FRAUEN (n=608)	OST (n=405)	WEST (n=818)
(später) erwerbstätig zu sein	6,3	6,1	6,2	6,3	6,1	6,5	6,0
schulische und berufliche Ausbildung	6,2	6,0	6,2	6,1	6,2	6,4	6,0
finanzielle Situation	6,0	5,9	6,0	6,0	6,0	6,3	5,9
berufliches Vorankommen	5,9	5,8	5,9	5,9	5,9	6,2	5,8
eigene Partnerschaft	6,2	5,7	5,9	5,7	6,0	5,9	5,8
Sexualität	5,6	5,2	5,4	5,6	5,3	5,5	5,4
(später) erwerbstätig zu sein und Kinder zu haben	-	5,3	5,2	5,2	5,3	5,6	5,1
eigene Familie und Kinder	5,5	4,8	4,8	4,5	5,1	4,9	4,7

MITTELWERTE: 1= ÜBERHAUPT NICHT WICHTIG; 7= SEHR WICHTIG

An erster Stelle nennen Jugendliche und junge Erwachsene die (spätere) Erwerbstätigkeit sowie die schulische und berufliche Ausbildung ($\bar{x} = 6,2$), gefolgt von der finanziellen Situation ($\bar{x} = 6,0$) und dem beruflichen Vorankommen ($\bar{x} = 5,9$). Erst danach werden die eigene Partnerschaft ($\bar{x} = 5,9$) und Sexualität ($\bar{x} = 5,4$) genannt. An siebter Stelle folgt die Verbindung von Beruf und Familie ($\bar{x} = 5,2$) und das Schlußlicht bildet die eigene Familie mit Kindern ($\bar{x} = 4,8$). Insgesamt sind die Antworten homogen verteilt, die Standardabweichung beträgt zwischen 1,2 und 1,9.

Zwischen jungen Frauen und Männern bestehen signifikante Unterschiede in der Bedeutung der genannten Lebensbereiche. Mit Ausnahme von Sexualität, beruflichem Vorankommen und der späteren Erwerbstätigkeit messen die weiblichen Befragten den Lebensbereichen Partnerschaft, Ausbildung und finanzielle Situation sowie der eigenen Familie eine größere Bedeutung zu als die männlichen Befragten. Lediglich der Doppelstimulus „später erwerbstätig zu sein und eigene Kinder zu haben“ wird von weiblichen als auch von männlichen Befragten gleich unwichtig eingestuft.

Auch zwischen den Befragten aus den neuen und alten Bundesländern bestehen Unterschiede: Bis auf die eigene Partnerschaft und Sexualität werden alle anderen Lebensbereiche von den Jugendlichen aus Ostdeutschland signifikant wichtiger eingestuft als von den westdeutschen Befragten. Besonders groß sind die Unterschiede für die Bereiche Erwerbstätigkeit, Ausbildung, berufliches Vorankommen und finanzielle Situation. Wir vermuten

eine Ursache dieses Unterschieds in der besonders in Ostdeutschland sehr hohen Arbeitslosigkeit und der damit verbundenen Angst junger Menschen, keinen Arbeitsplatz zu finden. Darüber hinaus lassen sich Unterschiede im Zeitvergleich von 1994 zu 1996 feststellen: Die Lebensbereiche schulische und berufliche Ausbildung, finanzielle Situation, berufliches Vorankommen und Sexualität werden von den in 1996 befragten Jugendlichen und jungen Erwachsenen signifikant wichtiger eingestuft. Im 5-Jahres-Vergleich ergibt sich jedoch ein anderes Bild: Alle Lebensbereiche werden unwichtiger oder gleich wichtig eingeschätzt. Ein deutlicher Rückgang in der Bedeutung ist vor allem für die Bereiche eigene Partnerschaft, Sexualität und eigene Familie und Kinder zu beobachten. Die Bereiche, die die berufliche und finanzielle Situation ansprechen, bleiben dagegen annähernd gleich wichtig (vgl. Abbildung 3.8). Hier zeichnet sich ein Trend ab, daß Erwerbstätigkeit im Verhältnis zu eigener Partnerschaft, Sexualität und eigener Familie mit Kindern relativ wichtiger wird. Dieses Ergebnis ist vermutlich ein Ausdruck der Sorge, vielleicht keinen Ausbildungs- oder Arbeitsplatz zu finden.

Des weiteren ergibt sich ein erheblicher Unterschied für den Bereich Sexualität zwischen den koituserfahrenen Befragten einerseits ($\bar{x} = 5,7$) und den koitusunerfahrenen andererseits ($\bar{x} = 4,7$). Außerdem läßt sich feststellen, daß Partnerschaft, Sexualität und Familie mit zunehmendem Alter wichtiger werden. Die Bereiche Erwerbstätigkeit und berufliches Vorankommen sind hingegen den Altersgruppen bis 22 Jahre besonders wichtig. Die Ausbildung nimmt in den Altersgruppen der 16- bis 17jährigen und der 18- bis 19jährigen den höchsten Stellenwert ein.

3.2.2 WÜNSCHE AN EINE PARTNERSCHAFT (FRAGEN 17-21)

Abbildung 3.9 zeigt, welche Bereiche Jugendlichen und jungen Erwachsenen in einer Partnerschaft wichtig sind. Treue wird übereinstimmend als wichtigstes Element einer Partnerschaft bezeichnet ($\bar{x} = 6,4$), gefolgt von Geborgenheit ($\bar{x} = 6,3$), Freiraum für eigene Interessen ($\bar{x} = 6,1$), Dauerhaftigkeit (6,1) und sexueller Erfüllung (5,8).

Abb. 3.9

BEDEUTUNG VERSCHIEDENER BEREICHE IN DER PARTNERSCHAFT

	GESAMT 91 (n=1369)	GESAMT 94 (n=1308)	GESAMT 96 (n=1223)	MÄNNER (n=615)	FRAUEN (n=608)	PARTNERIN (n=670)
Treue	-	6,3	6,4	6,3	6,6	6,6
Geborgenheit	6,5	6,2	6,3	6,1	6,5	6,5
Freiraum	6,1	6,0	6,1	6,1	6,2	6,1
Dauerhaftigkeit	6,1	6,0	6,1	5,9	6,2	6,3
sexuelle Erfüllung	5,9	5,7	5,8	5,9	5,8	6,0

MITTELWERTE: 1= ÜBERHAUPT NICHT WICHTIG; 7= SEHR WICHTIG

Auffällig ist, daß es zwischen weiblichen und männlichen Befragten zwar keine wesentlichen Unterschiede bezüglich der Reihung gibt, aber Jungen und Männer alle genannten Bereiche einer Partnerschaft weniger wichtig einstufen als Mädchen und Frauen. Dabei messen die weiblichen Befragten den Bereichen Geborgenheit, Treue und Dauerhaftigkeit eine signifikant höhere Bedeutung zu. Das deutet darauf hin, daß ihnen eine feste Partnerschaft generell wichtiger ist als ihren männlichen Altersgenossen. Dieses Ergebnis deckt sich auch mit den tatsächlichen Beziehungsformen. So leben mehr weibliche als männliche Befragte in einer Partnerschaft (61,6% der weiblichen versus 48,0% der männlichen Befragten). Durchschnittlich dauern die derzeitigen Partnerschaften der Mädchen und Frauen auch länger als die der Jungen und Männer (29,7 Monate versus 25,5 Monate) und weniger weibliche Befragte geben an, sexuelle Kontakte außerhalb ihrer Partnerschaft zu haben (1,3% versus 3,6%).

Bis auf die Kategorie „Freiraum für eigene Interessen“ ergeben sich signifikante Unterschiede zwischen der Gruppe der Ost- und der Westdeutschen. So schätzen die Befragten aus den neuen Bundesländern alle Bereiche etwas wichtiger ein als die westdeutschen Befragten. Des weiteren ergeben sich Unterschiede zwischen den Altersgruppen. Die Bereiche „sexuelle Erfüllung“ und auch „Dauerhaftigkeit“ werden mit zunehmendem Alter signifikant wichtiger eingeschätzt.

Bei dem Vergleich der Studie von 1994 und der von 1996 zeichnet sich ebenfalls eine Zunahme der Wichtigkeit ab: Bis auf den Bereich „Dauerhaftigkeit“ weisen alle anderen Themen eine signifikant höhere Bedeutung auf. Vergleicht man die Ergebnisse aus 1996 mit denen vor fünf Jahren, zeigt sich hingegen, daß die Bedeutung verschiedener Bereiche einer Partnerschaft etwas geringer oder gleichbleibend wichtig eingeschätzt wird. Hier ist vor allem der Bereich „Geborgenheit“ signifikant unwichtiger geworden.

Vergleicht man die koituserfahrenen Befragten mit jenen, die noch keinen Geschlechtsverkehr hatten, kristallisiert sich heraus, daß diejenigen mit Erfahrung die Bedeutung der verschiedenen Bereiche in einer Partnerschaft etwas höher einschätzen. Signifikant wichtiger wird jedoch lediglich die „sexuelle Erfüllung“ eingestuft. Weiter zeigt sich, daß Geborgenheit, sexuelle Erfüllung, Treue und Dauerhaftigkeit in einer Partnerschaft von denjenigen als wichtiger angesehen werden, die selber in einer festen Partnerschaft leben. Hier findet sich ein Hinweis darauf, daß die Wünsche der befragten Jugendlichen und jungen Erwachsenen an eine Partnerschaft mit den gelebten Beziehungsformen übereinstimmen.

3.3 ZUSAMMENFASSUNG

Den befragten Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 16 bis 24 Jahren ist die spätere Erwerbstätigkeit – und damit verbunden Ausbildung, finanzielle Situation und berufliches Vorankommen – am wichtigsten. Erst danach werden die Bereiche Sexualität

und Partnerschaft genannt. Das heißt zwar nicht, daß den Befragten diese Dinge unwichtig sind, aber im Verhältnis zur späteren Erwerbstätigkeit nehmen Partnerschaft und Sexualität einen weniger wichtigen Platz ein. Dieses Ergebnis wird auch durch den Zeitvergleich gestützt. Im Vergleich zur Befragung 1991 werden die Bereiche Partnerschaft, Sexualität und eigene Familie als unwichtiger angesehen. Die spätere Erwerbstätigkeit, Ausbildung, berufliches Vorankommen und die finanzielle Situation nehmen einen relativ wichtigen Platz im Leben der Jugendlichen und jungen Erwachsenen ein. In einer Partnerschaft wird Treue als wichtigstes Element benannt. Dieser Sachverhalt deckt sich mit den gelebten Beziehungsformen der Befragten: Die Hälfte lebt in einer festen und sexuell treuen Beziehung. Allerdings geben deutlich mehr der Befragten ohne eine feste Partnerschaft an, sexuelle Beziehungen zu haben, als dies noch vor zwei Jahren der Fall war. Über einen Zeitraum von fünf Jahren sind die Ergebnisse weitgehend stabil geblieben.

Mehr als drei Viertel der befragten jungen Frauen und Männer sind bereits koituserfahren. Der erste Geschlechtsverkehr findet bei den meisten zwischen dem 16. und 17. Geburtstag statt. Es zeigt sich, daß die weiblichen Befragten diese Erfahrung etwas früher machen als ihre männlichen Altersgenossen. Gruppenunterschiede bestehen zwischen Ost- und Westdeutschen. Die Befragten aus den neuen Bundesländern haben den ersten Geschlechtsverkehr durchschnittlich etwas früher. Dies gilt ebenso für diejenigen mit niedriger Schulbildung. Im Zeitvergleich sind keine Veränderungen für den Zeitpunkt des ersten Geschlechtsverkehrs zu erkennen.¹⁶ Der Anteil der koituserfahrenen Mädchen und Frauen an ihrer jeweiligen Altersgruppe liegt über dem der Jungen und Männer. Mädchen und Frauen haben im Durchschnitt etwas ältere Partner und verweilen länger in ihrer jeweiligen Partnerschaft. Die männlichen Befragten zwischen 16 und 24 Jahren haben im Durchschnitt mehr Sexualpartnerinnen als die Mädchen und Frauen.

Die sexuelle Orientierung der 16- bis 24jährigen tendiert zu einem offeneren Umgang mit gleichgeschlechtlichen Liebesbeziehungen. Hervorzuheben ist, daß deutlich mehr junge Männer angeben, sich nur „vorwiegend“ von Mädchen/Frauen angezogen zu fühlen. Auch ist der Anteil der männlichen Befragten, die sich „ausschließlich“ von Jungen und Männern angezogen fühlen, von 0,3% 1991 auf knapp 3% 1996 gestiegen. In abgeschwächter Form ist ein ähnlicher Trend auch für die weiblichen Befragten festzustellen. Hier zeigt sich eine Veränderung im Sexualverhalten bezüglich des Umgangs mit gleichgeschlechtlicher Sexualität. Bedingt durch den öffentlichen Diskurs um die Gleichstellung von homosexuellen Liebesbeziehungen deutet sich hier möglicherweise eine größere Offenheit im Umgang mit eigenen homosexuellen Neigungen an. Wir vermuten, daß es sich hier weniger um eine Zunahme homosexueller Beziehungen handelt, sondern daß Homosexualität offener zugegeben wird.

16 REINECKE & ATTERMAYER (1998)



**SEXUALITÄT, PARTNERSCHAFT
UND VERHÜTUNG:
INFORMATIONEN UND
SCHWIERIGKEITEN**

In diesem Kapitel werden die Informationslage und das Verhütungsverhalten Jugendlicher und junger Erwachsener zwischen 16 und 24 Jahren dargestellt. Dabei geht es im ersten Teil um den Informationsgrad über Sexualität, Verhütung und Partnerschaft und über verschiedene Verhütungsmethoden. Hierbei werden auch die Fragen, woher die 16- bis 24jährigen ihre Informationen bezüglich Schwangerschaftsverhütung haben, und wie gut sie den wahrscheinlichsten Empfängniszeitraum kennen, behandelt. Im zweiten Teil des Kapitels wird zunächst die Erfahrung ermittelt, die die Befragten mit verschiedenen Verhütungsmethoden gemacht haben, bevor eine Abbildung des aktuellen Verhütungsverhaltens der Zielgruppe folgt. Die Ergebnisse der Frage, warum die Befragten ihre Verhütungsmethode gewechselt haben, sollen u.a. klären, ob die Diskussion um die Nebenwirkungen einiger Antibabypillen (vgl. Kapitel 5) Auswirkungen auf das Verhütungsverhalten der 16- bis 24jährigen hat. Anschließend wird erörtert, wie häufig die Befragten Geschlechtsverkehr ausüben, ohne eine Verhütungsmethode anzuwenden und welche Entscheidung sie im Falle einer ungewollten Schwangerschaft treffen würden. Im dritten Teil des Kapitels werden spezifische Schwierigkeiten bei der Anwendung von Verhütungsmethoden dargestellt. Dabei wurden die unter den Zielpersonen am häufigsten angewendeten Methoden „Antibabypille“ und „Kondom“ in den Mittelpunkt der Analyse gestellt. Solche Schwierigkeiten können etwa in der Unverträglichkeit der Pille oder in dem Platzen eines Kondoms bestehen. Den Abschluß bildet eine Untersuchung der Problematik ungewollter Schwangerschaften.

4.1 INFORMATIONEN

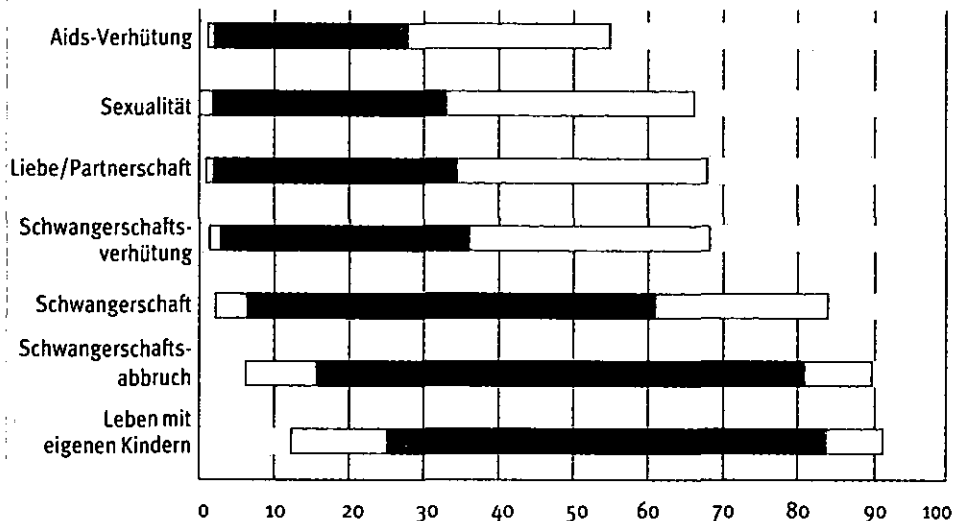
4.1.1 PARTNERSCHAFT, SEXUALITÄT UND SCHWANGERSCHAFT (FRAGEN 9-15)

Während des Interviews wurden die Jugendlichen und jungen Erwachsenen gefragt, wie gut sie sich persönlich über verschiedene Bereiche aus Partnerschaft und Sexualität informiert fühlen. Den Grad ihrer Informiertheit konnten die Befragten auf einer Skala von 1 (überhaupt nicht informiert) bis 7 (sehr gut informiert) einschätzen.

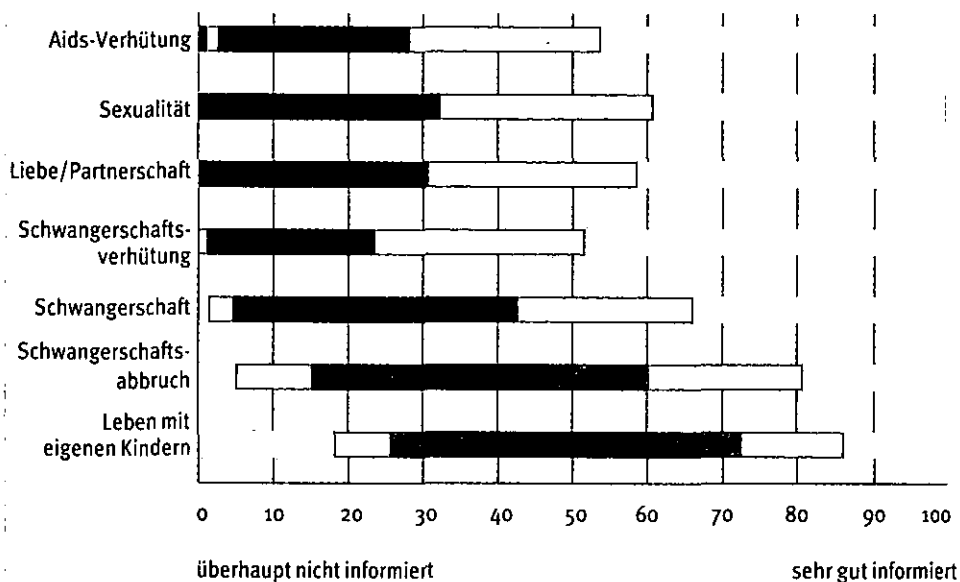
Abb. 4.1

INFORMATIONSGRAD ÜBER PARTNERSCHAFT, SEXUALITÄT UND SCHWANGERSCHAFT

MÄNNER



FRAUEN



PROZENTANGABEN

4

Im allgemeinen fühlen sich die 16- bis 24jährigen gut informiert. Abbildung 4.1 zeigt deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern in den Bereichen Schwangerschaft und Schwangerschaftsverhütung: Die weiblichen Befragten fühlen sich besser informiert. Vergleicht man die Mittelwerte der einzelnen Bereiche aus Sexualität, Schwangerschaft und Partnerschaft, läßt sich feststellen, daß sich die Befragten am besten über Aids-Verhütung informiert fühlen, dicht gefolgt von Sexualität, Liebe/Partnerschaft und Schwangerschaftsverhütung sowie – mit etwas Abstand – Schwangerschaft. Deutlich schlechter fühlen sie sich über die Bereiche Schwangerschaftsabbruch und Leben mit eigenen Kindern informiert.

Abb. 4.2

INFORMATIONSGRAD ÜBER PARTNERSCHAFT, SEXUALITÄT UND SCHWANGERSCHAFT				
	MÄNNER (n=615)	FRAUEN (n=608)	OST (n=405)	WEST (n=818)
Aids-Verhütung	6,0	6,1	6,3	6,0
Sexualität	5,8	6,0	6,1	5,8
Liebe/Partnerschaft	5,8	6,1	6,1	5,8
Schwangerschaftsverhütung	5,6	6,2	6,2	5,8
Schwangerschaft	4,7	5,8	5,5	5,1
Schwangerschaftsabbruch	4,1	4,9	4,7	4,4
Leben mit eigenen Kindern	3,7	4,3	4,3	3,9

MITTELWERTE: 1 = ÜBERHAUPT NICHT INFORMIERT; 7 = SEHR GUT INFORMIERT

Abbildung 4.2 bestätigt auf Basis der dargestellten Mittelwerte deutlich, daß sich junge Frauen besser informiert fühlen als junge Männer. Die weiblichen Befragten wissen insbesondere in den Bereichen Schwangerschaft, Schwangerschaftsverhütung, Schwangerschaftsabbruch und Leben mit eigenen Kindern wesentlich besser Bescheid als ihre männlichen Altersgenossen. Gleiches gilt für den Vergleich zwischen ost- und westdeutschen Befragten. Ostdeutsche fühlen sich in allen Bereichen, besonders deutlich aber in den Bereichen zum Thema Schwangerschaft, besser informiert als die Westdeutschen.

Der Informationsstand der 16- bis 24jährigen ist über einen Zeitraum von fünf Jahren leicht zurückgegangen. Dies trifft auf die Bereiche Sexualität, Schwangerschaft und Schwangerschaftsverhütung, aber auch auf Aids-Prävention zu. Die Informationen zu Liebe und Partnerschaft bleiben über einen Zeitraum von fünf Jahren nach Selbsteinschätzung der Befragten hingegen stabil.

Die Altersgruppenanalyse zeigt, daß der Informationsgrad der Befragten mit zunehmendem Alter steigt. Generell fühlen sich die Befragten ab 18 Jahren etwas besser informiert als die Jüngeren. Lediglich bei den Bereichen Aids- und Schwangerschaftsverhütung bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Altersgruppen. Über diese Themen sind die Jüngeren offenbar genauso gut informiert. Dies ist ein Hinweis auf die Relevanz der Themen Schwangerschaftsverhütung und Aids-Prävention bereits bei den Jüngeren. Daß sich Befragte mit zunehmendem Alter besser informiert fühlen, ist auf deren größerer Erfahrung mit Sexualität zurückzuführen (vgl. Kapitel 3.1.4). Der Informationsgrad über einen Schwangerschaftsabbruch nimmt aber erst ab dem 21. Lebensjahr zu. Bei den ab 20jährigen ist nur ein geringer bzw. kein Anstieg des Informationsgrads mehr festzustellen, wenn man von der einen Ausnahme absieht, daß Befragte ab 22 Jahren sich deutlich besser über Leben mit eigenen Kindern informiert fühlen. Dieser Zusammenhang zeigt, daß eigene Kinder erst ab der Altersgruppe der 22jährigen wichtig werden (vgl. Kapitel 2.4).

Auffällig ist weiterhin, daß sich diejenigen mit mittlerer und höherer Bildung in allen Bereichen auf höherem Informationsniveau wähnen. Tatsächlich sind die Unterschiede zwischen mittlerem und höherem Bildungsniveau nur gering. Signifikante Unterschiede treten lediglich bei dem Informationsgrad bezüglich Schwangerschaftsverhütung und Schwangerschaft auf. In bezug auf Leben mit eigenen Kindern ist der Informationsgrad derjenigen mit höherer Bildung geringer. Das kann mit den durchschnittlich längeren Ausbildungszeiten und der dadurch bedingten späteren Entscheidung für eigene Kinder zusammenhängen. Weiterhin bleibt festzustellen, daß sich Befragte, die in einer festen Partnerschaft leben wie auch Koituserfahrene, in allen Bereichen signifikant besser informiert fühlen.



4.1.2 INFORMATIONSGRAD ÜBER VERSCHIEDENE VERHÜTUNGSMETHODEN (FRAGEN 23-29)

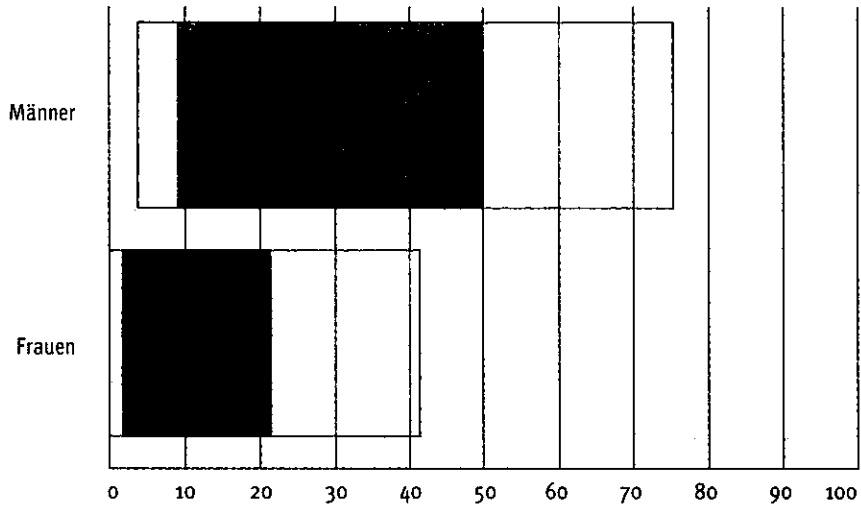
Auf einer Skala von 1 (überhaupt nicht informiert) bis 7 (sehr gut informiert) konnten die Befragten ihren Informationsgrad bezüglich verschiedener Verhütungsmethoden angeben. Dabei unterscheidet die Altersgruppe der 16- bis 24jährigen deutlich zwischen zwei Gruppen von Verhütungsmethoden. Pille und Kondom sind bei weitem am besten bekannt, über die anderen Verhütungsmethoden fühlen sich die Befragten wesentlich schlechter informiert.

Während der Informationsgrad bei den weiblichen Befragten über beide Verhütungsmethoden ungefähr gleich gut ist, zeigen sich bei den männlichen Befragten deutliche Unterschiede zwischen Pille und Kondom. Die männlichen Befragten fühlen sich schlechter über die Pille als über das Kondom informiert. Vergleicht man jedoch männliche mit weiblichen Befragten, so fällt auf, daß sich beide Gruppen gleich gut über das Kondom informiert fühlen.

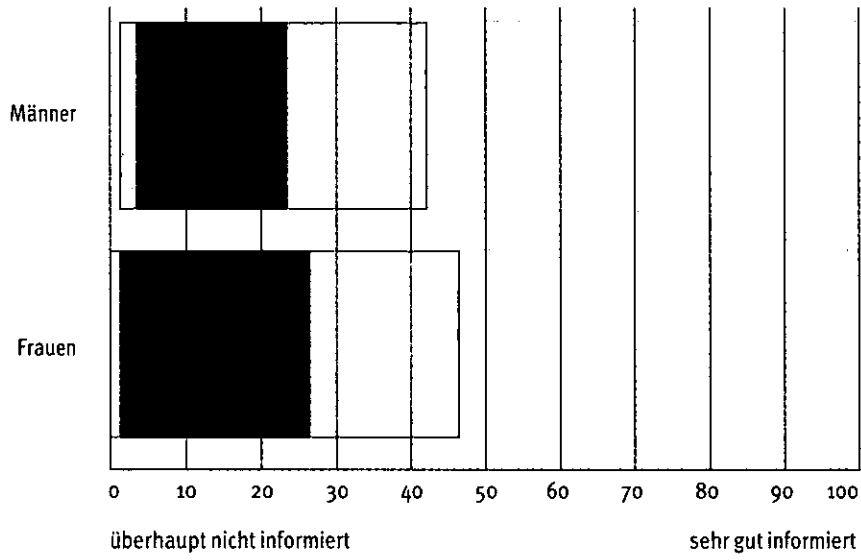
Am besten fühlen sich die Befragten über das Kondom, mit einigem Abstand gefolgt von der Pille, informiert. Wesentlich schlechter schätzen die Jugendlichen ihren Informa-

Abb. 4.3

INFORMATIONSGRAD ÜBER PILLE



INFORMATIONSGRAD ÜBER KONDOM



PROZENTANGABEN

INFORMATIONSGRAD ÜBER VERHÜTUNGSMETHODEN

	MÄNNER (n=615)	FRAUEN (n=608)	OST (n=405)	WEST (n=818)
Antibabypille	5,3	6,3	6,0	5,7
Kondom	6,4	6,4	6,5	6,3
Diaphragma (Pessar)	2,5	3,2	2,8	2,9
Verhütungszäpfchen	2,6	3,5	2,8	3,2
Temperaturmethode	2,6	3,5	3,0	3,0
Spirale	3,2	4,0	4,0	3,4
„Aufpassen“	4,7	4,8	4,9	4,6

MITTELWERTE: 1 = ÜBERHAUPT NICHT INFORMIERT; 7 = SEHR GUT INFORMIERT

tionsgrad über „Aufpassen“, Spirale, Temperaturmethode, Verhütungszäpfchen und Diaphragma ein.¹⁷ Abbildung 4.4 zeigt den Informationsgrad getrennt nach Geschlecht und Befragungsgebiet.

Auffällig ist, daß sich junge Frauen über alle Verhütungsmethoden besser informiert fühlen als junge Männer. Ebenso fühlt sich die Gruppe der ostdeutschen Befragten besser informiert als ihre westdeutschen Altersgenossen. Einzige Ausnahmen bilden Diaphragma und Verhütungszäpfchen, hier schätzen die Befragten aus Westdeutschland ihren Informationsgrad höher ein.

Mit steigendem Alter nimmt der Informationsgrad bei allen Verhütungsmethoden zu. Ein etwas deutlicherer Anstieg ist zwischen den 16- bis 17jährigen einerseits und den mindestens 18jährigen andererseits zu verzeichnen. Dieser Umstand kann auf die zunehmende Erfahrung Älterer mit Sexualität und Geschlechtsverkehr zurückgeführt werden (vgl. Kapitel 3.1). Darüber hinaus läßt sich generell feststellen, daß die Befragten mit steigendem Bildungsniveau besser informiert sind. Signifikante Unterschiede treten bei der Pille, beim Diaphragma und bei der Temperaturmethode auf. Eine Ausnahme bildet das Kondom, wo sich diejenigen mit niedriger Bildung genauso gut informiert fühlen wie diejenigen mit höherer Bildung. Am schlechtesten beurteilt die Gruppe mit mittlerer Bildung ihre Informationen über das Kondom.

Junge Frauen und Männer, die in einer festen Partnerschaft leben, fühlen sich über alle Verhütungsmethoden besser informiert als jene ohne feste Partnerschaft (einzige Ausnahme „Aufpassen“). Dieser Unterschied tritt besonders deutlich bei der Pille auf. Der höhere Informationsgrad könnte auf die Gruppe der männlichen Befragten zurückzuführen sein, die durch ihre Partnerin Erfahrung mit der Pille gemacht haben. Die Koitus-

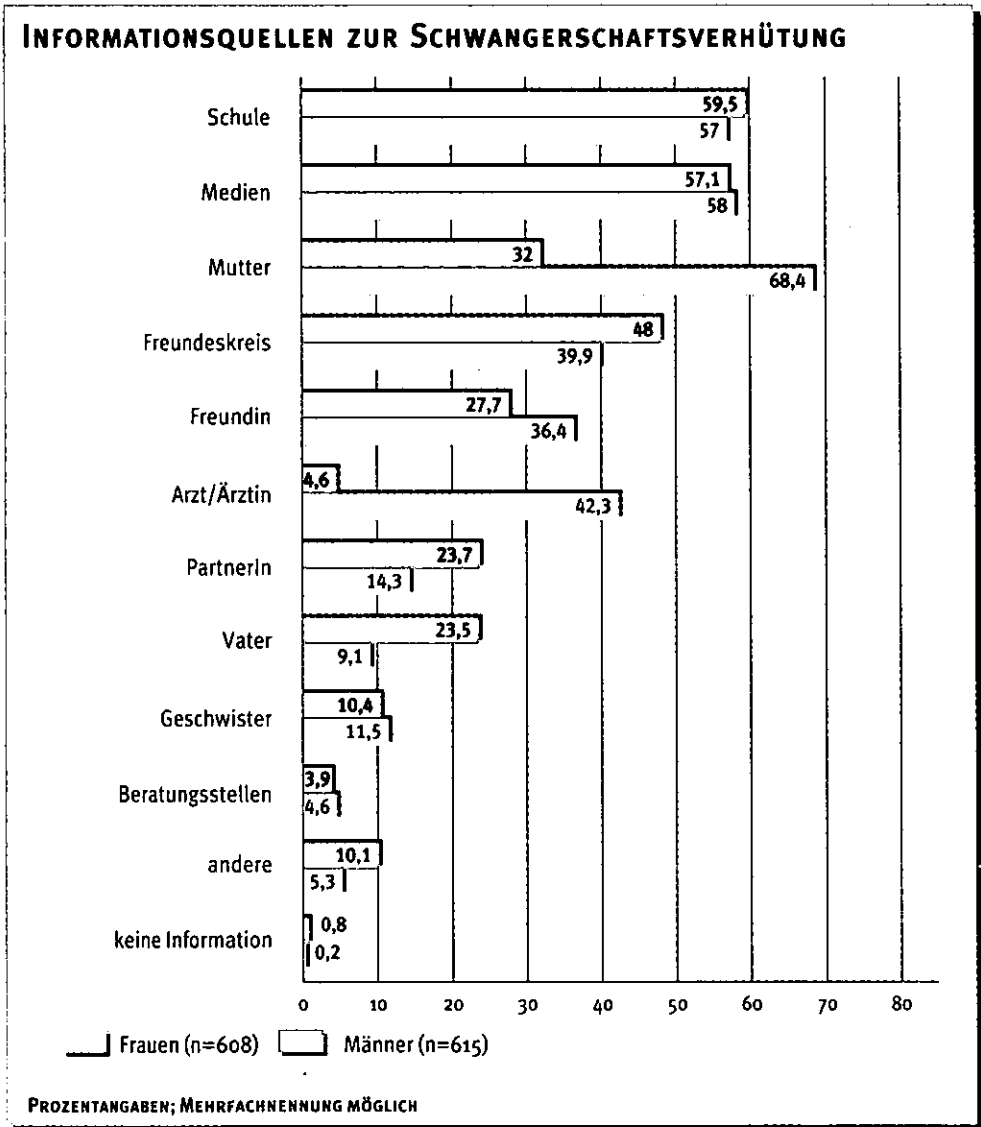
¹⁷ Hier ist zu bedenken, daß „Aufpassen“ keine sichere Verhütungsmethode im eigentlichen Sinne darstellt, sondern auch „im Notfall“ angewendet werden kann.

erfahrenen fühlen sich gegenüber den noch -unerfahrenen signifikant besser über Pille, Kondom und „Aufpassen“ informiert. Dieses Ergebnis spiegelt auch die verhältnismäßig größere Bekanntheit dieser drei Methoden wider.

4.1.3 INFORMATIONSQUELLEN ZUR SCHWANGERSCHAFTSVERHÜTUNG (FRAGE 16)

Fragt man die Jugendlichen, woher sie ihre Informationen bezüglich Schwangerschaftsverhütung haben, werden Schule, Medien und Mütter als wichtigste Informationsquellen

Abb. 4.5



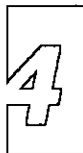
genannt. Jeweils über 50% der Befragten geben an, ihre Informationen von dort zu bekommen. Darauf folgt der Freundeskreis mit knapp 44%, die beste Freundin/der beste Freund mit noch 32% und ÄrztInnen, die noch von knapp einem Viertel genannt werden. Nur 19% haben ihre Informationen vom Partner/von der Partnerin und nur gut 16% vom Vater. Dann folgen Geschwister mit 11% und Beratungsstellen mit weniger als 10%.

Zwischen männlichen und weiblichen Befragten bestehen signifikante Gruppenunterschiede hinsichtlich ihrer Informationsquellen. Keine gravierenden Unterschiede treten hier lediglich bei den Quellen Medien, Schule, Geschwister und Beratungsstellen auf. Für mehr als zwei Drittel aller Mädchen/Frauen ist die Mutter Ansprechpartnerin Nummer eins in puncto Schwangerschaftsverhütung, gefolgt von Medien, Schule und ÄrztInnen. Bei den Jungen/Männern stehen Schule und Medien an erster Stelle, gefolgt vom Freundeskreis und dann erst der Mutter. Ein deutlicher Unterschied ist auch bei der Informationsquelle Arzt/Ärztin zu verzeichnen: 42,3% der weiblichen Befragten geben an, ihre Informationen dort zu erhalten, aber nur 4,6% der männlichen Befragten behaupten dies. Dieser Sachverhalt ist sicherlich auf die Besuche junger Frauen bei FrauenärztInnen zurückzuführen.

Auch im Elternhaus erleben die Jugendlichen die Aufklärung über Schwangerschaftsverhütung geschlechtsspezifisch. 68,4% der jungen Frauen geben an, ihre Informationen von der Mutter zu haben, aber nur 32% der jungen Männer. Dagegen erhalten immerhin 23,5% der männlichen gegenüber nur 9,1% der weiblichen Befragten ihre Informationen vom Vater. Des weiteren geben 10% der männlichen Befragten und gut 5% der weiblichen Befragten an, ihre Informationen aus anderen Quellen zu beziehen. Hier könnte es sich um nicht explizit im Fragebogen erwähnte Bezugspersonen (wie Verwandtschaft, Stiefeltern), um Institutionen (wie Kirchen) oder um Jugendgruppen handeln. Zwischen den Befragten aus Ost- und Westdeutschland ergeben sich nur geringfügige Unterschiede zwischen ihren Informationsquellen bezüglich Schwangerschaftsverhütung. Lediglich geben signifikant mehr ostdeutsche als westdeutsche Befragte an, ihre Informationen durch die Medien und von Beratungsstellen zu bekommen.

Im Zeitvergleich zu der Befragung aus 1994 treten ebenfalls signifikante Unterschiede auf: Allgemein werden der Partner/die Partnerin, die beste Freundin/der beste Freund, die Schule und andere Informationsquellen von den Befragten in 1996 häufiger genannt, während der Einfluß der Medien und des Freundeskreises rückläufig ist. Dies gilt sowohl für die jungen Frauen als auch für die jungen Männer.¹⁸ Mit zunehmendem Alter wird der Partner/die Partnerin als Informationsquelle bezüglich Schwangerschaftsverhütung von mehr Jugendlichen angegeben, während Eltern und Schule weniger oft genannt werden. Signifikante Unterschiede bestehen außerdem bei ÄrztInnen und besten FreundInnen. Tendenziell werden diese mit zunehmendem Alter wichtiger, jedoch schwankt deren Bedeutung zwischen den Altersgruppen. Auffällig ist weiterhin, daß mit höherer Bildung Medien und ÄrztInnen signifikant häufiger als Informationsquelle angegeben werden.

18 NICKEL, PLIES & SCHMIDT (1995), S. 43f.



4.1.4 KENNTNISSE ÜBER DEN EMPFÄNGNISZEITPUNKT (FRAGE 22)

Zwar wissen die allermeisten, daß eine Empfängnis während der Regelblutung höchst unwahrscheinlich ist, doch nur die Hälfte der Jugendlichen in der Altersgruppe zwischen 16 und 24 Jahren weiß, daß eine Frau am ehesten „etwa in der Mitte zwischen zwei Regelblutungen“ schwanger wird. Die restlichen 40% verteilen sich auf die Antworten „an den Tagen vor/nach der Regelblutung“, „zu jeder Zeit“ und „weiß nicht“. Abbildung 4.6 zeigt die Verteilungen getrennt nach Geschlecht und Befragungsgebiet.

Abb. 4.6

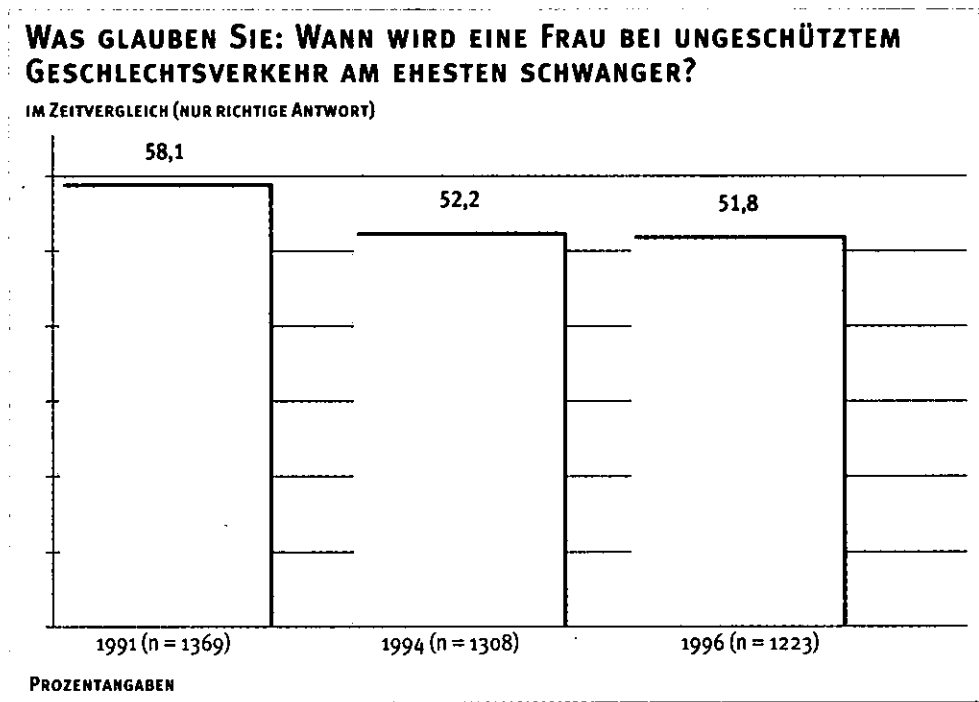
WAS GLAUBEN SIE: WANN WIRD EINE FRAU BEI UNGESCHÜTZTEM GESCHLECHTSVERKEHR AM EHESTEN SCHWANGER?						
	MÄNNER (n=615)	FRAUEN (n=608)	OST (n=405)	WEST (n=818)	KOITUS- ERFAHRENE (n=949)	KOITUS- UNERFAHRENE (n=266)
während der Regelblutung	1,1	0,8	1,0	1,0	0,9	1,1
an den Tagen unmittelbar nach der Regelblutung	12,7	12,0	11,6	12,7	12,1	13,2
etwa in der Mitte zwischen zwei Regelblutungen	42,9	60,9	56,8	49,4	55,0	41,0
an Tagen unmittelbar vor der Regelblutung	15,0	11,5	12,3	13,7	12,9	14,7
zu jeder Zeit	11,5	10,2	10,1	11,2	10,5	12,0
weiß nicht	16,4	4,3	8,1	11,5	8,1	18,0
keine Angaben	0,3	0,3	0	0,5	0,4	-
PROZENTANGABEN						

Betrachtet man nur die „richtige“ Antwort, wird deutlich, daß junge Frauen signifikant besser wissen als junge Männer, wann eine Frau am ehesten schwanger wird. Gleiches gilt für die Befragten aus den neuen Bundesländern. Besonders groß ist offenbar die Unsicherheit bei den männlichen Befragten, da immerhin 16,4% zugeben, den wahrscheinlichsten Empfängniszeitpunkt nicht zu kennen.

Die Befragten, die schon Erfahrung mit Geschlechtsverkehr gemacht haben, wissen genauso wie die Befragten mit fester Partnerin/festem Partner besser, an welchen Tagen im Zyklus einer Frau das Risiko schwanger zu werden am höchsten ist. Differenziert man die Befragten nach Altersgruppen, ist deutlich zu sehen, daß die Befragten mit zunehmendem Alter besser den wahrscheinlichsten Zeitraum der Empfängnis kennen. Dieser Trend setzt sich aber nur bis zu den 22jährigen fort, ein Teil der 23- bis 24jährigen scheint erstaunlicherweise „vergessen“ zu haben, wann eine Frau am ehesten schwanger wird. Weiterhin ist zu beobachten, daß diejenigen mit einem formal höheren Bildungsabschluß etwas besser Bescheid wissen. Dieser Unterschied ist jedoch nicht signifikant.

Signifikante Unterschiede ergeben sich bezüglich des wahrscheinlichsten Empfängniszeitpunkts zwischen den Befragten im Jahre 1991 und 1996. Kannten 1991 noch knapp 60% den wahrscheinlichsten Konzeptionszeitpunkt, sind es 1996 nur noch 52%. Abbildung 4.7 verdeutlicht diesen Unterschied.

Abb. 4.7



Der nach Selbsteinschätzung der Befragten gute Informationsgrad über Sexualität und Schwangerschaft muß durch die große Unsicherheit über den wahrscheinlichsten Empfängniszeitraum relativiert werden.

4.2

VERHÜTUNGSMETHODEN JUGENDLICHER

4.2.1 ERFAHRUNGEN MIT DEN VERSCHIEDENEN VERHÜTUNGSMETHODEN (FRAGE 30)

Jugendliche und junge Erwachsene in der Altersgruppe der 16- bis 24jährigen haben im wesentlichen Erfahrung mit Pille und Kondom gemacht. Mit allen anderen Methoden bis auf „Aufpassen“ haben jeweils weniger als 10% der Befragten Erfahrung. Abbildung 4.8 verdeutlicht, mit welchen Methoden zur Schwangerschaftsverhütung die Zielpersonen Erfahrung haben.

ERFAHRUNG MIT VERHÜTUNGSMETHODEN

	MÄNNER (n=615)	FRAUEN (n=608)	16-17 JAHRE (n=264)	18-19 JAHRE (n=297)	20-22 JAHRE (n=339)	23-24 JAHRE (n=323)
Antibabypille	59,6	72,5	32,8	61,2	76,4	85,8
Kondom	67,4	62,6	38,2	63,8	74,5	77,2
Diaphragma (Pessar)	0,9	0,9	0,4	0,4	1,0	1,5
Verhütungszüpfchen	3,7	4,9	0,4	4,3	2,5	9,2
Temperaturmethode	0,5	3,0	0,4	0,4	1,3	4,6
Spirale	1,8	1,4	0,0	0,0	1,6	4,3
„Aufpassen“	16,0	15,0	8,8	9,8	17,8	23,4
mit keiner	20,9	16,0	50,0	19,6	8,6	3,0
keine Angabe	8,3	6,7	9,8	7,1	7,4	6,1

PROZENTANGABEN; MEHRFACHNENNUNGEN MÖGLICH

Aus Abbildung 4.8 geht hervor, daß die Erfahrung mit verschiedenen Verhütungsmethoden bei jungen Frauen und Männern unterschiedlich ist: Während die weiblichen Befragten signifikant mehr Erfahrung mit der Pille haben als die gleichaltrigen männlichen Befragten, verhält es sich beim Kondom gerade andersherum. Dieser Unterschied ist allerdings nicht signifikant. Die geschlechtsspezifische Erfahrung mit Pille und Kondom zeigt sich auch bei der Frage nach der derzeit überwiegend angewendeten Verhütungsmethode (vgl. Kapitel 4.2.2).

Zwischen den ost- und westdeutschen Befragten bestehen geringfügige Unterschiede bezüglich der Erfahrung mit Pille und Kondom. Es zeigt sich ein Trend, daß Jugendliche in Ostdeutschland mit beiden Methoden etwas mehr Erfahrung haben als ihre Altersgenossen aus Westdeutschland. Beide Gruppen haben jeweils mehr Erfahrung mit der Pille als mit dem Kondom.

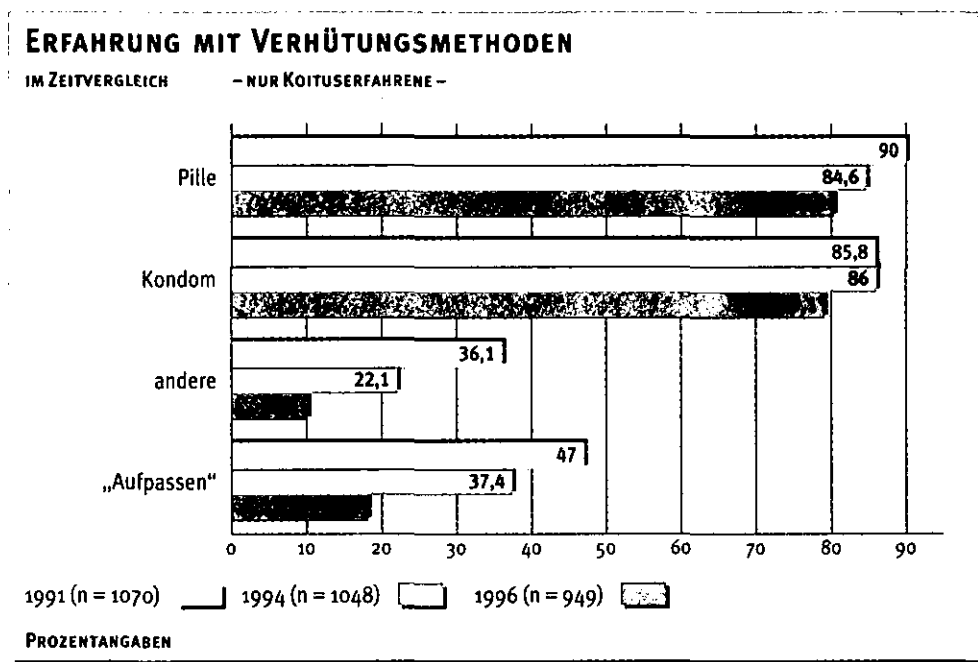
Mit zunehmendem Alter nimmt die Erfahrung mit Pille und Kondom signifikant zu, wobei der größte Sprung zwischen den 16- bis 17jährigen und den 18- bis 19jährigen zu beobachten ist (vgl. Abbildung 4.8). Dieses Ergebnis stimmt mit dem Alter beim ersten Geschlechtsverkehr überein: Die meisten haben ihren ersten Geschlechtsverkehr mit 16 Jahren und machen wahrscheinlich auch mehrheitlich zu diesem Zeitpunkt ihre ersten Erfahrungen mit verschiedenen Verhütungsmethoden.

Des weiteren zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den Koituserfahrenen und den Koitusunerfahrenen: Diejenigen mit Koituserfahrung verfügen auch über deutlich mehr Erfahrung mit Pille und Kondom als die gesamte Gruppe der männlichen bzw. weiblichen

Befragten (vgl. Abbildung 4.9). Von den koituserfahrenen männlichen Befragten haben 74,6% Erfahrung mit der Pille und sogar 82,4% Erfahrung mit Kondomen. Bei den koituserfahrenen weiblichen Befragten haben 85,7% Erfahrung mit der Pille und 76% Erfahrung mit Kondomen. Die Befragten mit fester Partnerschaft verfügen ebenfalls über signifikant mehr Erfahrung mit Pille und Kondom als diejenigen ohne einen festen Partner/feste Partnerin.

Unterscheidet man zwischen den Befragten nach Bildungsniveau, so fällt auf, daß diejenigen mit niedriger und höherer Bildung generell über etwas mehr Erfahrung mit Verhütungsmethoden verfügen. Signifikante Unterschiede ergeben sich jedoch nur bei der Pille: Die Gruppe mit mittlerem Bildungsniveau hat am meisten Erfahrung mit der Pille gesammelt (70,9%), gefolgt von denen mit hoher Bildung (63,7%) und denen mit niedriger Bildung (58,1%).

Abb. 4.9

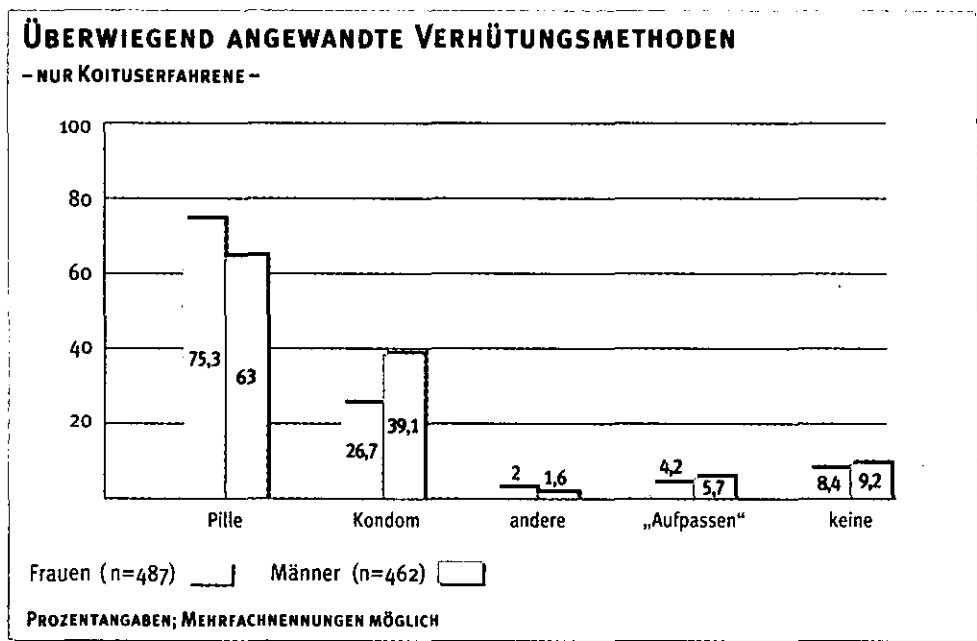


Im Zeitraum von fünf Jahren ergeben sich signifikante Veränderungen bezüglich der Erfahrung, die die Befragten mit verschiedenen Verhütungsmethoden gemacht haben. Grundsätzlich verfügen die befragten 16- bis 24jährigen 1996 über weniger Erfahrung als die Befragten 1991. Hatten 1991 noch 90% Erfahrung mit der Pille, sind es 1996 nur noch 80,3%. Gleiches gilt für das Kondom: 1991 hatten 85,8% der befragten jungen Frauen und Männer Erfahrung mit Kondomen, 1996 nur noch 79,1%. Ein besonders deutlicher Rückgang ist auch bei „Aufpassen“ zu verzeichnen: 1991 waren es noch 47%, die Erfahrung mit „Aufpassen“ hatten, aber 1996 sind es nur noch 18,1%. Hier ist zu vermuten, daß sich ein größerer Anteil der 16- bis 24jährigen Befragten auf ein oder zwei Verhütungsmethoden konzentriert, anstatt mehrere auszuprobieren (vgl. Abb. 4.10).

4.2.2 ANWENDUNG DER VERSCHIEDENEN VERHÜTUNGSMETHODEN (FRAGE 31)

Koituserfahrene Jugendliche zwischen 16 und 24 Jahren verhüten überwiegend mit Pille und Kondom, wobei die Pille (69,4%) von deutlich mehr jungen Leuten als das Kondom (32,7%) angewendet wird. Immerhin 4,9% geben an, überwiegend „aufzupassen“ und 8,8% benutzen derzeit überwiegend keine Verhütungsmittel. Abbildung 4.10 zeigt die derzeit verwendeten Verhütungsmethoden differenziert nach Geschlecht.

Abb. 4.10



Zwischen den Geschlechtern bestehen signifikante Unterschiede hinsichtlich der Anwendung von Pille und Kondom. Die Abbildung zeigt, daß deutlich mehr junge Frauen überwiegend mit der Pille verhüten als die Partnerinnen junger Männer. Bei der Anwendung des Kondoms verhält es sich umgekehrt: Von mehr männlichen Befragten wird das Kondom als derzeit überwiegend angewendetes Verhütungsmittel angegeben. Etwas mehr männliche als weibliche Befragte beschreiben ihre überwiegend angewendete Methode mit „Aufpassen“. Ebenso geben etwas mehr männliche Befragte an, keine Verhütungsmethode anzuwenden. Im Gegensatz hierzu lassen sich zwischen Ost- und Westdeutschen kaum Unterschiede bezüglich der überwiegend angewendeten Verhütungsmethoden ausmachen.

Abb. 4.11

ÜBERWIEGEND ANGEWANDTE VERHÜTUNGSMETHODEN

– NUR KOITUSERFAHRENE –

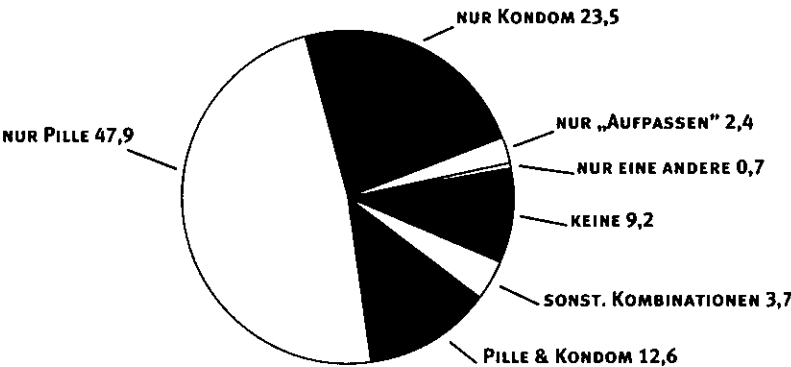
	GESAMT		MÄNNER		FRAUEN	
	M. PART. (n=623)	O. PART. (n=322)	M. PART. (n=279)	O. PART. (n=181)	M. PART. (n=344)	O. PART. (n=141)
Antibabypille	81,5	45,2	79,5	36,6	83,1	55,8
Kondom	23,5	51,4	26,3	60,2	21,3	40,3
sonstige	2,0	1,3	1,6	1,8	2,6	0,8
„Aufpassen“	4,7	5,5	5,0	6,8	4,4	3,9
keine	3,6	19,0	3,9	17,4	3,4	20,9
keine Angabe	7,2	9,9	7,2	11,0	7,3	8,5

PROZENTANGABEN

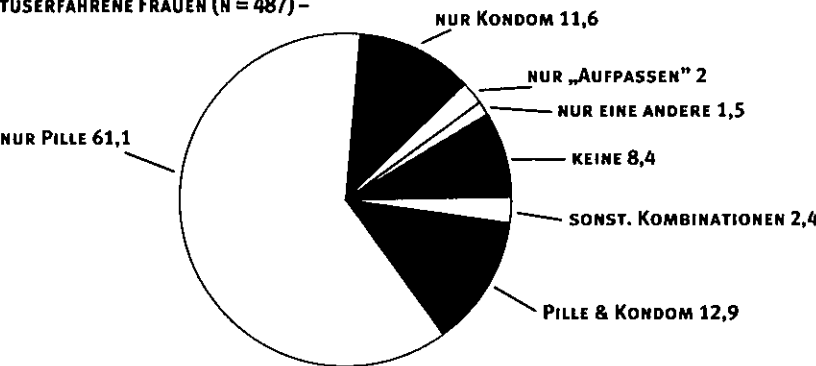
Abb. 4.12

KOMBINATIONEN VON VERHÜTUNGSMETHODEN

– NUR KOITUSERFAHRENE MÄNNER (N = 462) –



– NUR KOITUSERFAHRENE FRAUEN (N = 487) –

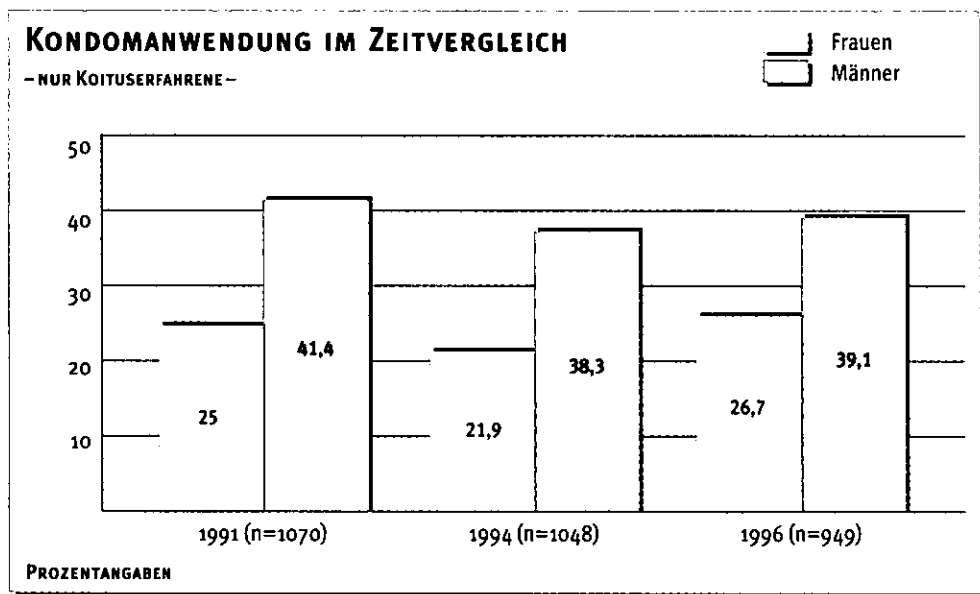


PROZENTANGABEN

Die Anwendung einer Verhütungsmethode ist offensichtlich sehr stark abhängig vom PartnerInnenstatus. Diejenigen mit einem festen Partner/einer festen Partnerin verhüten am häufigsten mit der Pille (81,5%). Unter denjenigen ohne festen Partner/feste Partnerin sinkt die Anzahl derjenigen, die mit der Pille verhüten, auf 45,2%. Mit der Anwendung von Kondomen verhält es sich gerade entgegengesetzt: Nur 23,5% in einer Partnerschaft verhüten mit dem Kondom, aber 51,4% ohne Partner/Partnerin wenden Kondome zur Verhütung an. Dieser Trend bestätigt sich durch geschlechtsspezifische Betrachtungsweise.

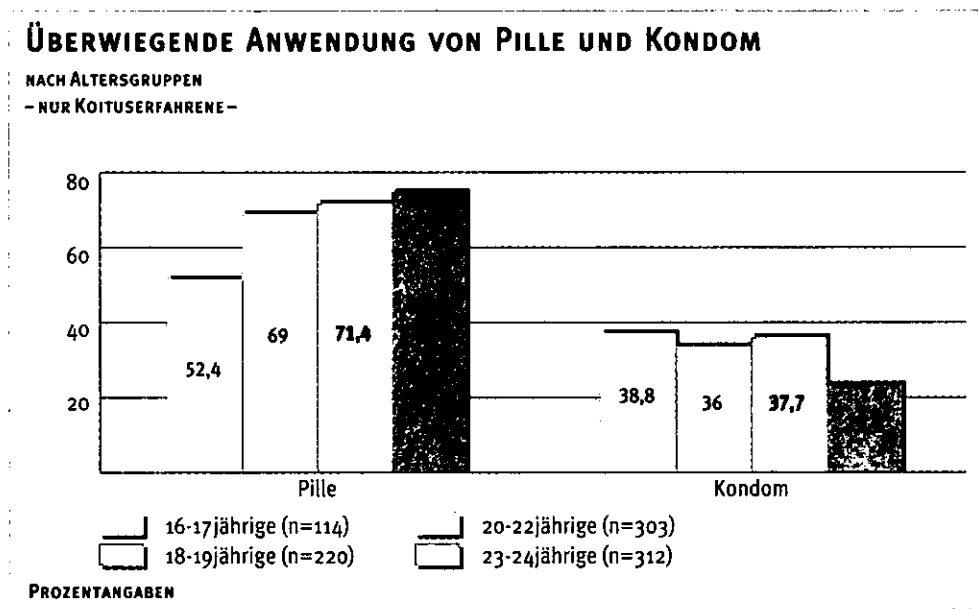
Die Abbildung 4.12 zeigt erneut die herausragende Stellung von Pille und Kondom bei der Verhütungsmittelwahl der 16- bis 24jährigen. Die allermeisten verhüten nur mit der Pille, wobei der Anteil bei den weiblichen Befragten deutlich über dem der männlichen liegt. Die zweitgrößte Gruppe bei den männlichen Befragten verhütet nur mit Kondomen, gefolgt von denen, die Pille und Kondom kombinieren. Bei den jungen Frauen verhält es sich genau umgekehrt: Die zweitgrößte Gruppe verhütet mit Pille und Kondom, gefolgt von denen, die nur mit Kondomen verhüten. Die Anwendung aller anderen Verhütungsmethoden spielt lediglich eine untergeordnete Rolle.

Abb. 4.13



Die Anwendung von Kondomen als derzeitige Verhütungsmethode bleibt im Vergleich zu den Befragten 1991 unter den koituserfahrenen Jugendlichen und jungen Erwachsenen stabil. Pille, Verhütungszäpfchen, Temperaturmethode und Spirale werden demgegenüber signifikant seltener angewendet als vor fünf Jahren. Im Vergleich zu 1994 ergeben sich dagegen für alle Methoden keine bedeutsamen Veränderungen.

Abb. 4.14



Zwischen den Altersgruppen sind spezifische Unterschiede in bezug auf die überwiegende Anwendung von Pille und Kondom vorhanden. Mit steigendem Alter entscheiden sich die Befragten deutlich öfter für die Pille. In der Gruppe der 16- bis 17jährigen verhüten 52,4% der koituserfahrenen Befragten mit dieser Methode, bei den 18- bis 19jährigen sind es bereits 69%, bei den 20- bis 22jährigen 71,4% und bei den 23- bis 24jährigen schließlich 73,8%. Die Anzahl derjenigen, die überwiegend mit dem Kondom verhüten, nimmt mit zunehmendem Alter ab. Am stärksten wird es von den 16- bis 17jährigen koituserfahrenen Jugendlichen angewendet (38,8%). Unter den 23- bis 24jährigen verhüten nur noch 23,4% der koituserfahrenen jungen Erwachsenen mit dem Kondom.

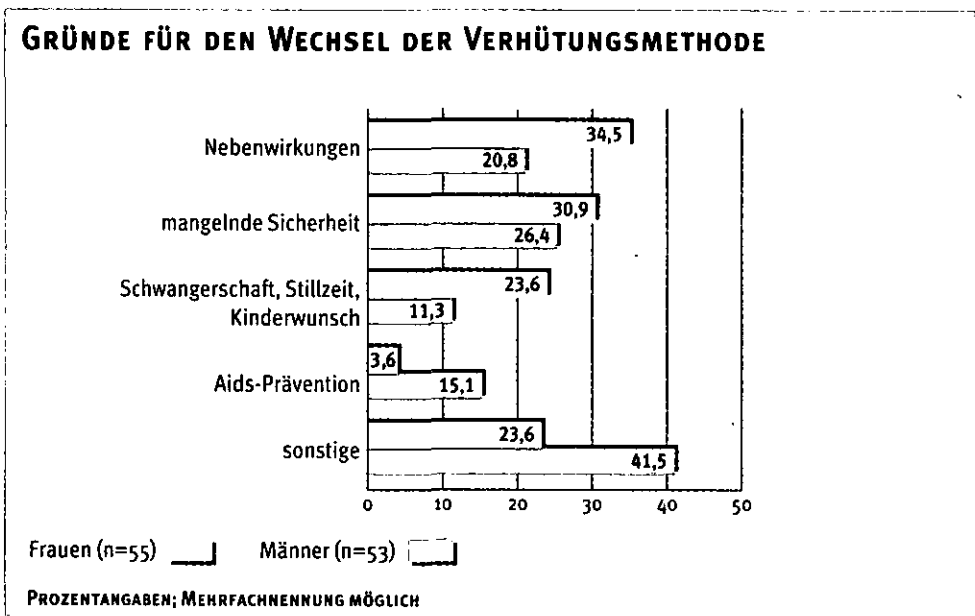
Es hat sich gezeigt, daß die Anwendung von Pille und Kondom geschlechtsspezifisch ist. Die Pille wird häufiger von jungen Frauen als von jungen Männern als derzeitige bevorzugte Verhütungsmethode angegeben. Mehr junge Männer als Frauen verhüten dagegen überwiegend mit Kondomen. Schließlich wurde deutlich, daß die Pille vorrangige Verhütungsmethode in festen Partnerschaften ist. Während Kondome vorwiegend von den Jüngeren und denjenigen ohne feste Partnerschaft angewendet werden.¹⁹

¹⁹ Zur Verhütungsmittelwahl bei neuen sexuellen Kontakten vgl. Kapitel 6.

4.2.3 WECHSEL DER VERHÜTUNGSMETHODEN (FRAGEN 32 UND 33)

Eine einmal gewählte Verhütungsmethode bzw. eine Kombination verschiedener Methoden wird meistens über einen längeren Zeitraum beibehalten. Im letzten Jahr haben dementsprechend nur 12% der Befragten ihre Verhütungsmethode gewechselt. Dabei sind weder zwischen den Geschlechtern noch zwischen ost- und westdeutschen Befragten systematische Unterschiede feststellbar. Die Gründe für den Wechsel sind in Abbildung 4.15 dargestellt.

Abb. 4.15

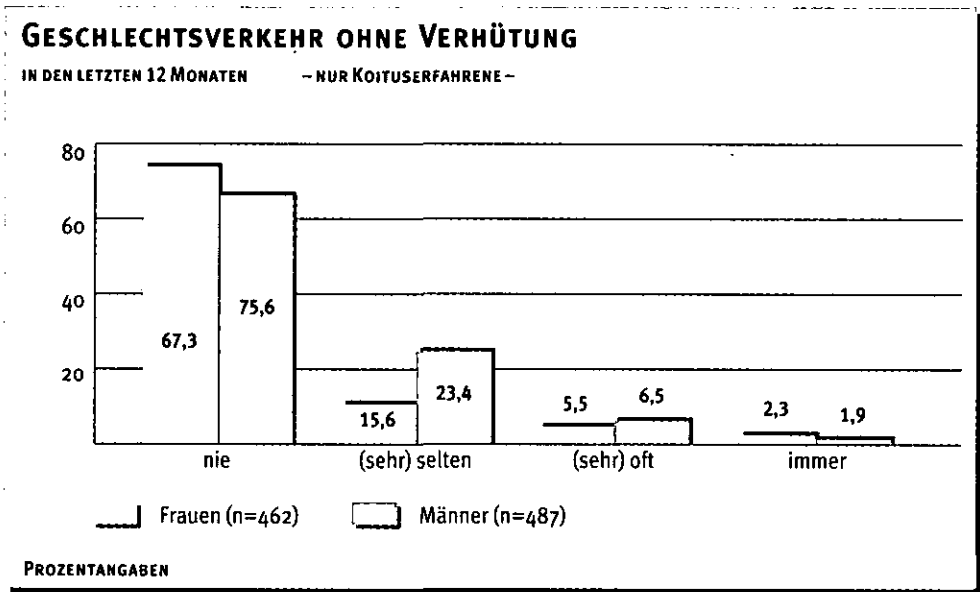


Offensichtlich gibt es zwischen weiblichen und männlichen Befragten unterschiedliche Gründe für den Wechsel der Verhütungsmethode. Bei jungen Frauen stehen der Reihenfolge nach Nebenwirkungen, mangelnde Sicherheit sowie Schwangerschaft/Stillzeit/Kinderwunsch im Vordergrund, während die jungen Männer die Kategorie „sonstiges“ an erster Stelle nennen und erst danach mangelnde Sicherheit und Nebenwirkungen. Es ist zu vermuten, daß die jungen Männer, die beim Wechsel der Verhütungsmethode „sonstige“ Gründe nennen, entweder dem Wunsch ihrer Partnerin nachkommen, derzeit keine Partnerin haben oder mit der Partnerin auch die Verhütungsmethode gewechselt haben. Auffällig ist weiterhin, daß bei den männlichen Befragten die Aids-Prävention einen signifikant größeren Stellenwert für den Wechsel der Verhütungsmethode hat. Zwischen ost- und westdeutschen Befragten lassen sich hingegen keine signifikanten Unterschiede feststellen.

4.2.4 GESCHLECHTSVERKEHR OHNE VERHÜTUNG (FRAGE 56)

Die Befragten konnten auf die Frage, wie oft sie in den letzten zwölf Monaten Geschlechtsverkehr hatten, ohne eine Verhütungsmethode anzuwenden, zwischen den Kategorien „nie“, „sehr selten“, „selten“, „oft“, „sehr oft“ und „immer“ wählen. Allgemein läßt sich feststellen, daß die meisten 16- bis 24-jährigen nur sehr selten Geschlechtsverkehr ohne Verhütung haben. 71,5% der Befragten gaben an, nie Geschlechtsverkehr ohne eine Verhütungsmethode angewendet zu haben. Das heißt aber auch, daß immerhin etwas mehr als ein Viertel der Befragten im letzten Jahr Geschlechtsverkehr hatten, ohne immer zu verhüten. Abbildung 4.16 zeigt die Antwortverteilung differenziert nach Geschlecht.

Abb. 4.16



Es zeigt sich, daß die männlichen Befragten etwas öfter keine Verhütungsmethode anwenden als die weiblichen Befragten. Dies liegt möglicherweise in den Umständen begründet, daß sie bei neuen sexuellen Kontakten nicht immer wissen, ob ihre Partnerin die Pille anwendet bzw. manche der Ansicht sein mögen, daß nicht sie die Anwendung einer Verhütungsmethode praktizieren, wenn ihre Partnerin die Pille nimmt. Dieser Geschlechtsunterschied fällt jedoch nicht signifikant aus, wie dies auch schon in der Studie 1994 der Fall war. Zwischen den Befragten aus Ost- und Westdeutschland bestehen keine signifikanten Unterschiede in bezug auf ungeschützten Geschlechtsverkehr.²⁰

20 vgl. NICKEL, PIJES, SCHMIDT (1995), S. 57

Ein Zeitvergleich mit den Studien 1991 und 1994 ist nicht möglich, da unterschiedliche Antwortkategorien verwendet wurden. Die Antworten entsprechen sich jedoch von ihrer Tendenz weitgehend in allen drei Studien.

4.2.5 ENTSCHEIDUNG FÜR ODER GEGEN EIN KIND (FRAGE 57)

Unter den Befragten besteht große Unsicherheit bezüglich der Frage, was sie tun würden, wenn sie jetzt ein Kind erwarteten. Mehr als 40% geben „weiß nicht“ an, wobei junge Männer etwas unsicherer sind als junge Frauen. Während sich 44% der jungen Frauen spontan für ein Kind entscheiden würden, wählten nur 36% der jungen Männer diese Antwortmöglichkeit. Zwischen ost- und westdeutschen Befragten bestehen keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Entscheidung für oder gegen ein Kind. Im Vergleich zu 1991 ist die Unsicherheit darüber, was die Befragten tun würden, wenn sie jetzt ein Kind erwarteten, offensichtlich größer geworden: Es würden sich sowohl weniger der 16- bis 24jährigen für ein Kind entscheiden als auch weniger für einen Schwangerschaftsabbruch. Mit steigendem Alter würden sich immer mehr der Befragten für ein Kind und weniger für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden.

4.3 SCHWIERIGKEITEN

4.3.1 PROBLEME IM ZUSAMMENHANG MIT DER ANWENDUNG DER PILLE (FRAGEN 49 UND 50)

Wie aus den durchgeführten Pretests ermittelt wurde (vgl. Kapitel 2.1 und 2.2), sind im Zusammenhang mit der Benutzung der Antibabypille vor allem zwei Probleme von vordergründiger Bedeutung: die durch ihre Einnahme hervorgerufenen Nebenwirkungen und die ein- oder mehrmalige Versäumnis der regelmäßigen Einnahme. Mögliche Konsequenzen können in (körperlichen) Beeinträchtigungen, „Absetzung der Pille“ und/oder ungewollter Schwangerschaft bestehen. Zur Analyse des Materials wurden hier nur diejenigen 775 koituserfahrenen Personen einbezogen, bei denen die Pille bereits als Verhütungsmethode zur Anwendung gelangte. Dies sind 63,4% der gesamten Stichgruppe und 82,7% der Koituserfahrenen. Sie setzen sich aus 53,3% Frauen, die die Pille selbst einnehmen oder nahmen und 46,7% Männer, die über ihre derzeitige oder frühere Partnerin mit der Pille konfrontiert wurden, zusammen. Gegenüber 1994 (87,6%) hat der Anteil der Pillenerfahrenen um knapp 5% abgenommen. Gefragt wurde zunächst, ob die beiden genannten Probleme mit der Pille „nie“, „selten“, „manchmal“, „häufig“ oder „immer“ auftreten.

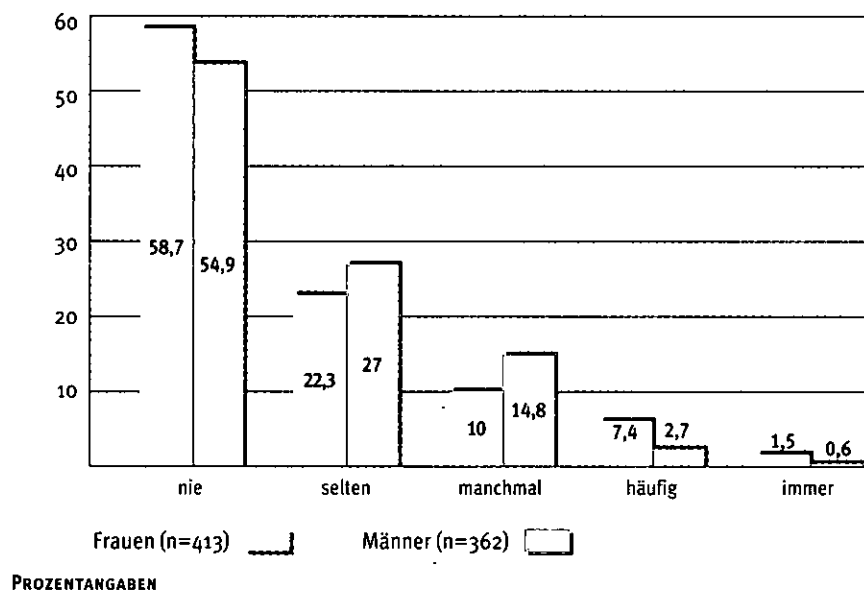
Wie die unterschiedlichen Höhen der Säulen in Abbildung 4.17 verdeutlichen, sind Nebenwirkungen bei den meisten der Befragten (57,0%) nie aufgetreten. Demgegenüber finden sich jedoch immerhin 43,0%, die mit Nebenwirkungen durch die Pilleneinnahme in unterschiedlicher Intensität zu tun haben oder hatten. Die Arten von möglichen Nebenwirkun-

gen wurden nicht erfragt. Die Schiefe der Verteilung zeigt einen abnehmenden Personenanteil, je häufiger die Schwierigkeit „Nebenwirkungen“ auftritt. 24,5% verspüren selten Nebenwirkungen und noch 6,3% leiden häufig (5,2%) oder immer (1,1%) unter ihnen. Bemerkenswert erscheint, daß der Anteil dieser beiden letztgenannten Kategorien geschlechtsspezifische Unterschiede aufweist: 8,9% der Frauen sind hier vertreten, jedoch nur 3,3% der Männer beziffern die Nebenwirkungen bei ihrer Partnerin mit diesen Begriffen. Dies könnte dahingehend interpretiert werden, daß Nebenwirkungen, die aus dem Pillengebrauch resultieren, von den hiervon nur mittelbar betroffenen Männern nicht in vollem Umfang wahrgenommen werden, während Frauen, die sie selbst an Körper und/oder Psyche erfahren, zu realistischeren Einschätzungen gelangen. Geringe Unterschiede zwischen den Altersgruppen deuten auf eine etwas höhere Betroffenheit der Älteren oder deren größeres Problembewußtsein hin. Ost-West-Unterschiede sind dagegen aufgrund des Datenmaterials nicht beobachtbar.

Abb. 4.17

NEBENWIRKUNGEN DURCH PILLENEINNAHME

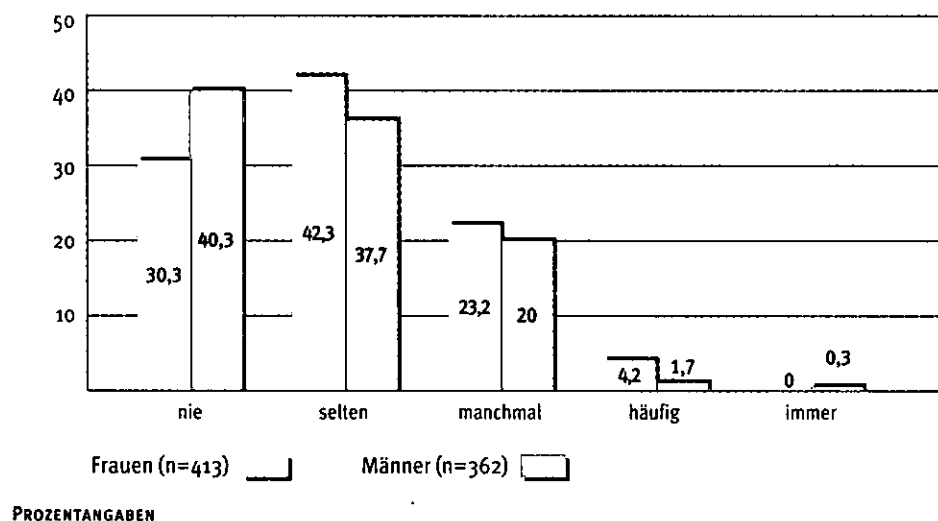
– NUR KOITUS- UND PILLENERFAHRENE –



Ein anderes Bild zeigt sich bei der in Abbildung 4.18 dargestellten Verteilung des Problems der vergessenen Einnahme von Pillenpräparaten. Mit 35,0% gelingt es nur gut einem Drittel der Befragten, die pünktliche Einnahme der Antibabypille nie zu versäumen. Dagegen laufen mit 3,1% der Frauen und Partnerinnen, denen dieses Mißgeschick häufig oder sogar

PILLENEINNAHME VERGESSEN

– NUR KOITUS- UND PILLENERFAHRENE –

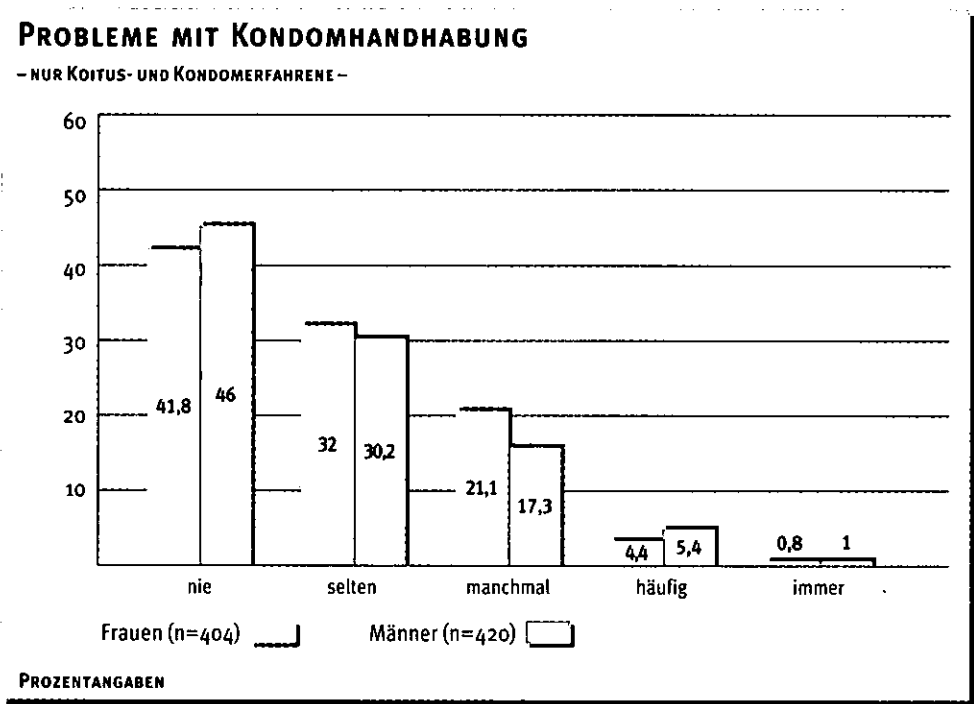


immer passiert, immerhin 24 Personen Gefahr, die empfängnisverhütende Wirkung der Pille zu gefährden. Weibliche Befragte haben mehr Probleme durch vergessene Pilleneinnahme (69,7% über alle Kategorien) als dies männliche Befragte von ihren Partnerinnen annehmen bzw. zu wissen glauben (59,6%). Westdeutsche erscheinen bei der akuraten Anwendung der Antibabypille offenbar sicherer als Ostdeutsche, während Altersunterschiede hier nicht feststellbar waren. Der zu dieser Frage vorgenommene Zeitvergleich zur Studie von 1994 ($\bar{x} = 2,3$) weist darauf hin, daß die Problematik der versäumten Pilleneinnahme bei den 1996 Befragten insgesamt signifikant geringer bewertet ($\bar{x} = 1,9$) wurde.

4.3.2 PROBLEME IM ZUSAMMENHANG MIT DEM GEBRAUCH VON KONDOMEN (FRAGEN 46 UND 47)

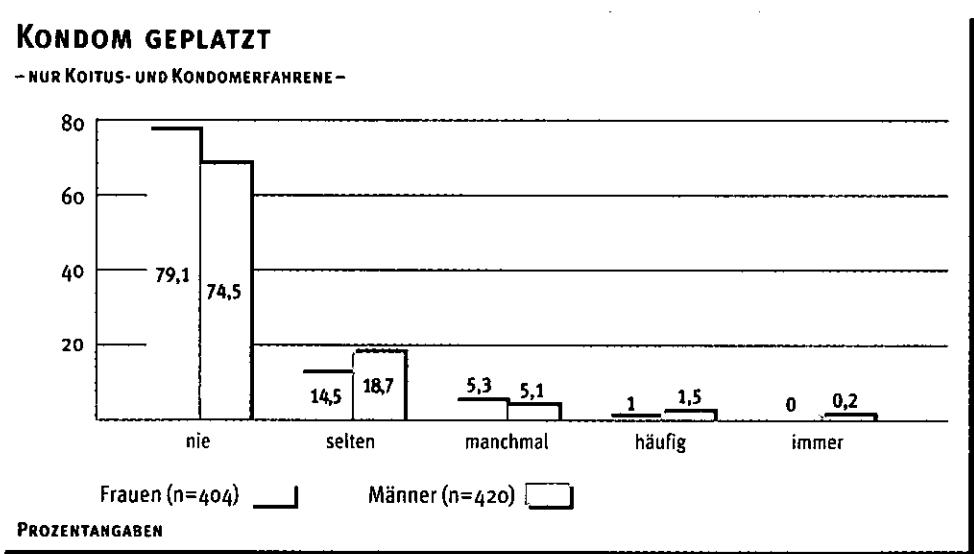
Auch bei der situativ bedingten Anwendung von Kondomen haben sich durch Pretest-ergebnisse zwei Schwierigkeiten als relevant erwiesen (vgl. Kapitel 2.1 und 2.2): die unter der Kategorie „Schwierigkeiten bei der Handhabung“ zusammengefaßten Probleme – wie etwa beim Überrollen des Präservativs – und das Platzen oder Reißen des Kondoms. Die 824 Personen, die bereits Kondome zur Verhütung anwendeten, machen 67,4% aller Befragten und 87,0% der Koituserfahrenen aus. Vor zwei Jahren hatte mit 84,1% ein etwas geringerer Anteil der Koituserfahrenen auch bereits mit Kondomen verhütet. Zwischen beiden Geschlechtern ist die Kondom Erfahrung etwa gleich groß, wie auch zwischen den Altersgruppen. Über die Häufigkeiten des Auftretens von Schwierigkeiten bei der Kondomhandhabung wurden folgende Angaben ermittelt.

Abb. 4.19



Nie Schwierigkeit(en) bei der Kondomanwendung zu haben, gaben 44,0% der in die Auswertung einbezogenen Befragten an. Zusammen mit den 31,0% und 19,3%, die „selten“ bzw. „manchmal“ mit diesem Handikap zu tun haben, kommt der überwiegende

Abb. 4.20



Anteil aller Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit der Kondomverhütung gut zurecht. Nur bei 5,8% (oder: 46 Personen) kommt es „häufig“ (4,9%) oder sogar „immer“ (0,9%) zu Problemen bei der Kondomanwendung. Männer bewerten das Kondom hierbei etwas schlechter als ihre Altersgenossinnen. Zwischen West- und Ostdeutschen und den Angehörigen aller Altersstufen besteht dagegen eine übereinstimmende Beurteilung: Der Umgang mit der Verhütungsmethode Kondom wird den Angaben zufolge von allen diesen Gruppen etwa gleich gut beherrscht. Auch im Zeitvergleich zu 1994 zeigt sich die zentrale Tendenz stabil.

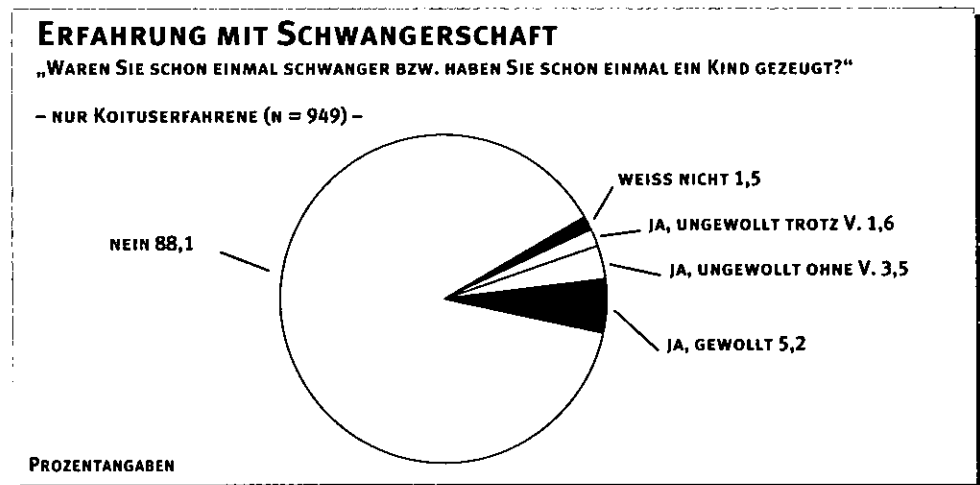
Vor dem durch unsachgemäße Anwendung und/oder Materialfehler bedingten Platzen oder Reißen des Kondoms beim Geschlechtsverkehr blieben mit 76,7% gut drei Viertel der Befragten bislang verschont. „Selten“ oder „manchmal“ widerfuhr dieses Mißgeschick 16,7% bzw. 5,2% der Personen. Nur sehr wenige (1,3%) gaben ein noch häufigeres Auftreten dieser Situation an. Die Aussagen von Befragten aus den neuen und aus den alten Bundesländern stimmen hier ebenso weitgehend überein, wie zwischen den beiden Geschlechtern und den vier Altersgruppen. Auch bei der Vorläuferstudie von 1994 wurden die Häufigkeiten dieser Situation annähernd gleich angegeben.

Auf Grundlage dieser Resultate ist das Kondom als eine gleichermaßen bewährte wie akzeptierte Verhütungsmethode anzusehen, die jedoch im Hinblick auf ihre Zuverlässigkeit mit einem Restrisiko behaftet bleibt, da die Auswirkungen eines geplatzten bzw. gerissenen Präservativs – unabhängig davon, ob dies durch das Produkt oder dessen unsachgemäßer Handhabung verursacht wird – von enormer Tragweite sein können.

4.3.3 ERFAHRUNG MIT SCHWANGERSCHAFTEN (FRAGE 51)

Die folgenreichste Konsequenz aus Schwierigkeiten mit der Anwendung von Verhütungsmethoden stellen ungewollte Schwangerschaften dar. Um den Umfang dieser Problematik

Abb. 4.21



zu ermitteln, wurde nach Erfahrungen mit Schwangerschaft(en) gefragt und worauf diese zurückzuführen sind.

Wie in Abbildung 4.21 dargestellt, hat der überwiegende Anteil (88,1%) der koituserfahrenen Befragten keine Erlebnisse mit Schwangerschaften. Gewollt schwanger waren (oder sind) 5,2% aller Befragten, die sich aus 7,2% der Frauen und 3,0% Partnerinnen von männlichen Befragten zusammensetzen. Auch mit ungewollten Schwangerschaften ohne und trotz Verhütung (insgesamt 3,5% bzw. 1,6%) wurden die weiblichen Befragungspersonen deutlich häufiger konfrontiert (zusammen 7,5%) als ihre männlichen Altersgenossen (zusammen 2,7%). Mit „weiß nicht“ antworteten 3,1% der Männer, was einem Anteil von 1,5% aller in diese Analyse einbezogenen Personen entspricht. Im Ost-West-Vergleich zeigt sich ein deutliches Gefälle: Ostdeutsche Befragte gaben deutlich häufiger an, mit gewollten Schwangerschaften/Zeugungen Erfahrungen zu haben als westdeutsche (8,7% gegenüber 3,5%). Auch bei ungewollten Schwangerschaften überragt der Anteil der in Ostdeutschland Betroffenen den derer in Westdeutschland deutlich (7,4% zu 3,9%). Die Tatsache, daß sogar 9,9% aller weiblichen Befragten zwischen 16 und 24 Jahren aus Ostdeutschland bereits mit ungewollten Schwangerschaften zu tun haben/hatten, verdeutlicht, daß hier ein spezifisches Problem vorhanden zu sein scheint, das gezielte Vorbeugungsmaßnahmen wünschenswert macht. Gegenüber den ermittelten Daten von 1994 ergaben sich für diese Fragestellung keine Veränderungen der einzelnen Anteile.



4.3.4 ZUSAMMENHANG VON VERHÜTUNGSMETHODEN UND UNGEWOLLTEN SCHWANGERSCHAFTEN (FRAGE 52)

Insgesamt 15 Personen, bei denen es trotz Anwendung einer Verhütungsmethode zu einer Schwangerschaft kam, wurden nach der Art der Verhütung gefragt, bei der dieses passierte. Um auch das möglicherweise wiederholte Auftreten dieser Situation berücksichtigen zu können, wurden Mehrfachantworten zugelassen. Von den gültigen Antworten wurde zehnmal die Pille, viermal das Kondom und je einmal die Temperaturmethode und „Aufpassen“ als Ursache für das Eintreten einer unerwünschten Schwangerschaft angeführt. Einmal wurde zudem mit „weiß nicht“ geantwortet. Die relativ hohe Anzahl von Antwortverweigerungen beim Fragekomplex zu Schwangerschaftserfahrung (1,5%) verdeutlicht, daß hier ein sehr persönlicher Bereich angesprochen wird. Daher ist davon auszugehen, daß hier einige Informationen im Verborgenen geblieben sind.

4.4

ZUSAMMENFASSUNG

Bezüglich des Informationsstandes ist zusammenfassend festzustellen, daß sich die Befragten beiderlei Geschlechts am besten über „Aids-Verhütung“ informiert fühlen. Geschlechtsspezifische Unterschiede zugunsten der weiblichen Befragten wurden dagegen

bei „Schwangerschaft“, „Leben mit eigenen Kindern“, „Schwangerschaftsabbruch“ und „Schwangerschaftsverhütung“ deutlich. Dies spiegelt sich auch beim Informationsgrad zu den einzelnen Verhütungsmethoden wider, wo Frauen über alle Methoden – mit Ausnahme des Kondoms und „Aufpassen“ – klar besser Bescheid wissen als Männer. Angehörigen beider Geschlechter sind Pille und Kondom deutlich bekannter als alle alternativen Verhütungsmethoden. Als wichtigste Informationsquellen zum Thema „Schwangerschaftsverhütung“ wurden Schule, Medien, die Mutter und Freunde genannt. Deutliche Geschlechtsunterschiede bestehen hier vor allem hinsichtlich der Bedeutung der Mutter und der ÄrztInnen (wichtiger für weibliche Befragte) und des Vaters (wichtiger für männliche Befragte). Defizitär ist das Wissen über den wahrscheinlichsten Empfängniszeitraum. Nur die Hälfte aller Befragten antwortete korrekt mit „etwa in der Mitte zwischen zwei Regelblutungen“. Der Umstand, daß sowohl die befragten jungen Frauen als auch die Koituserfahrenen besser informiert sind, kann nicht darüber hinwegtrösten, daß der Wissensstand insgesamt im Zeitvergleich gegenüber 1991 gesunken ist.

Die Erfahrung mit Verhütungsmethoden ist geschlechtsspezifisch. Die jungen Frauen sind erfahrener im Umgang mit der Pille. Die männlichen Befragten haben dagegen mehr Erfahrung mit dem Kondom gesammelt. Nach der derzeit überwiegend angewandten Verhütungsmethode gefragt, wird die Pille von den 16- bis 24jährigen am häufigsten genannt. Dies trifft vor allem auf weibliche und ältere Befragte sowie auf Personen mit fester Partnerschaft zu. Die männlichen Befragten greifen dagegen häufiger zum Kondom, das auch bei den jüngeren Altersgruppen beiderlei Geschlechts populärer ist. Interessant ist dieses Ergebnis auch vor dem Hintergrund, daß eine einmal gewählte Verhütungsmethode offenbar nur noch selten gewechselt wird. Knapp drei Viertel der 16- bis 24jährigen geben an, immer zu verhüten. Selten oder häufiger nicht verhütet hat im letzten Jahr etwa ein Viertel der Befragten, wobei männliche Befragte stärker vertreten sind.

Die spezifischen Probleme der Pillenanwendung – Nebenwirkungen und die vergessene Einnahme des Präparates – werden von Frauen deutlicher wahrgenommen. Die Häufigkeit der Einnahmeversäumnisse zeigt sich insgesamt jedoch rückläufig, wie auch der Anteil der Pillenerfahrenen gegenüber 1994 geringer geworden ist. Ein umgekehrter Trend ist beim Kondom feststellbar, wo der Anteil der erfahrenen Anwender gestiegen ist. Bezüglich der kondomspezifischen Probleme „Schwierigkeiten bei der Anwendung“ und „Platzen/ Reißen“ zeigt sich eine insgesamt eher positive Bewertung dieser Methode durch die Zielpersonen, die zwischen allen Subgruppen und im Zeitvergleich stabil bleibt. Sowohl mit gewollten als auch mit ungewollten Schwangerschaften wurden Frauen häufiger konfrontiert als Männer bzw. deren Partnerinnen. Bei den ostdeutschen Befragten liegen diese beiden Anteile höher als bei den westdeutschen. Schließlich hatte jede zehnte ostdeutsche Frau im Alter von 16 bis 24 Jahren bereits mit (mindestens) einer ungewollten Schwangerschaft zu tun.



EINFLUSS GESETZLICHER REGELUNGEN AUF DIE SCHWANGERSCHAFTSVERHÜTUNG

Obwohl Verhütungsmittel in Deutschland verfügbar sind, und Sexuaufklärung Bestandteil der Lehrpläne in Schulen ist²¹, treten ungewollte Schwangerschaften auf.²² Es ist davon auszugehen, daß eine unerwünschte Schwangerschaft gerade für junge Menschen eine große Belastung darstellt (zur Handlungsunsicherheit bei ungewollter Schwangerschaft vgl. Kapitel 4.2). Im Sinne der Forderung, ungewollte Schwangerschaften zu verhindern²³ sowie des Anspruchs auf Beratung über Fragen der Sexuaufklärung, Verhütung, Familienplanung und Schwangerschaft für jede Frau und jeden Mann²⁴, ist es von besonderem Interesse, die Auswirkungen gesetzlicher Regelungen auf das Verhütungsverhalten zu untersuchen. Hier wird die Wirksamkeit politischer Maßnahmen deutlich bzw. werden Defizite und mögliche Handlungsperspektiven zur Verbesserung dieser Maßnahmen aufgezeigt. In Kapitel 5 werden drei Aspekte beleuchtet: erstens die gesetzliche Regelung zur Finanzierung der Pille für junge Frauen durch die Krankenkassen; zweitens die Diskussion um die Nebenwirkungen einiger Antibabypillen und die Einschränkung der Verschreibung dieser Präparate durch den Gesetzgeber; sowie drittens Einstellungen und Informationen zur Neuregelung des § 218 StGB.

5.1

GESETZLICHE REGELUNG ZUR FINANZIERUNG DER ANTIBABYPILLE FÜR JUNGE FRAUEN DURCH DIE KRANKENKASSEN

Dieser Abschnitt beschäftigt sich mit dem Einfluß, den die gesetzliche Regelung zur Finanzierung der Pille durch die Krankenkassen für junge Frauen bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres auf die tatsächlich angewandten Verhütungsmethoden der 16- bis 24jährigen ausübt. Um mögliche Potentiale zur Verbesserung der Informationsstruktur offenzulegen, werden neben dem Bekanntheitsgrad dieser Regelung unter den Befragten auch die Informationsquellen dargestellt. Dadurch können Unterschiede zwischen der Absicht der öffentlichen Aufklärung und der Zielsetzung von Gesetzen einerseits, und der Wahrnehmung dieser Instrumente durch die Zielgruppe andererseits, erörtert werden. Darüber hinaus wird diskutiert, ob und inwieweit auch Kondome von den Krankenkassen finanziert werden sollten. Danach wird die Akzeptanz der gesetzlichen Regelung zur Finanzierung der Pille durch die Krankenkassen anhand ihrer Inanspruchnahme durch die jungen Frauen dargestellt. Schließlich wird der Frage nachgegangen, ob sich die jungen Frauen aufgrund dieser Regelung für die Antibabypille entschieden haben. Anhand dieser Daten soll dargestellt werden, ob eine solche gesetzliche Regelung das Verhütungsverhalten junger Menschen beeinflußt bzw. ob diese Regelung einen Beitrag zur besseren Primärprävention unerwünschter Schwangerschaften leistet.²⁵

21 vgl. BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDEITLICHE AUFKLÄRUNG (1995a)

22 Genaue Zahlenangaben für ungewollte Schwangerschaften in 1996 für diese Altersgruppe sind sehr schwer zu ermitteln.

23 vgl. PLIES, NICKEL & SCHMIDT (1995) S. 40f.

24 vgl. Presse- und Informationsamt der Bundesregierung (1996) S. 76f.

5.1.1 FINANZIERUNG DER PILLE DURCH DIE KRANKENKASSEN (FRAGE 34)

Die kostenlose Abgabe der Pille an junge Frauen bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres, d. h. bis zu dem Tag, an dem eine Frau 20 Jahre alt wird, kann nur Einfluß auf das Verhütungsverhalten der 16- bis 24jährigen haben, wenn diese Regelung den Befragten bekannt ist. Abbildung 5.1 zeigt, ob die Zielgruppe Kenntnis von dieser Möglichkeit hat.

Abb. 5.1

INFORMATIONEN ÜBER PILLENFINANZIERUNG DURCH DIE KRANKENKASSEN						
	GESAMT '94 (n=1308)	GESAMT '96 (n=1223)	MÄNNER (n=615)	FRAUEN (n=608)	OST (n=405)	WEST (n=818)
ja	53,1	59,6	44,2	75,2	70,4	54,3
nein	46,9	40,1	55,4	24,7	19,4	45,5
keine Angabe	0	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2
PROZENTANGABEN						

Nur knapp 60% der Befragten sind darüber informiert, daß die Pille für junge Frauen bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres von den Krankenkassen bezahlt wird. Es zeigen sich jedoch signifikante Unterschiede zwischen den Subgruppen. So sind junge Frauen deutlich besser informiert als junge Männer. Dieses Ergebnis ist nicht verwunderlich, da die Frauen unmittelbar von dieser Regelung Gebrauch machen können. Dies zeigt jedoch auch, daß junge Frauen stärker als ihre männlichen Altersgenossen die Verantwortung für die Verhütung übernehmen bzw. sich darum kümmern. Noch nicht einmal die Hälfte der befragten jungen Männer und auch nur 58% derjenigen mit fester Partnerin, hat von der gesetzlichen Regelung zur Finanzierung der Pille durch die Krankenkassen gehört. Hier besteht offensichtlich ein Informationsdefizit.

Es zeigt sich weiterhin, daß die Befragten aus den neuen Bundesländern signifikant besser über die gesetzliche Regelung zur Finanzierung der Pille informiert sind. In Westdeutschland wissen nur 54,3% hiervon, in Ostdeutschland sind es 70,4% der Befragten. Immerhin läßt sich ein Bekanntheitsanstieg im Vergleich zu den Befragten 1994 feststellen: Wußten

25 Da wir vermuten, daß die gesetzliche Regelung zur Finanzierung der Pille nicht sehr bekannt ist, haben wir im Rahmen dieser Studie versucht, Informationen nicht nur von der Zielgruppe zu bekommen, sondern darüber hinaus auch von Anbietern und beratenden Institutionen. Daher wurden auch die Bundesverbände der Krankenkassen und die Dachverbände der Beratungsstellen mit der Bitte angeschrieben, einen kleinen Fragebogen über den Bekanntheitsgrad und die Inanspruchnahme der gesetzlichen Regelung zur Finanzierung der Pille sowie über ihre Art der Informationsweitergabe an die Betroffenen auszufüllen. Dieser Fragebogen ist nur auf sehr wenig Resonanz gestoßen, so daß eine Darstellung der Ergebnisse hier nicht sinnvoll ist. Es ist anzunehmen, daß die geringe Teilnahmemotivation entweder auf die Art der Fragestellungen oder aber auf mangelnde Informationen in den Bundesverbänden der Krankenkassen und Beratungsstellen zurückzuführen ist. Außerdem ist es möglich, daß die von uns angesprochene Zielgruppe (Bundesebene) für diesen Bereich nicht zuständig ist. An dieser Stelle wäre zu überlegen, ob nicht eine gesonderte Befragung in den Geschäftsstellen vor Ort aussagekräftigere Ergebnisse zutage fördern würde.

1994 53,1% der Befragten von der Möglichkeit, die Pille kostenlos beziehen zu können, so sind es 1996 immerhin 6,5% mehr.

5.1.2 INFORMATIONSENQUELLEN ÜBER DIE GESETZLICHE REGELUNG ZUR FINANZIERUNG DER PILLE DURCH DIE KRANKENKASSEN (FRAGE 35)

Informationen über die gesetzliche Regelung zur Finanzierung der Pille durch die Krankenkassen erhalten die 16- bis 24-jährigen in erster Linie von ihrem Arzt/ihrer Ärztin (40,5%), von FreundInnen (32,2%) und aus den Medien (19,4%). Danach werden von den Befragten die Mutter (18,9%), die Krankenkassen (13,8%), Aufklärungsbroschüren (13,2%), der Partner/die Partnerin (9,9%) und die Schule (9,4%) als weitere Informationsquellen genannt. Nur wenige beziehen ihre Kenntnisse von den Geschwistern (3,6%), Beratungsstellen (2,5%) und vom Vater (2,5%). Abbildung 5.2 zeigt die Bedeutung der Informationsquellen getrennt für weibliche und männliche Befragte.

Zwischen weiblichen und männlichen Befragten bestehen signifikante Unterschiede bei der Art der Informationsquellen. 57,7% der weiblichen Befragten nennen den Arzt/die Ärztin als wichtigste Informationsquelle, gefolgt von der Mutter und dem Freundeskreis. Während der Partner als Informationsquelle bei jungen Frauen nur eine geringe Rolle spielt, verhält es sich bei den männlichen Befragten umgekehrt. Die Partnerin nimmt den Rang der zweitwichtigsten Informationsquelle ein: 25,4% der jungen Männer haben ihr Wissen um die Finanzierung der Pille durch die Krankenkassen von ihrer Partnerin. An erster Stelle nennen die männlichen Befragten ihre Freunde, an dritter Stelle die Medien.

Zwischen den Befragten aus den neuen und alten Bundesländern lassen sich keine gravierenden Unterschiede feststellen. In Ostdeutschland haben lediglich die Medien einen signifikant höheren Stellenwert als Informationsquelle (23,7% in Ostdeutschland und 16,7% in Westdeutschland). Im Vergleich zu 1994 fällt vor allem auf, daß die Rolle der Medien bei der Informationsweitergabe deutlich zurückgegangen ist: Gaben 1994 noch 28,1% der Befragten an, ihre Informationen durch Medien (Radio, Fernsehen, Zeitschriften etc.) zu erhalten, so sind es 1996 nur noch 19,4%.

Bildungsunterschiede treten bei einzelnen Informationsquellen auf. Allerdings sind diese Unterschiede nicht signifikant, so daß sich lediglich ein Trend vermuten läßt. Diejenigen mit niedriger Bildung beziehen ihre Informationen häufiger vom Vater und von den Geschwistern sowie vom Partner/von der Partnerin. Der familiäre Zusammenhang spielt hier möglicherweise eine wichtigere Rolle. Diejenigen mit höherer Bildung geben dagegen häufiger Beratungsstellen und sogar signifikant häufiger Aufklärungsbroschüren als Informationsquelle an.

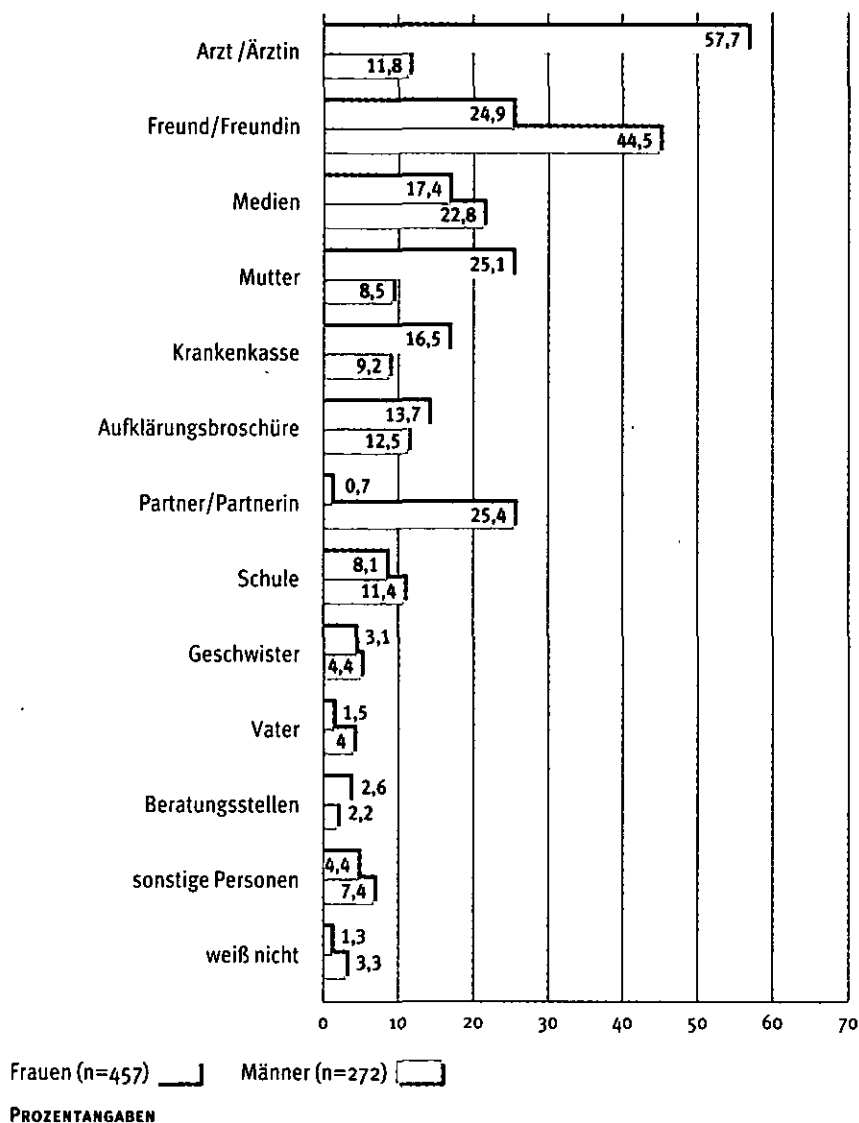
Deutlich geworden ist, daß die Schule/LehrerInnen bei der Informationsweitergabe der gesetzlichen Regelung zur Finanzierung der Pille, anders als beim Thema Schwangerschaftsverhütung (vgl. Kap. 4.1.3), in der Wahrnehmung der Befragten nur eine untergeordnete Rolle spielen. Bedenkt man, daß nur knapp 60% überhaupt von der gesetzlichen Regelung

zur Finanzierung der Pille durch die Krankenkassen wissen und nur 9,4% davon ihre Informationen durch die Schule/LehrerInnen beziehen, zeigt sich ein Informationsdefizit bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Damit die Wirkung der gesetzlichen Regelung und das Ziel einer verbesserten Primärprävention nicht verpuffen, erscheint es vielversprechend, Informationen über die Möglichkeit der Finanzierung der Pille durch die Krankenkassen gezielt und verstärkt in Schulen weiterzugeben.

Abb. 5.2

INFORMATIONSQUELLEN PILLENFINANZIERUNG

– NUR INFORMIERTE –



5.1.3 ANSICHTEN DARÜBER, OB KONDOME VON DEN KRANKENKASSEN BEZAHLT WERDEN SOLLTEN (FRAGE 36)

Auf die Frage, ob nach ihrer Meinung auch Kondome von den Krankenkassen finanziert werden sollten, geben über 60% der 16- bis 24-jährigen eine zustimmende Antwort. Im einzelnen sind 42,8% uneingeschränkt dafür und 23,3% für eine Finanzierung bis zu einem bestimmten Betrag und Alter. 19,7% sprechen sich gegen die Finanzierung von Kondomen durch die Krankenkassen aus und 13% haben hierzu keine Meinung. Die Tatsache, daß über die Hälfte der Befragten eine Finanzierung auch von Kondomen durch die Krankenkassen befürwortet, verdeutlicht die positive Bewertung der kostenlosen Bereitstellung von Verhütungsmitteln. Hier zeichnet sich eine Möglichkeit ab, den Schutz vor unerwünschten Schwangerschaften zu erhöhen und die Aids-Prävention wirksam zu verbessern.

5.1.4 INANSPRUCHNAHME DER GESETZLICHEN REGELUNG ZUR FINANZIERUNG DER PILLE DURCH DIE KRANKENKASSEN (FRAGE 53)

Etwa ein Drittel der koituserfahrenen Befragten (32,1%) nimmt die gesetzliche Regelung zur Finanzierung der Pille in Anspruch. 17,3% geben an, früher von dieser Regelung Gebrauch gemacht zu haben. 14,4% der Befragten verhüten mit einer anderen Methode und ein knappes Drittel (32,2%) hat die Altersgrenze bereits überschritten. Abbildung 5.3 gibt Auskunft über die Inanspruchnahme der gesetzlichen Regelung zur Finanzierung der Pille durch die Krankenkassen.

Abb. 5.3

INANSPRUCHNAHME DER PILLENFINANZIERUNG DURCH DIE KRANKENKASSEN						
- NUR KOITUSERFAHRENE -						
	GESAMT '94 (n=1048)	GESAMT '96 (n=949)	MÄNNER (n=462)	FRAUEN (n=487)	OST (n=314)	WEST (n=635)
ja	33,3	32,1	34,2	30,2	39,5	28,5
nein, aber früher	8,8	17,3	13,4	20,9	20,4	15,7
nein, andere Methode	21,9	14,4	17,5	11,5	13,1	15,1
nein, älter als 20 Jahre	31,5	32,2	28,8	35,5	22,3	37,2
keine Angabe	4,6	3,9	6,1	1,8	4,8	3,5
PROZENTANGABEN						

Signifikante Gruppenunterschiede bei der Inanspruchnahme der gesetzlichen Regelung zur Finanzierung der Pille treten zwischen den Geschlechtern und zwischen ost- und westdeutschen Befragten auf. Nach Angabe der männlichen Befragten nutzen ihre Partnerinnen dieses Modell häufiger als weibliche Befragte. Allerdings haben mehr weibliche Befragte als Partnerinnen männlicher Befragter früher von dieser Regelung Gebrauch gemacht. Ebenso

nehmen die Befragten aus den neuen Bundesländern diese Regelung deutlich häufiger in Anspruch oder haben diese früher in Anspruch genommen.

Die Abbildungen 5.4 und 5.5 veranschaulichen den gegenläufigen Trend zwischen jungen Frauen und Partnerinnen junger Männer. Verglichen mit der Studie 1994 ist ein Rückgang in der Inanspruchnahme der gesetzlichen Regelung bei jungen Frauen zu beobachten.

Abb. 5.4

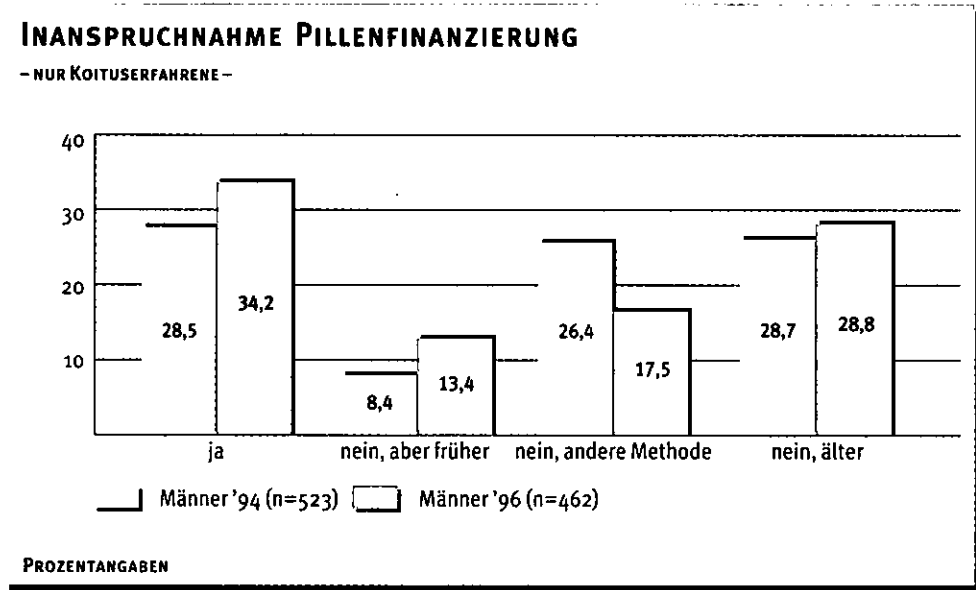
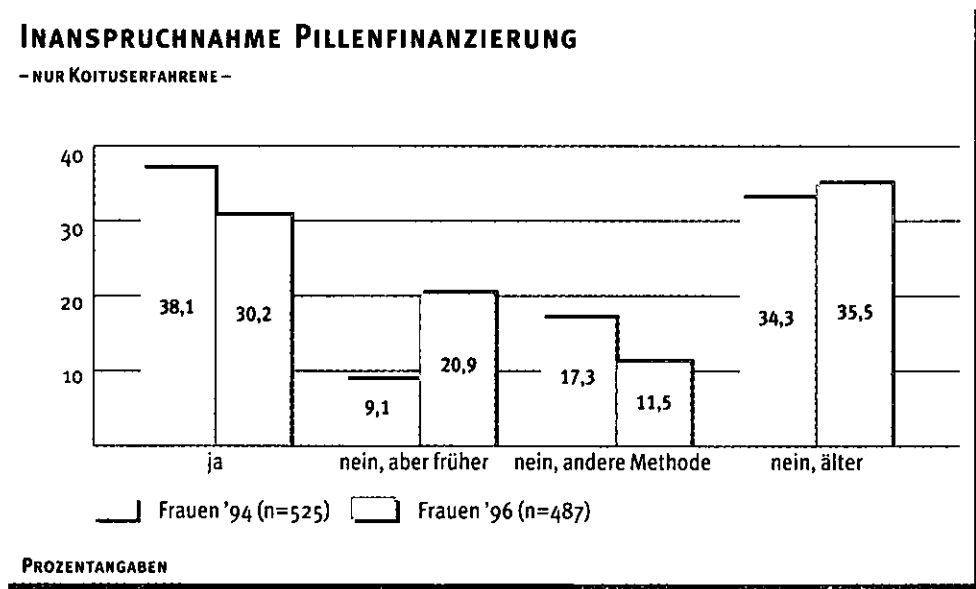
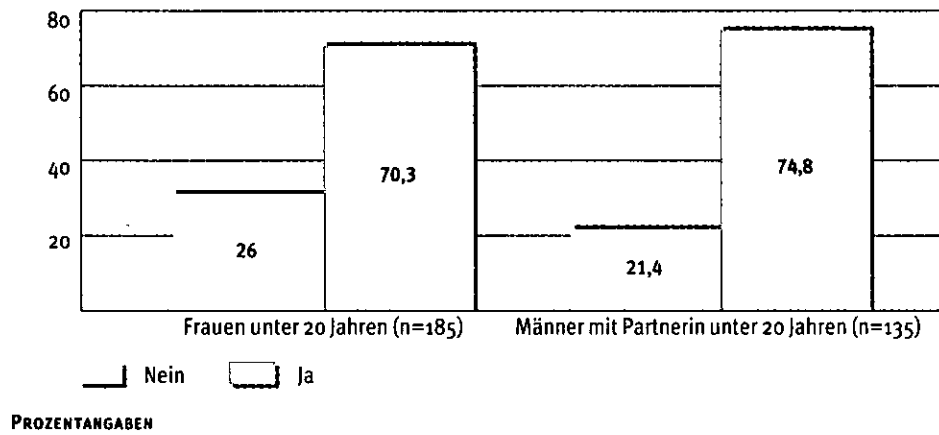


Abb. 5.5



INANSPRUCHNAHME PILLENFINANZIERUNG

- NUR KOITUSERFAHRENE UND POTENTIELLE NUTZERINNEN -



Gleichzeitig geben aber deutlich mehr weibliche Befragte als noch 1994 an, früher von dieser Regelung Gebrauch gemacht zu haben.²⁶ Weiter fällt auf, daß die Partnerinnen männlicher Befragter häufiger die gesetzliche Regelung zur Finanzierung der Pille durch die Krankenkassen in Anspruch nehmen als noch vor zwei Jahren.

Abbildung 5.6 zeigt den Anteil derjenigen, die die gesetzliche Regelung zur Finanzierung der Pille durch die Krankenkassen in Anspruch nehmen, gemessen an allen, die potentiell von dieser Regelung Gebrauch machen können.

Es wird deutlich, daß eine Mehrheit der potentiellen Nutzerinnen, die die Möglichkeit hat, sich die Pille von der Krankenkasse bezahlen zu lassen, diese auch in Anspruch nimmt. Mehr als zwei Drittel der befragten jungen Frauen (70,3%) und sogar knapp drei Viertel der Partnerinnen der befragten jungen Männer (74,8%) machen von dieser Regelung Gebrauch. Hier zeigt sich erneut die überaus gute Annahme dieser Maßnahme, sofern sie bekannt ist. Dieses Ergebnis darf allerdings nicht darüber hinwegtäuschen, daß immerhin ein knappes Viertel der weiblichen Befragten und sogar mehr als die Hälfte der männlichen Befragten im Alter von 16 bis 24 Jahren noch nicht von der Möglichkeit der Finanzierung der Pille durch die Krankenkassen gehört hat. Bei der potentiellen Zielgruppe (Frauen unter 20 Jahren und Männer mit einer Partnerin unter 20 Jahren) sind immerhin 85,4% der weiblichen und 63% der männlichen Befragten über die gesetzliche Regelung zur Finanzierung der Pille durch die Krankenkassen informiert.

26 Die gesetzliche Regelung zur Finanzierung der Pille durch die Krankenkassen trat im Jahre 1992 in Kraft, vgl. Presse- und Informationsamt der Bundesregierung (1996): S. 6. Im Schwangeren- und Familienhilfegesetz vom 29. Juli 1992 ist festgelegt, daß Antikontrazeptiva und Intrauterinpessare bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres auf Kassenrezept verordnet werden können. Das Gesundheitsstrukturgesetz stellt ergänzend dazu klar, daß minderjährige Versicherte generell von der Zuzahlung befreit sind, Versicherte im Alter von 18 und 19 Jahren jedoch die gesetzliche Zuzahlung zu leisten haben.

5.1.5 EINFLUSS DER FINANZIERUNG DER PILLE DURCH DIE KRANKENKASSEN AUF DAS VERHÜTUNGSVERHALTEN (FRAGEN 54 UND 55)

Um herauszufinden, inwieweit die gesetzliche Regelung zur Pillenfinanzierung Einfluß auf das tatsächliche Verhütungsverhalten der Zielgruppe hat, wurden diejenigen, die diese Regelung in Anspruch nehmen ($n = 308$) gefragt, ob sie zuvor eine andere Verhütungsmethode angewendet haben. 23,4% der Befragten geben an, zuvor mit einer anderen Methode verhütet zu haben. 54,2% haben auch schon vorher mit der Pille verhütet, und 22,1% haben keine Verhütungsmethode(n) angewendet. Zwischen weiblichen und männlichen Befragten treten hier keine signifikanten Unterschiede auf, wohl aber zwischen Ost- und Westdeutschen. In Westdeutschland haben wesentlich mehr Befragte, die die gesetzliche Regelung zur Pillenfinanzierung durch die Krankenkassen in Anspruch nehmen, ihre Verhütungsmethode gewechselt und nehmen jetzt die Pille (26,9% gegenüber 18,3% in Ostdeutschland).

Diejenigen, die mittlerweile die Finanzierung der Pille durch die Krankenkassen nutzen und zuvor eine andere Methode angewendet haben ($n = 72$)²⁷, wurden gefragt, ob sie sich aus dem Grund für die Pille entschieden haben, weil diese jetzt von den Krankenkassen bezahlt wird. Knapp 30% ($n = 21$) bejahen diese Frage. Gruppenunterschiede treten nicht auf.

5

5.2 DISKUSSION UM DIE NEBENWIRKUNGEN EINIGER ANTIBABYPILLEN

Im Herbst 1995 sind die Nebenwirkungen einiger Antibabypillen in der Öffentlichkeit diskutiert worden. Der Gesetzgeber hat aufgrund der Risiken die Verschreibung bestimmter Präparate eingeschränkt: ÄrztInnen dürfen Frauen, die zum erstenmal die Pille einnehmen wollen und unter dreißig Jahre alt sind, einige Pillensorten nicht mehr verschreiben.²⁸ Wie diese Diskussion damals in der Bevölkerung aufgenommen wurde und welche Reaktionen sie unmittelbar hervorgerufen hat, ist bereits in einer Telefonumfrage ermittelt worden.²⁹ Ob diese Diskussion jedoch längerfristige Auswirkungen auf das Verhütungsverhalten der heute 16- bis 24jährigen hat, ist Gegenstand der folgenden Darstellung. Zunächst wurde gefragt, ob die Zielgruppe von dieser Diskussion gehört hat, ob und wie sie reagiert hat und schließlich, ob sie weitere Informationen über das Thema wünscht.

27 Aufgrund der Filterführung in dieser Befragung konnten leider nur diejenigen berücksichtigt werden, die zuvor eine andere Methode angewendet haben, nicht jedoch diejenigen, die zuvor keine Verhütungsmethode angewendet haben. Es wäre jedoch auch möglich, daß sich einige dieser Gruppe ebenfalls für die Pille entschieden haben, weil sie von den Krankenkassen bezahlt wird.

28 vgl. BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (1995c) und Frankfurter Rundschau (1997)

29 vgl. BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG, (Hrsg.) (1995b). Hier ist anzumerken, daß ein Vergleich der Ergebnisse mit dieser Studie nur bedingt aussagekräftig ist, da sich Stichprobe und Erhebung unterscheiden.

5.2.1 KENNTNIS ÜBER DIE NEBENWIRKUNGEN EINIGER PILLENPRÄPARATE (FRAGE 129)

Fast drei Viertel der Befragten haben Kenntnis über die Diskussion um Nebenwirkungen einiger Pillenpräparate, 27,5% haben bislang nicht davon gehört.³⁰ Abbildung 5.7 zeigt den Kenntnisstand für junge Männer und Frauen und für Befragte aus den neuen und alten Bundesländern.

Junge Frauen haben signifikant mehr Kenntnis von der Diskussion um die Nebenwirkungen einiger Antibabypillen als ihre männlichen Altersgenossen. Nur 62,3% der jungen Männer haben von dieser Diskussion gehört, aber 82,9% der jungen Frauen. Gleiches gilt für die Befragten aus West- und Ostdeutschland. Während 70% der Befragten aus den alten Bundesländern um die möglichen Nebenwirkungen einiger Antibabypillen wissen, sind es in den neuen Bundesländern 77,5%.

Abb. 5.7

DISKUSSION UM DIE NEBENWIRKUNGEN EINIGER ANTIBABYPILLEN					
	GESAMT (n=1223)	MÄNNER (n=615)	FRAUEN (n=608)	OST (n=405)	WEST (n=818)
davon gehört	72,5	62,3	82,9	77,5	70,0
nicht davon gehört	27,5	37,7	17,1	22,5	30,0
PROZENTANGABEN					

5.2.2 REAKTIONEN AUF DIE DISKUSSION UM DIE NEBENWIRKUNGEN EINIGER ANTIBABYPILLEN (FRAGE 130)

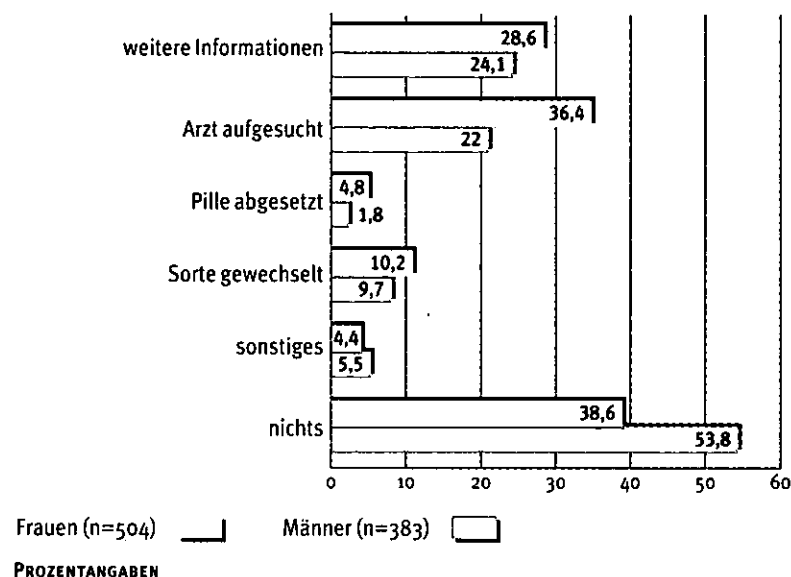
Während knapp die Hälfte (45,2%) der heute 16- bis 24jährigen, die über die Diskussion um die Nebenwirkungen einiger Antibabypillen informiert sind, nichts weiter unternommen haben, haben die anderen 54,8% auf verschiedene Weise reagiert: Die meisten haben ihren Arzt aufgesucht (30,2%) und/oder weitere Informationen eingeholt (26,7%). Nur 3,5% haben die Pille abgesetzt, immerhin 10% haben die Pillensorte gewechselt. Offensichtlich ist es aufgrund der Diskussion aber nicht zu größeren Veränderungen im Verhütungsverhalten gekommen.³¹ Abbildung 5.8 zeigt die Reaktionen getrennt für weibliche und männliche Befragte.

30 Unmittelbar nach dem Bekanntwerden der Diskussion um die Nebenwirkungen einiger Antibabypillen hatten 88% der befragten Frauen zwischen 16 und 49 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland von dieser Diskussion gehört, vgl. BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (Hrsg.) (1995) S. 7.

31 Vgl. Frankfurter Rundschau vom 10. 2. 1996, für die Altersgruppe der 16- bis 24jährigen konnte nicht bestätigt werden, daß jede fünfte Frau die Pillensorte gewechselt hat.

REAKTIONEN AUF DISKUSSION UM NEBENWIRKUNGEN

NUR INFORMIERTE



5

Auffällig ist zunächst, daß zwischen weiblichen und männlichen Befragten keine großen Unterschiede bestehen. Die befragten jungen Frauen haben jedoch signifikant öfter ihren Arzt/ihre Ärztin aufgesucht und die Pille abgesetzt als die Partnerinnen der befragten jungen Männer. Die männlichen Befragten geben hingegen signifikant häufiger an, daß ihre Partnerin nichts unternommen habe. Zwischen ost- und westdeutschen Befragten bestehen keine nennenswerten Unterschiede. In den alten Bundesländern haben lediglich signifikant mehr junge Frauen ihren Arzt aufgesucht als in den neuen Bundesländern.

Bezieht man Bildungsunterschiede in die Analyse ein, so zeigt sich, daß junge Frauen sich mit steigendem Bildungsniveau signifikant häufiger informiert haben. Dagegen haben Personen mit niedriger Bildung vermehrt den Arzt/die Ärztin aufgesucht. Das kann als ein Hinweis angesehen werden, daß diese Frauen sich über ihren Arzt/ihre Ärztin informiert und auf diesem Weg ein mögliches Informationsdefizit ausgeglichen haben. Die Tatsache, daß gerade Frauen mit niedriger Bildung eher die Pille abgesetzt haben, konnte in dieser Studie nicht bestätigt werden. Nur knapp 6% mit niedriger Bildung haben auf diese Weise reagiert.³²

³² vgl. BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (Hrsg.) (1995): S. 13, nach dieser Umfrage haben 14% der Frauen zwischen 16 und 49 Jahren mit einfacher Schulbildung (ohne Lehre) auf diese Weise reagiert.

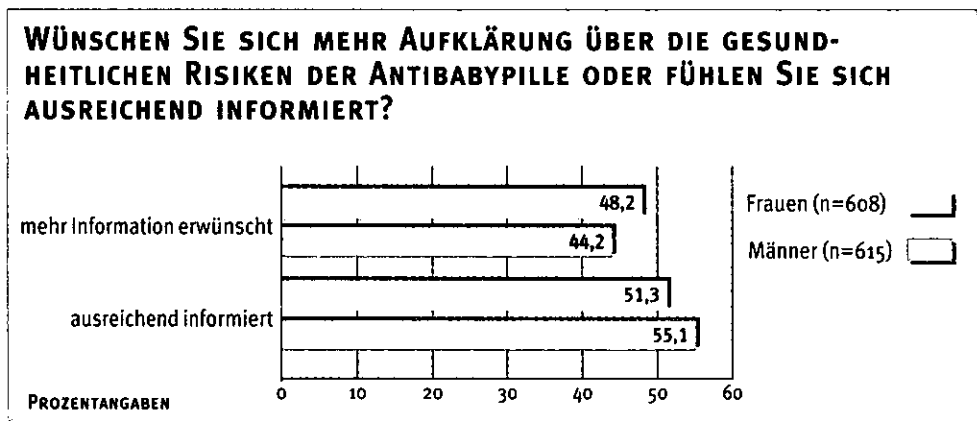
Offensichtlich haben die jungen Frauen sich langfristig mit den Risiken der Antibabypille beschäftigt, ohne unmittelbar zu reagieren. Ein Jahr nach der Diskussion in den Medien haben sich mehr der befragten Frauen informiert und/oder ihren Arzt/ihre Ärztin aufgesucht, weniger haben dagegen nichts unternommen.³³ Dieses Ergebnis zeigt, daß sich die Altersgruppe der 16- bis 24jährigen durchaus mit den Risiken der Pillenanwendung beschäftigt. Einschneidende Veränderungen im Verhütungsverhalten wie das Absetzen der Pille oder ein Wechsel der Methode bleiben aber bisher aus. In diesem Zusammenhang ist jedoch zu bedenken, daß nicht alle Frauen, die die Pille nehmen, gleichermaßen betroffen sind, da nur bei bestimmten Präparaten die folgenreichen Nebenwirkungen festgestellt wurden. Wie der folgende Abschnitt zeigt, besteht aber ein Bedürfnis nach weiteren Informationen.

5.2.3 INFORMATIONSBEDARF BEZÜGLICH DER NEBENWIRKUNGEN DER PILLE (FRAGE 131)

Grundsätzlich besteht ein hoher Informationsbedarf in der Gruppe der 16- bis 24jährigen. Etwas mehr als die Hälfte der Befragten (53,2%) fühlt sich ausreichend über die Nebenwirkungen der Pille informiert. Dementsprechend wünschen sich 46,2% weitere Informationen. Die folgenden Abbildungen zeigen den Informationsbedarf getrennt nach Geschlecht und Befragungsgebiet.

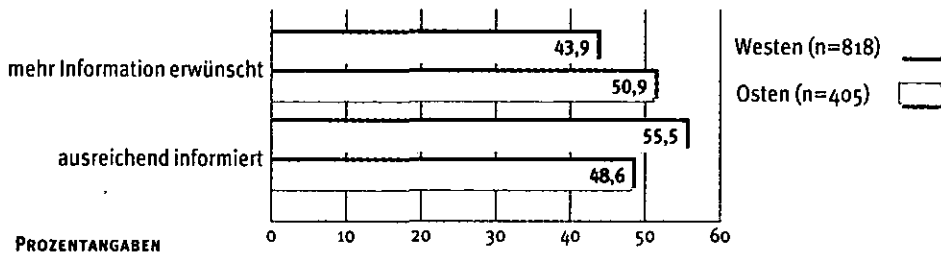
Es bestehen nur unwesentliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern bezüglich des Informationsbedarfs zu den gesundheitlichen Risiken der Antibabypille. Die ostdeutschen Befragten wünschen sich hingegen signifikant mehr Informationen als ihre Altersgenossen in Westdeutschland, obwohl mehr Ost- als Westdeutsche von der Diskussion um die Nebenwirkungen einiger Antibabypillen gehört haben.

Abb. 5.9 a



33 vgl. BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFLÄRUNG (1995b, S. 13)

WÜNSCHEN SIE SICH MEHR AUFKLÄRUNG ÜBER DIE GESUNDHEITLICHEN RISIKEN DER ANTIBABYPILLE ODER FÜHLEN SIE SICH AUSREICHEND INFORMIERT?



5.3

NEUREGELUNG DES § 218 STGB

Wie die persönliche Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch beeinflussen auch bestehende Gesetze das Verhütungsverhalten, da sie den Umgang mit unerwünschten Schwangerschaften regeln. Wie in Kapitel 4 dargestellt, beantworten die 16- bis 24-jährigen die fiktive Verhaltensfrage, was sie im Falle einer jetzt auftretenden Schwangerschaft tun würden, mehrheitlich mit „weiß nicht“. Das läßt auf eine recht große Unsicherheit im Falle einer solchen Situation schließen. In diesem Teil des Kapitels werden zunächst die grundsätzlichen Einstellungen der Befragten zu einem Schwangerschaftsabbruch dargestellt. Der Neuregelung des § 218 vom August 1995 ging eine politische Auseinandersetzung voraus, in deren Folge das Gesetz zweimal geändert wurde.³⁴ Im Rahmen dieser Studie wurde daher auch gefragt, wie gut sich die Jugendlichen und jungen Erwachsenen über die Neuregelung des § 218 StGB informiert fühlen und wie sie einzelne Aspekte dieser Regelung beurteilen.

5.3.1 EINSTELLUNG ZUM SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH (FRAGE 110)

Um die grundsätzliche Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch festzustellen, wurde den Befragten eine Liste mit Aussagen von „ich bin unter allen Umständen gegen einen Schwangerschaftsabbruch“ mit Zwischenabstufungen bis hin zu „ein Schwangerschaftsabbruch sollte in den ersten drei Monaten erlaubt sein“ (Fristenlösung ohne Beratungsgespräch), vorgelegt. Die Antworten verteilen sich wie folgt:

³⁴ vgl. Presse- und Informationsamt der Bundesregierung (1996)

„Ich bin unter allen Umständen gegen einen Schwangerschaftsabbruch.“	13,5%
„Ein Schwangerschaftsabbruch sollte nur aus medizinischen Gründen erlaubt sein.“	13,2%
„Ein Schwangerschaftsabbruch sollte aus medizinischen, aber auch aus sozialen Gründen erlaubt sein.“ (Indikationsmodell)	29,9%
„Ein Schwangerschaftsabbruch sollte in den ersten drei Monaten allgemein erlaubt sein, wenn ein Beratungsgespräch erfolgt.“ (Fristenlösung mit Beratungspflicht)	20,8%
„Ein Schwangerschaftsabbruch sollte in den ersten drei Monaten allgemein erlaubt sein, ohne daß ein Beratungsgespräch erfolgt.“ (Fristenlösung ohne Beratungspflicht)	14%
„Habe dazu keine Meinung, weiß nicht.“	7,9%

Die meisten der 16- bis 24jährigen befürworten das Indikationsmodell, nach dem medizinische und soziale Gründe einen Schwangerschaftsabbruch erlauben. 20,8% sprechen sich für die Fristenlösung mit und 14% für die Fristenlösung ohne Beratungspflicht aus. 13,2% sind der Meinung, ein Schwangerschaftsabbruch sollte nur aus medizinischen Gründen erlaubt sein und 13,5% äußern sich grundsätzlich gegen die Möglichkeit, einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen zu lassen. Knapp 8% haben hierzu keine Meinung. Abbildung 5.10 zeigt die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch nach Geschlecht und Befragungsgebiet.

Zwischen den Geschlechtern bestehen signifikante Unterschiede hinsichtlich der Bewertung eines Schwangerschaftsabbruchs. Die Abbildung verdeutlicht, daß die weiblichen Befragten tendenziell eher gegen einen Schwangerschaftsabbruch eingestellt sind als ihre männlichen Altersgenossen. Mehr junge Frauen als junge Männer sind grundsätzlich gegen einen Schwangerschaftsabbruch, befürworten einen Abbruch nur aus medizinischen Gründen oder sprechen sich für das Indikationsmodell aus. Mehr weibliche Befragte sprechen sich auch für die Fristenlösung mit Beratungspflicht aus, mehr männliche Befragte für die

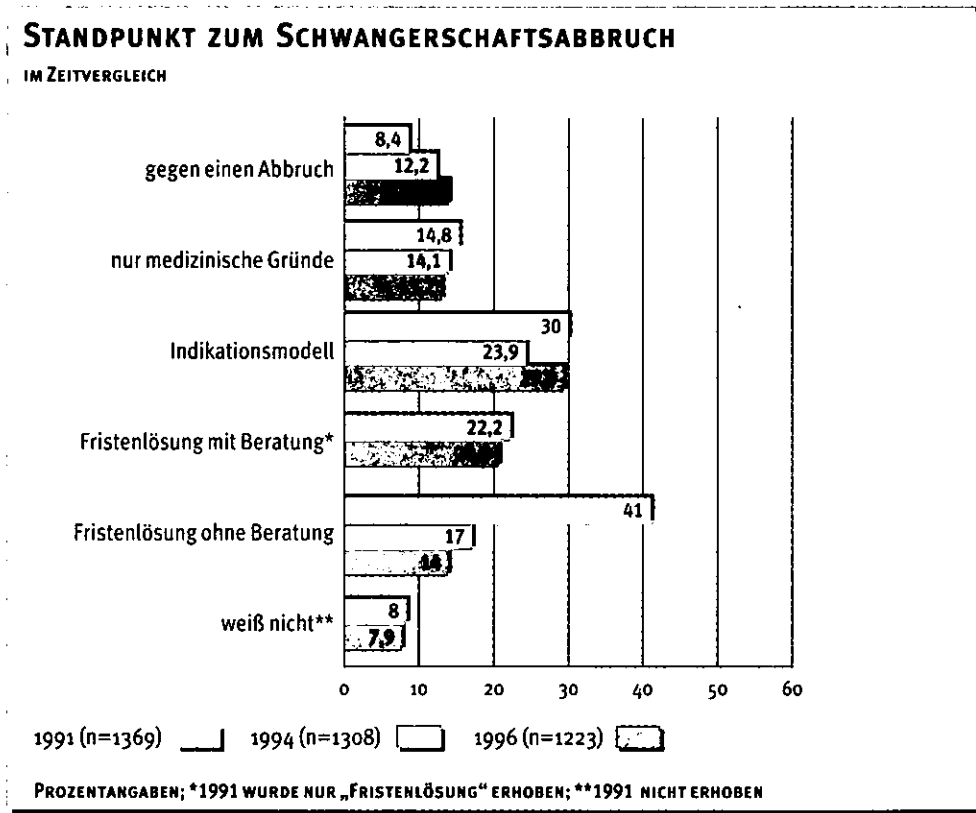
Abb. 5.10

EINSTELLUNG ZUM SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH				
	MÄNNER (n=615)	FRAUEN (n=608)	OST (n=405)	WEST (n=818)
gegen einen Abbruch	12,4	14,6	11,9	14,3
nur medizinische Gründe	12,8	13,7	11,9	13,9
Indikationsmodell	27,6	32,2	31,1	29,3
Fristenlösung mit Beratung	19,8	21,7	25,4	18,5
Fristenlösung ohne Beratung	14,5	13,5	12,8	14,5
weiß nicht	12,0	3,8	5,4	9,2
keine Angabe	0,8	0,5	1,5	0,2
PROZENTANGABEN				

Fristenlösung ohne Beratungspflicht. Außerdem ist der Anteil derjenigen, die hierzu keine Meinung haben, bei den männlichen Befragten wesentlich höher als bei den weiblichen (12% vs. 3,8%).

Allgemein stehen die Befragten aus den neuen Bundesländern der Möglichkeit des Schwangerschaftsabbruchs signifikant aufgeschlossener gegenüber als ihre AltersgenossInnen aus den alten Bundesländern. Mehr Befragte aus den alten Bundesländern sprechen sich „unter allen Umständen“ gegen einen Schwangerschaftsabbruch aus. Ebenso wollen mehr West- als Ostdeutsche, daß ein Schwangerschaftsabbruch nur aus medizinischen Gründen erlaubt sein sollte. Signifikante Veränderungen ergeben sich auch für die Gruppe der Ostdeutschen im Vergleich zu 1994: Deutlich mehr Befragte aus den neuen Bundesländern votieren für das Indikationsmodell. Ebenso wird die Fristenlösung mit Beratungspflicht stärker befürwortet. Im Vergleich zu der Studie 1994 zeichnet sich hier eine Veränderung in der Einstellung ab: Noch vor zwei Jahren haben sich deutlich mehr Ostdeutsche für die Fristenlösung ohne Beratungspflicht ausgesprochen und mehr Westdeutsche für das Indikationsmodell.³⁵ Abbildung 5.11 zeigt die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch im 5-Jahres-Vergleich.

Abb. 5.11



35 vgl. PLIES, NICKEL & SCHMIDT (1995), S. 90

Die grundsätzliche Einstellung zu einem Schwangerschaftsabbruch hat sich in den letzten fünf Jahren signifikant gewandelt. 1991 haben sich weniger Befragte gegen einen Schwangerschaftsabbruch ausgesprochen. Drei Jahre danach hat sich dieses Bild bereits verändert: 1994 sprachen sich mehr 16- bis 24jährige grundsätzlich gegen einen Schwangerschaftsabbruch aus. Diese Tendenz hat sich bestätigt und weiter verstärkt. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, daß die Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine noch negativere Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch haben als früher. Fast genauso wie 1991 sprechen sich 30% für das Indikationsmodell aus. Immer weniger befürworten jedoch die Fristenlösung ohne Beratung. Hier wird deutlich, daß nach mehrheitlicher Meinung der befragten 16- bis 24jährigen ein Schwangerschaftsabbruch nur dann erlaubt sein sollte, wenn er mit gewissen Bedingungen verknüpft ist wie eine Beratung oder nach Feststellung einer Indikation.

Statistisch signifikant sind bei dieser Frage die Bildungsunterschiede. Diejenigen mit niedriger Bildung sprechen sich wesentlich häufiger gegen einen Schwangerschaftsabbruch „unter allen Umständen“ oder für eine ausschließlich medizinische Indikation aus und seltener für die Fristenlösung. Dementsprechend befürworten diejenigen mit hoher Bildung stärker die Fristenlösungen mit und ohne Beratungspflicht sowie das Indikationsmodell.³⁶

5.3.2 KENNTNISSE ÜBER DIE NEUREGELUNG DES § 218 StGB (FRAGE 111)

Seit dem 25. August 1995 ist die Neuregelung des § 218 StGB im Bundesgesetzblatt verkündet.³⁷ Aufgrund der unterschiedlichen Regelungen in der Bundesrepublik Deutschland und der Deutschen Demokratischen Republik war eine Anpassung im Zuge der Vereinigung der beiden deutschen Staaten notwendig geworden.³⁸ Wie gut die 16- bis 24jährigen ein Jahr

Abb. 5.12

WIE GUT FÜHLEN SIE SICH ÜBER DIE NEUE GESETZLICHE REGELUNG ZUM SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH INFORMIERT?				
	GESAMT '94 (n=1308)	GESAMT '96 (n=1223)	MÄNNER (n=615)	FRAUEN (n=608)
sehr gut	5,1	4,3	2,8	5,8
ziemlich gut	38,3	35,4	29,4	41,4
ziemlich schlecht	32,8	41,5	45,0	38,0
sehr schlecht	23,8	18,2	22,0	14,5
keine Angabe	0	0,6	0,8	0,3
PROZENTANGABEN				

³⁶ vgl. PLIES, NICKEL & SCHMIDT (1995), S. 90

³⁷ vgl. Bundesgesetzblatt (1995), Nr. 44

³⁸ Nach einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts wurde die Bundesregierung aufgefordert, das Indikationsmodell zugunsten einer Fristenlösung mit Beratungspflicht zu ändern. Vgl. Presse- und Informationsamt der Bundesregierung, 1996.

danach über diese Neuregelung informiert sind, wurde auf einer 4stufigen Antwortskala von „sehr gut“ über „ziemlich gut“, „ziemlich schlecht“ bis „sehr schlecht“ erhoben.

Nur 4,3% der Jugendlichen und jungen Erwachsenen fühlen sich nach eigener Einschätzung „sehr gut“ informiert, immerhin 35,4% geben an, „ziemlich gut“ informiert zu sein. Die meisten empfinden ihren eigenen Informationsstand als „ziemlich schlecht“ (41,5%) und sogar 18,2% meinen, „sehr schlecht“ informiert zu sein.

Zwischen jungen Männern und Frauen bestehen signifikante Unterschiede hinsichtlich des subjektiv wahrgenommenen Informationsstands zur Neuregelung des § 218 StGB. So ist festzustellen, daß sich die weiblichen Befragten etwas besser informiert fühlen als ihre männlichen Altersgenossen. Während sich 5,8% der jungen Frauen „sehr gut“ und 41,4% „ziemlich gut“ informiert fühlen, nehmen nur 2,8% bzw. 29,4% der männlichen Befragten dies für sich in Anspruch. Entsprechend fühlen sich 45% der jungen Männer „ziemlich schlecht“ und 22% „sehr schlecht“ informiert, im Gegensatz zu nur 38% bzw. 14,5% der jungen Frauen.

Zwischen Befragten aus Ost- und Westdeutschland bestehen keine signifikanten Unterschiede. Beide Gruppen fühlen sich etwa gleich gut bzw. schlecht informiert. Im Vergleich zu 1994 ist der Informationsstand noch zurückgegangen. 1996 fühlen sich deutlich mehr Befragte „ziemlich schlecht“ informiert als noch 1994 – allerdings geben 1996 weniger Personen an, „sehr schlecht“ informiert zu sein. Etwas weniger Befragte als noch 1994 fühlen sich „ziemlich gut“ und „sehr gut“ informiert (vgl. Abbildung 5.12).

Bildungsunterschiede treten nicht auf. Zwischen den Altersgruppen bestehen jedoch signifikante Unterschiede. Mit zunehmendem Alter fühlen sich die Befragten subjektiv besser informiert. Die Altersgruppe der 16- bis 17jährigen empfindet ihren Informationsstand am schlechtesten. Von ihnen sind nur 0,8% „sehr gut“, aber 20,2% „sehr schlecht“ informiert. Im Gegensatz hierzu bezeichnen immerhin 5,6% der 23- bis 24jährigen ihren Informationsstand als „sehr gut“, während nur 13,3% ihre Informationen als „sehr schlecht“ empfinden.

Die Ergebnisse legen nahe, daß die Befragten sich nicht ausreichend informiert fühlen. Der von der Zielgruppe als schlecht wahrgenommene Informationsstand zeigt, wie schwer verständlich die widersprüchliche Regelung zum Schwangerschaftsabbruch (rechtswidrig, aber straffrei) und die öffentliche Diskussion um die Neugestaltung des § 218 StGB für die potentiell Betroffenen ist.³⁹ Hier besteht offenbar weiterer Aufklärungsbedarf.

39 vgl. PLIES, NICKEL & SCHMIDT (1995), S. 92

WIE BEURTEILEN SIE DIE NEUE REGELUNG ZUM § 218 STGB?

	GESAMT (n=1223)	MÄNNER (n=615)	FRAUEN (n=608)	OST (n=405)	WEST (n=818)
Frau kann frei entscheiden	6,1	6,1	6,2	6,5	5,9
Abbruch straffrei	5,6	5,5	5,7	6,0	5,4
strafrechtliche Verfolgung bei Zwang	5,3	5,2	5,5	5,4	5,3
Pflichtberatung	5,2	5,2	5,2	5,3	5,2
Schutz des ungeborenen Lebens	5,1	5,1	5,2	5,0	5,2
Krankenkassen bezahlen Abbruch nicht	2,8	2,9	2,7	2,5	3,0
Abbruch rechtswidrig	2,6	2,6	2,6	2,2	2,8
MITTELWERTE: 1=ÜBERHAUPT NICHT GUT, 7=SEHR GUT					

5.3.3 BEURTEILUNG EINZELNER ASPEKTE DER NEUREGELUNG DES § 218 STGB (FRAGEN 112-118)

Auf einer Skala von 1 („überhaupt nicht gut“) bis 7 („sehr gut“) konnten die Befragten ihre Zustimmung oder Ablehnung zu einzelnen Aspekten des § 218 StGB zum Ausdruck bringen. Abbildung 5.13 zeigt die Mittelwerte für die Gesamtgruppe, für Frauen und Männer und für Ost- und Westdeutsche.

Deutlich am besten bewerten die Befragten bei der Neuregelung des § 218 StGB, daß die Frau frei entscheiden kann, ob sie das Kind austrägt oder einen Schwangerschaftsabbruch durchführt. An zweiter Stelle folgt, daß ein Schwangerschaftsabbruch straffrei ist. Generell positiv eingeschätzt werden auch die strafrechtliche Verfolgung derjenigen, die eine Frau zum Schwangerschaftsabbruch zwingen, die Beratungspflicht und die Beratung zum Schutz des ungeborenen Lebens. Deutlich schlechter bewerten die Befragten jedoch, daß die Krankenkassen einen Schwangerschaftsabbruch nicht mehr bezahlen und die Rechtswidrigkeit eines Schwangerschaftsabbruchs.

Zwischen den Geschlechtern bestehen nur geringfügige Unterschiede bei der Bewertung einzelner Aspekte der Neuregelung des § 218 StGB. Signifikant positiver als männliche bewerten weibliche Befragte die strafrechtliche Verfolgung derjenigen, die eine Frau zu einem Schwangerschaftsabbruch zwingen. Ebenso sehen es die jungen Frauen als etwas positiver, daß die Beratung dem Schutz des ungeborenen Lebens dienen soll (vgl. Abbildung 5.13).

Zwischen den Befragten aus Ost- und Westdeutschland werden bei der Beurteilung einiger Aspekte der Neuregelung des § 218 StGB stärkere Unterschiede deutlich. Die ostdeutschen bewerten deutlich besser als die westdeutschen Befragten, daß eine Frau frei entscheiden kann, ob sie einen Schwangerschaftsabbruch durchführt oder nicht ($\bar{x} = 6,5$ versus $\bar{x} = 5,9$) und daß der Schwangerschaftsabbruch straffrei ist ($\bar{x} = 6,0$ versus $\bar{x} = 5,4$). Deutlich schlech-

ter finden Ostdeutsche hingegen, daß ein Schwangerschaftsabbruch rechtswidrig ist ($\bar{x} = 2,2$ versus $\bar{x} = 2,8$) und daß die Krankenkassen die Kosten für den Eingriff nicht übernehmen ($\bar{x} = 2,5$ versus $\bar{x} = 3,0$).

Vergleicht man diese Ergebnisse mit den Bewertungen einzelner Aspekte der Neuregelung des § 218 StGB aus der 1994er Studie, so ist festzustellen, daß die Beurteilungen tendenziell gleich ausfallen.⁴⁰ Ebenso wie 1996 beurteilen die vor zwei Jahren Befragten besonders positiv, daß der Schwangerschaftsabbruch straffrei ist und eine Frau selbst bestimmen kann, ob sie eine Abtreibung durchführen lassen will. Wie 1996 werden auch schon 1994 die Aspekte, daß ein Schwangerschaftsabbruch rechtswidrig ist und die Kosten nicht von den Krankenkassen übernommen werden, besonders negativ von den Befragten empfunden.⁴¹

Im Hinblick auf das Bildungsniveau sind Unterschiede bei den Aspekten Straffreiheit und strafrechtliche Verfolgung signifikant. Diese Aspekte der Neuregelung des § 218 StGB werden von den Personen mit höherem Bildungsniveau deutlich positiver bewertet. Tendenziell werden die Aspekte, daß die Krankenkassen einen Schwangerschaftsabbruch nicht bezahlen und daß dieser rechtswidrig ist, von denjenigen mit formal niedrigerem Bildungsniveau besser bewertet. Die Aspekte Pflichtberatung, Beratung zum Schutz des ungeborenen Lebens und das Selbstbestimmungsrecht der Frau werden von allen Bildungsgruppen annähernd gleich bewertet.

5.4

ZUSAMMENFASSUNG

Knapp 60% der Befragten sind über die gesetzliche Regelung zur Finanzierung der Pille für junge Frauen bis zu ihrem 20. Geburtstag informiert. Junge Frauen wissen besser über diese Regelung Bescheid als junge Männer. Ebenso sind die ostdeutschen Befragten besser informiert als die westdeutschen. Im Vergleich zu 1994 ist die Anzahl der Informierten leicht gestiegen. Als Informationsquellen werden an erster Stelle der Arzt/die Ärztin, der Freundeskreis, die Medien und die Mütter genannt. Das Schlußlicht bilden die Beratungsstellen und die Väter. Nur wenige (9,4%) geben an, ihre Informationen über die gesetzliche Regelung zur Finanzierung der Pille durch die Schule bekommen zu haben. Hier zeigt sich eine Möglichkeit, verstärkt Informationen in den Schulen weiterzugeben. Signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern bestehen darin, daß junge Frauen ihre Informationen in erster Linie vom Arzt/von der Ärztin, ihrer Mutter und von FreundInnen beziehen, während die jungen Männer zuerst die Freunde, dann die Partnerin und danach die Medien angeben. Für ostdeutsche Befragte nehmen die Medien einen wichtigeren Stellenwert bei der Informationsweitergabe ein.

40 Ein Vergleich mit den Ergebnissen der 1994er Studie ist nur bedingt möglich, da die Bewertung einzelner Aspekte der Neuregelung des § 218 StGB seinerzeit dichotom erhoben wurden, d.h. die Befragten konnten nur angeben, ob sie die Aspekte befürworten oder ablehnen.

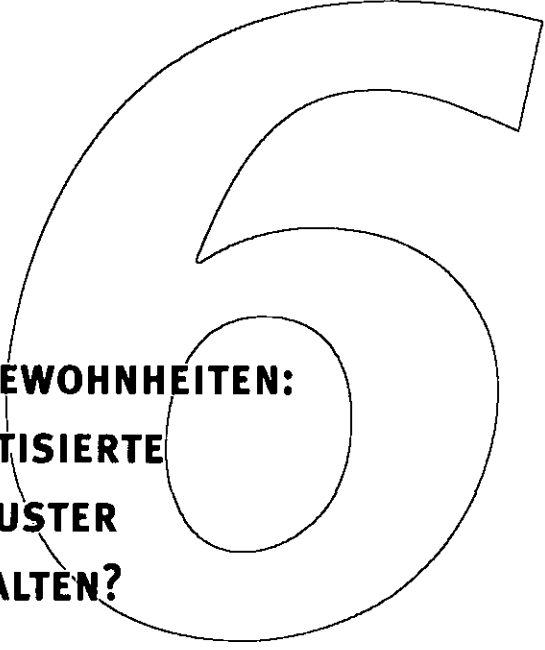
41 vgl. FLIES, NICKEL & SCHMIDT (1995), S. 92f.

Etwa ein Drittel der befragten 16- bis 24jährigen macht von der Möglichkeit, die Pille kostenlos zu beziehen, Gebrauch. Im Vergleich zu 1994 ist ein leichter Rückgang bei der Inanspruchnahme festzustellen. Von der Gruppe der potentiellen Nutzerinnen (koitus-erfahrene Frauen/Partnerinnen unter 20 Jahre) wird die gesetzliche Regelung öfter in Anspruch genommen: Drei Viertel der befragten Frauen und über die Hälfte der Partnerinnen der befragten Männer machen von dieser Möglichkeit Gebrauch.

Von der Diskussion um die Nebenwirkungen einiger Antibabypillen der dritten Generation haben fast drei Viertel der Befragten Kenntnis. Auch hier zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede. Mehr junge Frauen als junge Männer haben von dieser Diskussion gehört. Allerdings bleiben weitergehende Reaktionen, wie der Wechsel zu anderen Verhütungsmethoden, bisher aus. Die meisten haben ihren Arzt/ihre Ärztin aufgesucht und weitere Informationen eingeholt. Nur wenige haben die Pille abgesetzt oder das Präparat gewechselt. Ungefähr die Hälfte der Befragten wünscht sich jedoch mehr Aufklärung über die Risiken bei Einnahme der Antibabypille.

Gefragt nach ihrer Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch, befürworten die meisten der Befragten das Indikationsmodell, gefolgt von der Fristenlösung mit Beratungspflicht. 13,5% sprechen sich grundsätzlich gegen die Möglichkeit aus, einen Schwangerschaftsabbruch durchführen zu lassen. Tendenziell sind die weiblichen Befragten etwas negativer als ihre männlichen Altersgenossen zum Schwangerschaftsabbruch eingestellt. Die Befragten aus den neuen Bundesländern befürworten stärker als die Westdeutschen eine liberalere gesetzliche Regelung zum Schwangerschaftsabbruch. Allerdings sind mehr Ost- als Westdeutsche für die Pflichtberatung und das Indikationsmodell, aber umgekehrt mehr west- als ostdeutsche Befragte für die Fristenlösung ohne Pflichtberatung. Im Vergleich zu 1991 bzw. 1994 wird die Möglichkeit eines Schwangerschaftsabbruchs etwas kritischer bewertet.

Der Informationsstand zur Neuregelung des § 218 StGB ist nicht besonders hoch. Nach der subjektiven Wahrnehmung der Befragten fühlen sich nur 39,7% „sehr gut“ und „ziemlich gut“ informiert, aber 59,7% „ziemlich schlecht“ und „sehr schlecht“. Dabei schätzen die weiblichen Befragten ihren Informationsstand deutlich höher ein als die männlichen Befragten. Ebenso nimmt der Informationsstand mit steigendem Alter zu. Es ist wahrscheinlich, daß die unklare Neuregelung des § 218 StGB (rechtswidrig, aber straffrei) hierzu mit beigetragen hat. Es besteht offensichtlich weiterer Aufklärungsbedarf. Die einzelnen Aspekte dieser Neuregelung werden von den Befragten unterschiedlich bewertet. Dabei werden Straffreiheit und Selbstbestimmungsrecht der Frau deutlich am besten beurteilt. Daß ein Schwangerschaftsabbruch rechtswidrig ist und die Krankenkassen diesen nicht mehr bezahlen, wird von den Befragten hingegen am schlechtesten bewertet. Bewertungstendenzen bleiben im Vergleich zur Studie 1994 stabil. Unterschiede zeigen sich dagegen zwischen den Befragten aus Ost- und Westdeutschland. Deutlich besser werden die Aspekte, daß ein Schwangerschaftsabbruch straffrei ist und daß die Frau selbst entscheiden kann, von den ostdeutschen Befragten bewertet. Im Gegensatz hierzu bewerten die Westdeutschen positiver, daß die Krankenkassen einen Schwangerschaftsabbruch nicht mehr bezahlen und daß dieser rechtswidrig ist.



**KONTRAZEPTION UND GEWOHNHEITEN:
BEEINFLUSSEN AUTOMATISIERTE
VERHALTENSMUSTER
DAS VERHÜTUNGSVERHALTEN?**

Unser tägliches Leben wird durch eine Vielzahl von Verhaltensweisen bestimmt, die man, ohne lange darüber nachzudenken, in derselben Art und Weise ausführt. Das bedeutet, daß die Konsequenzen eines bewährten Verhaltens nicht jedesmal wieder neu abgewogen werden müssen. Für und Wider sind bereits bekannt und untrennbar mit dem Verhalten verknüpft. Solche Verhaltensweisen sind Gewohnheiten, die auch als habitualisiertes Verhalten bezeichnet werden. Ein wichtiges Merkmal für Gewohnheiten ist es, daß sie erst mit der Zeit erlernt werden. Zunächst ist jedes Verhalten neu, wird jedoch mit zunehmender Ausführung automatisiert. Eine notwendige Bedingung für die Automatisierung von Verhaltensweisen ist ihre häufige Wiederholung. Für die Herausbildung bestimmter Gewohnheiten ist aber nicht nur die wiederholte, sondern auch die zufriedenstellende und erfolgreiche Ausführung eines Verhaltens von Bedeutung. Darüber hinaus sind Gewohnheiten zielgerichtet. Sie können automatisch abgerufen werden, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen, indem das dafür notwendige Verhalten ausgeführt wird.⁴²

Nachfolgend sollen Gewohnheiten als eine Determinante für Verhalten in bezug auf das Kontrazeptionsverhalten Jugendlicher und junger Erwachsener untersucht werden. Dabei wird der Frage nachgegangen, ob Gewohnheiten bei der Entscheidung, ob verhütet wird oder nicht, und welche Methode angewendet wird, eine Rolle spielen. Zunächst wird die Operationalisierung des Konstrukts vorgestellt. Danach folgt eine Analyse der Gewohnheit, Kondome bei neuen sexuellen Kontakten anzuwenden. Im Anschluß sollen die Möglichkeiten und Grenzen der Messung von Gewohnheiten in der Sexualwissenschaft diskutiert werden. Abschließend folgt eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse.

Grundsätzlich ist zu bedenken, daß der Einfluß von Gewohnheiten auf Verhaltensweisen auf dem Gebiet der Sexualforschung sehr schwer zu erfassen ist, da Aussagen über das Verhütungsverhalten lediglich von den befragten Personen selbst getroffen werden und die jeweiligen Partner nicht befragt werden. Weiterhin dürften neben dem Selbstbild der Befragten auch Aspekte allgemein wahrgenommener Normen in die Antworten eingehen. Daher muß der Aspekt der sozialen Erwünschtheit bei der Auswertung dieser Daten besonders berücksichtigt werden.⁴³

42 vgl. LANDIS, TRIANDIS & ADAMOPOULOS (1978), VERPLANKEN, AARTS, VAN KNIPPENBERG, A & VAN KNIPPENBERG, C (1994) und BAMBERG (1996)

43 vgl. SCHNELL, HILL & ESSER (1989), S. 325f.

6.1

METHODE UND OPERATIONALISIERUNG

In dieser Studie sind Gewohnheiten in bezug auf die Wahl einer bestimmten Verhütungsmethode bei neuen sexuellen Kontakten untersucht worden. Im Kontext der Aids-Prävention stellte sich in erster Linie die Frage, ob Jugendliche und junge Erwachsene sich daran gewöhnt haben, bei neuen sexuellen Kontakten Kondome anzuwenden.

Dabei ist zunächst davon auszugehen, daß sich auch bei der Entscheidung für ungeschützten Geschlechtsverkehr oder für Anwendung eines Verhütungsmittels (Kondom) automatisierte Verhaltensweisen herausbilden: „After considerable experience in a given type of situation, behaviour in that situation can become so highly automatic that it is directly evoked by situational cues. No thinking occurs; the behaviour occurs „mindlessly““.⁴⁴ Nach GOLD (1993) gibt es situationsspezifische Hinweise („situational cues“), die dazu führen, daß eine Person – ohne sich Gedanken über das Risiko einer Infektion mit dem HI-Virus zu machen – ungeschützten Geschlechtsverkehr eingeht. Es stellt sich hier jedoch die Frage, ob es nicht auch bestimmte situationale Hinweisreize gibt, die dazu führen, daß bei neuen sexuellen Kontakten „gedankenlos“ Kondome benutzt werden. Darüber hinaus ist nicht eindeutig geklärt, was der Begriff ausreichende Erfahrung („considerable experience“) bedeutet. Ab wieviel neuen SexualpartnerInnen kann man von „beträchtlicher Erfahrung“ sprechen?

Unter Berücksichtigung der Ergebnisse der vorliegenden Studie und der früheren Untersuchungen aus den Jahren 1991 und 1994 hat die überwiegende Mehrzahl der Jugendlichen und jungen Erwachsenen nur ein oder zwei SexualpartnerInnen im Jahr bzw. nur bis zu fünf SexualpartnerInnen bis zum 25. Geburtstag (vgl. Kapitel 3.1.5). Von daher ist für diese Gruppe zu bezweifeln, daß sich eine stabile Gewohnheit ausgebildet hat. Um zu erreichen, daß automatisch Kondome bei neuen sexuellen Kontakten angewendet werden, ist aber auch die Entstehung von „Gewohnheiten im Kopf“ – oder anders ausgedrückt: die Automatisierung der Verhaltensabsicht – notwendig. In den entsprechenden Situationen kann diese dann als gespeichertes „Script“ automatisch abgerufen werden. Es ist jedoch insbesondere bei neuen sexuellen Kontakten fraglich, ob die Automatisierung der Verhaltensabsicht letztlich auch in Verhalten umgesetzt wird bzw. zur Ausbildung entsprechender Gewohnheiten führt.

In einigen Untersuchungen sind Gewohnheiten durch die Häufigkeit bestimmter Verhaltensweisen in der Vergangenheit erfaßt worden⁴⁵. Allerdings ist vergangenes Verhalten allein keine hinreichende Größe für die Messung von Gewohnheiten, da eine bestimmte Verhaltensweise ebenso das Resultat anderer Einflüsse sein kann. Beispielsweise können sich bestimmte Verhaltensweisen aufgrund wahrgenommener Restriktionen oder persönlicher

44 GOLD (1993, S.231)

45 vgl. LANDIS, TRIANDIS & ADAMOPOULOS (1978), S. 228f. und MITTAL (1988), S. 996



Vorlieben herausgebildet haben.⁴⁶ Schlechte Erhältlichkeit kann ebenso dafür verantwortlich sein, daß eine Person keine Kondome benutzt. Das bedeutet aber nicht notwendigerweise, daß diese Person aus Gewohnheit keine Kondome benutzt. Aus diesem Grund ist es nicht sinnvoll, diese Gewohnheiten allein durch die Nutzungshäufigkeit in der Vergangenheit zu messen. In der neueren Forschung haben VERPLANKEN et al. (1994) daher Gewohnheiten generalisiert erfaßt.⁴⁷ Dabei geht es darum, herauszufinden, ob sich für bestimmte Situationen Verhaltensmuster herausgebildet haben, die automatisch ablaufen.

Ausgehend von diesem Ansatz, Gewohnheiten generalisiert zu erfassen, sind den befragten Personen im Rahmen dieser Untersuchung zehn unterschiedliche Situationen geschildert worden. Für jede dieser Situationen sollten die Befragten, spontan und ohne lange zu überlegen, entscheiden, welche Verhütungsmethode sie anwenden würden. Die Beantwortung der Frage erfolgte durch ein Kartenspiel, d.h. jede Situation konnte mittels einer Karte gezogen werden. Die Befragten wählten dann spontan die entsprechende Verhütungsmethode. Dabei konnten sie zwischen „Antibabypille“, „Kondom“, „andere Verhütungsmethoden“ und „keine Verhütungsmethoden“ wählen. Die Befragten konnten darüber hinaus mehrere Verhütungsmethoden angeben. Dadurch sollte auch denjenigen, die ohnehin die Pille einnehmen, die Möglichkeit gegeben werden, sich bei neuen sexuellen Kontakten zusätzlich für ein Kondom entscheiden zu können.

Für jede der befragten Personen konnte nun ermittelt werden, in welchen spezifischen Situationen sie ein Kondom, die Pille, eine andere oder gar keine Verhütungsmethode anwenden würde. Im folgenden soll jedoch ausschließlich die Gewohnheit, Kondome bei neuen sexuellen Kontakten anzuwenden, betrachtet werden, da in diesem Zusammenhang kontrazeptives Verhalten Jugendlicher und junger Erwachsener in bezug auf Aids-Prävention den Schwerpunkt des Forschungsinteresses bildet.

6.2 GEWOHNHEITEN IM UMGANG MIT KONDOMEN

Die folgende Analyse bezieht sich daher auf die fünf Fragestellungen, die die Gewohnheit, automatisch ein Kondom bei neuen sexuellen Kontakten anzuwenden, messen (F119b, F120b, F121b, F122b, F128b).⁴⁸ Des weiteren werden nur koituserfahrene Befragte einbezogen. Zwar konnten die Fragen auch von denjenigen hypothetisch beantwortet werden, die noch über keine Koituserfahrung verfügen. Jedoch ergibt sich für Unerfahrene eine höhere

46 vgl. VERPLANKEN, AARTS, VAN KNIPPENBERG, A. & VAN KNIPPENBERG, C. (1994, S. 289), BAMBERG (1996), S. 298f. und MITTAL (1988), S. 996f.

47 vgl. VERPLANKEN, AARTS, VAN KNIPPENBERG, A. & VAN KNIPPENBERG, C. (1994), S. 289, BAMBERG (1996), S. 298f.

48 Die Ergebnisse der Faktorenanalyse(n) ergeben zwei Faktoren: Neue sexuelle Kontakte vs. feste Partnerschaft. Offensichtlich spielt der Bekanntheitsgrad und der Zeitfaktor eine wichtige Rolle, denn F123-F126 laden auf beiden Faktoren. Werden drei Faktoren vorgegeben, bilden diese den dritten Faktor. Die Hauptkomponenten-Methode entweder mit Varimax oder Oblimin-Rotation ergibt übereinstimmende Ergebnisse. Die Faktorladungen weichen nur geringfügig voneinander ab.

Gewohnheit, Kondome bei neuen sexuellen Kontakten anwenden zu wollen, als für bereits Koitusereifarene. Dies ist ein unrealistisches Ergebnis, da man sich nicht – wie bereits eingangs des Kapitels erläutert – an eine Verhaltensweise gewöhnt haben kann, die man noch nie ausgeführt hat. Dies spiegelt den Effekt der sozialen Erwünschtheit sowie den des „mangelnden Realismus“ dieser Gruppe wider. Darüber hinaus werden auch nur diejenigen, die wenigstens einmal Erfahrung mit dem Kondom gemacht haben, berücksichtigt: Nur die wiederholte Ausführung einer bestimmten Verhaltensweise in der Vergangenheit kann überhaupt zu der Herausbildung von Gewohnheiten führen.

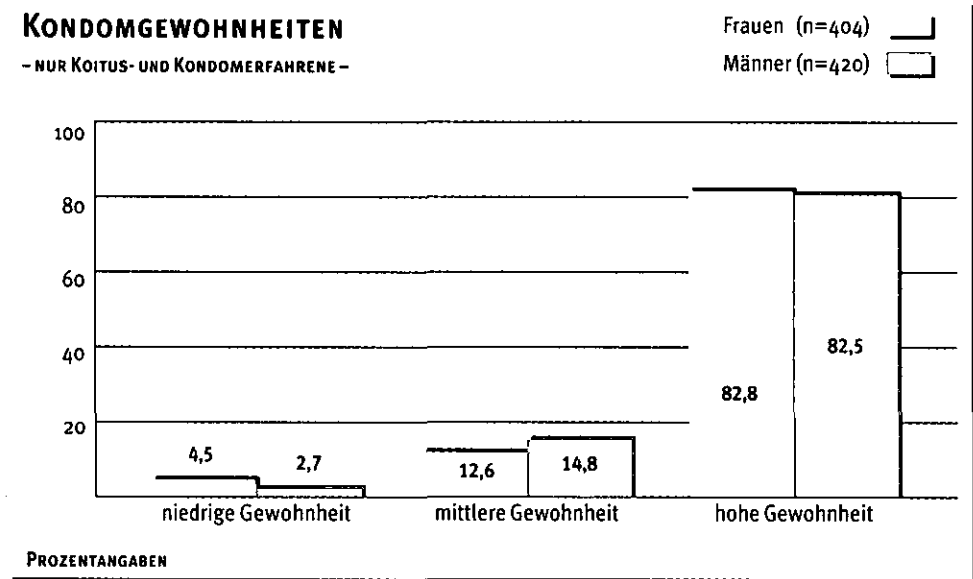
Die Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind so gruppiert worden, daß es eine Gruppe von Befragten mit einer niedrigen, eine zweite Gruppe mit einer mittleren und eine dritte Gruppe mit einer hohen Gewohnheit, Kondome bei neuen sexuellen Kontakten anzuwenden, gibt. Durch Aufsummierung der einzelnen Antworten ließ sich die Stichprobe in diese drei Gruppen unterteilen: Personen, die sich immer (d.h. in allen fünf Situationen) für ein Kondom entschieden haben, wurde eine hohe Gewohnheit zugewiesen. Allen, die sich zwei-, drei- oder viermal für ein Kondom entschieden, wurde eine mittlere Gewohnheit unterstellt. Schließlich wurde eine niedrige Gewohnheit für die Anwendung von Kondomen für alle Befragten, die sich nie oder nur einmal für ein Kondom entschieden, angenommen.⁴⁹

Die spontane Entscheidung der Befragten für oder gegen ein Kondom bei neuen sexuellen Kontakten in imaginären Situationen verdeutlicht zunächst, daß die überwiegende Mehrheit in allen beschriebenen Situationen mit einem Kondom verhüten würde. 82,7% der Gesamtgruppe gab dies fünfmal an. 13,8% würden sich in mindestens zwei der Situationen für ein Kondom entscheiden und nur 3,6% der Koitus- und Kondomereifarenen würden nie oder nur einmal ein Kondom anwenden. Hier zeigt sich, daß zwar die überwiegende Mehrheit der Befragten den Vorsatz hat, bei neuen sexuellen Kontakten mit einem Kondom zu verhüten, aber auch, daß knapp ein Fünftel offenbar bereit ist, ein höheres Risiko einzugehen, sich mit dem HI-Virus zu infizieren. Die Frage der Kondomanwendung bei neuen sexuellen Kontakten stellt sich jedoch für diese Altersgruppe nicht häufig und kann daher nicht als oft ausgeführte Verhaltensweise angesehen werden (vgl. Kapitel 3.2). Es ist deshalb fraglich, ob hier tatsächlich automatisiertes Verhalten und nicht eher die automatisierte Verhaltensintention gemessen wurde. Wie bereits von PLIES und SCHMIDT (1996) und REINECKE et al. (1996) dargestellt, zeigt sich mitunter eine deutliche Diskrepanz zwischen Intention und Verhalten.⁵⁰ Im folgenden soll jedoch weiterhin von Kondomgewohnheiten gesprochen werden, weil im Rahmen dieser Studie der Versuch unternommen wurde, Gewohnheiten bei neuen sexuellen Kontakten zu operationalisieren. Am Ende dieses Kapitels erfolgt eine Diskussion über die Problematik der hier angewandten Methode. Abbildung 6.1 zeigt die Kondomgewohnheiten junger Männer und Frauen.

49 Die Kategorisierung erfolgte in Anlehnung an VERPLANKEN et al (1994), S. 294 und BAMBERG (1996), S. 305

50 vgl. PLIES & SCHMIDT (1996), S. 55ff., REINECKE, SCHMIDT & AJZEN (1996) S. 760ff. und Kapitel 8

Abb. 6.1



Anhand der Abbildung wird nochmals deutlich, daß über 80% der 16- bis 24jährigen in allen fünf Situationen mit dem Kondom verhüten würden. Signifikante Gruppenunterschiede zwischen männlichen und weiblichen Befragten treten nicht auf. Annähernd gleich viele weibliche (14,8%) und männliche (12,6%) Befragte würden in zwei, drei oder vier Situationen mit einem Kondom verhüten. Das bedeutet, diese Gruppe würde bei mindestens einem neuen sexuellen Kontakt die Gefahr einer Ansteckung mit dem HI-Virus in Kauf nehmen. Dieser Gefahr würden sich in mindestens vier Situationen noch 4,5% der jungen Frauen und 2,7% der jungen Männer aussetzen.

Betrachtet man die Gewohnheit, bei neuen sexuellen Kontakten ein Kondom anzuwenden, getrennt nach Geschlecht und Befragungsgebiet, so fällt zunächst auf, daß sowohl die weiblichen als auch die männlichen Befragten aus Ostdeutschland eine etwas höhere Gewohn-

Abb. 6.2

KONDOMGEWOHNHEITEN NACH BEFRAGUNGSGBIET UND GESCHLECHT

– NUR KOITUS- UND KONDOMERFAHRENE –

	OST		WEST			
	OST (n=280)	WEST (n=544)	FRAUEN (n=143)	MÄNNER (n=137)	FRAUEN (n=261)	MÄNNER (n=283)
niedrige Gewohnheit	3,0	3,9	3,6	2,3	5,1	2,9
mittlere Gewohnheit	12,9	14,2	12,9	13,0	12,5	15,7
hohe Gewohnheit	84,1	81,9	83,6	84,7	82,4	81,4
PROZENTANGABEN						

heit aufweisen bzw. seltener das Risiko eingehen würden, ungeschützten Geschlechtsverkehr mit neuen Sexualpartnern zu haben. 84,1% der Befragten aus Ostdeutschland würden gegenüber nur 81,9% der Westdeutschen in allen fünf Situationen ein Kondom anwenden. Nie oder nur einmal ein Kondom anwenden würden 3,9% der Westdeutschen und 3% der Ostdeutschen. Des weiteren zeigt sich, daß Frauen dieser Altersgruppe öfter als Männer bei neuen sexuellen Kontakten kein Kondom anwenden würden. Dies gilt insbesondere für die Mädchen und Frauen aus Westdeutschland, wo sich 5,1% nur ein- oder keinmal für ein Kondom entscheiden.⁵¹

Abb. 6.3

KONDOMGEWOHNHEITEN

– NUR KOITUSERFAHRENE UND DERZEITIGE KONDOMANWENDER –

	GESAMT (n=285)	MÄNNER (n=120)	FRAUEN (n=165)
niedrige Gewohnheit	1,8	3,4	0,6
mittlere Gewohnheit	16,0	12,7	18,4
hohe Gewohnheit	82,2	83,9	81,0

PROZENTANGABEN

Weiterhin zeigen sich Unterschiede zwischen denjenigen, die derzeit überwiegend Kondome zur Schwangerschaftsverhütung anwenden und der Gesamtgruppe der Koitus- und Kondomerfahrenen. Vor allem in der Kategorie „niedrige Gewohnheit“ wird deutlich, daß sich die Kondomanwender seltener auf das Risiko einlassen, mit neuen Sexualpartnern ungeschützten Geschlechtsverkehr zu haben. Statt 3,6% würden nur noch 1,8% der befragten Personen nie oder nur einmal ein Kondom anwenden. Interessanterweise wird die Differenz zwischen männlichen und weiblichen Befragten, die für alle fünf Situationen eine Kondomanwendung angeben, größer: 83,9% der jungen Frauen, die derzeit überwiegend Kondome zur Verhütung anwenden, stehen 81,0% der entsprechenden jungen Männer gegenüber. Jedoch läßt sich auch hier keine Signifikanz im Unterschied ausmachen.

Im Hinblick auf Altersgruppen und Bildungsniveau lassen sich schließlich kleinere – ebenfalls nicht signifikante – Unterschiede bei der Kondomanwendung mit neuen Sexualpartnern feststellen. Mit zunehmendem Alter geben mehr der Befragten an, daß sie immer ein Kondom benutzen würden. Allerdings nimmt nicht gleichermaßen die Anzahl derjenigen ab, die nie oder nur einmal ein Kondom anwenden würden. Im Gegenteil: Mehr der Befragten ab 20 Jahren geben an, in den fünf Situationen nur ein- oder einmal ein Kondom zu gebrauchen. Das bedeutet, daß die älteren Befragten offenbar stärker dazu tendieren, entweder immer Kondome anzuwenden, oder aber gar nicht. Ähnlich wie bei den Altersgruppen verhält es sich auch bezüglich des Bildungsniveaus. Diejenigen mit höherer Bildung entscheiden sich öfter dafür, immer ein Kondom bei den beschriebenen neuen sexuellen Kon-

51 Die hier dargestellten Gruppenunterschiede sind allerdings nicht signifikant, sondern bilden lediglich eine Tendenz ab.

takten anzuwenden. Zugleich ist die Anzahl derjenigen mit mittlerer und höherer Bildung, die lediglich einmal oder keinmal mit dem Kondom verhüten würden, größer, als dies bei der Gruppe mit niedriger Bildung der Fall ist.

6.3 **MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN DER MESSUNG VON GEWOHNHEITEN**

Im Zusammenhang dieser Ergebnisse stellt sich die grundsätzliche Frage, ob es überhaupt möglich ist, Gewohnheiten bei neuen sexuellen Kontakten zu messen. Die These, daß hier eher Verhaltensabsicht als Gewohnheit gemessen wurde, wird durch die Tatsache unterstützt, daß sich bei den noch Koitusunerfahrenen eine angeblich höhere Gewohnheit, Kondome anzuwenden, als bei den bereits Koituserfahrenen zeigt. Außerdem ist der Einfluß der sozialen Erwünschtheit nicht zu vernachlässigen. Es wird angenommen, daß es heute im Rahmen der öffentlichen Diskussion „sozial erwünscht“ ist, Kondome zur Vermeidung einer Ansteckung mit dem Aids-Erreger anzuwenden.

Gewohnheiten können erst durch wiederholtes und erfolgreiches Ausführen eines Verhaltens entstehen. Es ist fraglich, inwieweit dies bei neuen Sexualkontakten möglich ist. Dabei geht es nicht nur um die Häufigkeit oder darum, wie selten ein bestimmtes Verhalten (hier: Kondomanwendung) ausgeführt wird, sondern auch um die für jede Situation spezifischen Merkmale (Situational cues). Darüber hinaus spielt die Wahrnehmung in der Situation eine Rolle, von GOLD auch als „on-line-cognitions“ (heiße Wahrnehmung) bezeichnet. Solche „on-line“ oder „hot cognitions“ bezeichnen etwa den Ort des Kennenlernens, das Aussehen des/der gewünschten Partners/Partnerin oder die eigene Stimmung.⁵² Ein neuer sexueller Kontakt findet jeweils mit einem ganz bestimmten Menschen in einer bestimmten Situation statt. Das bedeutet aber, daß Gewohnheiten bei neuen sexuellen Kontakten nicht vollkommen generalisiert erfaßt werden können, sondern die speziellen Umstände jeder Begegnung berücksichtigt werden müssen.⁵³ Erst dann wäre es möglich, Gewohnheiten für Situationen zu benennen, die bestimmte situationsspezifische Merkmale in sich vereinen.

Bei einer Betrachtung der Wahl der Verhütungsmittel in unterschiedlichen Situationen wird deutlich, daß die Wahl des anzuwendenden Verhütungsmittels entscheidend davon abhängt, wie gut der Partner/die Partnerin bekannt ist und wieviel Zeit seit dem (ersten) Kennenlernen vergangen ist.

52 vgl. GOLD (1993) S. 229f.

53 Vgl. VERPLANKEN et al. (1994), S. 289. Das Konstrukt Gewohnheiten wurde von VERPLANKEN et al. ausdrücklich generalisiert erfaßt, d.h. situationsspezifische Details wurden absichtlich in der Beschreibung der Situationen nicht berücksichtigt. So sollte erreicht werden, daß nicht das Abwägen der Vor- und Nachteile einer ganz bestimmten Situation durch die befragten Personen erfaßt wird, sondern bereits existierende allgemeine Strukturen, die für die Wahl des Verhaltens bestimmend sind.

ANWENDUNG VON KONDOM UND PILLE IN IMAGINÄREN SITUATIONEN

- NUR KOITUSERFAHRENE -

SITUATION	KONDOM		PILLE		NUR PILLE	
	MÄNNER (n=487)	FRAUEN (n=462)	MÄNNER (n=487)	FRAUEN (n=462)	MÄNNER (n=487)	FRAUEN (n=462)
Sie lernen jemanden in einer Kneipe/Disco kennen und es entwickelt sich ein erster sexueller Kontakt am gleichen Abend.	93,6	90,8	12,6	36,1	3,3	7,5
Sie haben vor kurzer Zeit jemanden kennengelernt und wollen miteinander schlafen.	86,3	83,4	24,5	44,7	9,5	15,3
Sie lernen jemanden auf der Party eines Bekannten kennen und es entwickelt sich ein erster sexueller Kontakt.	92,3	91,6	12,6	36,1	3,8	7,1
Sie haben vor kurzer Zeit jemanden auf der Party eines Bekannten kennengelernt und wollen miteinander schlafen.	88,1	87,2	21,2	41,1	7,5	10,9
Sie treffen zufällig auf einen alten Bekannten/eine alte Bekannte und es entwickelt sich ein sexueller Kontakt.	84,5	83,6	19,4	39,2	9,3	13,8
Ein guter Bekannter ist bei Ihnen zu Besuch und sie wollen miteinander schlafen.	83	77,6	22,1	42,3	11,3	19,3
Sie treffen auf einen früheren Sexualpartner/eine frühere Sexualpartnerin und wollen mit ihm/ihr schlafen.	80,4	78,6	23,8	42,8	12,8	18
Sie leben in einer lockeren Beziehung und wollen miteinander schlafen.	77,7	74	29,6	48,4	17,2	22,6
Sie leben in einer festen Beziehung und wollen miteinander schlafen.	32,9	24,3	68,4	79,2	56,1	69,2
Sie lernen jemanden im Urlaub kennen und es entwickelt sich ein erster sexueller Kontakt.	94,3	91,2	13	36,3	2,9	7,8
PROZENTANGABEN; N = 949						

Offenbar würden die befragten Personen am ehesten mit einem Kondom verhüten, wenn sie jemanden neu kennenlernen und noch am selben Abend miteinander schlafen wollen. Die Bereitschaft, mit einem Kondom zu verhüten, sinkt bereits, wenn der neue Sexualpartner/die neue Sexualpartnerin seit einiger Zeit bekannt ist. Noch weniger Personen würden mit einem Kondom verhüten, wenn die betreffende Person ihnen bereits seit einiger Zeit bzw. von früher her bekannt ist. Bereits in einer lockeren Beziehung würden nochmals weniger der befragten 16- bis 24jährigen die Kondomverhütung wählen. In einer festen

Beziehung ändert sich das Verhütungsverhalten, da hier deutlich mehr Befragte mit der Pille als mit dem Kondom verhüten würden (vgl. Kapitel 4.2).⁵⁴

Signifikante Gruppenunterschiede zwischen männlichen und weiblichen Befragten treten bezüglich der Entscheidung, ein Kondom bei (neuen) sexuellen Kontakten zu benutzen, nicht auf. Einzige Ausnahme ist die Situation „ein guter Bekannter/eine gute Bekannte ist bei Ihnen zu Besuch und sie wollen miteinander schlafen“. Hier würden die weiblichen Befragten signifikant seltener ein Kondom benutzen als ihre männlichen Altersgenossen. Deutliche Unterschiede ergeben sich jedoch zwischen jungen Frauen und Männern bezüglich der Anwendung der Pille. Wie nicht anders zu erwarten, würden die weiblichen Befragten in allen beschriebenen Situationen signifikant öfter mit der Pille verhüten. Das liegt zum einen daran, daß bei der Verhütungsmittelwahl Mehrfachnennungen zugelassen wurden und viele der befragten jungen Frauen die Pille zur Verhütung einnehmen. Zum anderen ist dieses Ergebnis sicherlich auch ein Ausdruck dafür, daß männliche Befragte natürlich nicht selbst die Pille anwenden können.

Trotz der möglichen Gefahr einer Aids-Ansteckung würde ein kleiner Teil der Befragten bei neuen sexuellen Kontakten nur mit der Pille verhüten. Auch hier spielen Bekanntheitsgrad und Zeitfaktor eine Rolle: 2,9% der männlichen Befragten würden nur mit der Pille verhüten, wenn sie jemanden im Urlaub kennenlernen und 3,3%, wenn sie jemanden in einer Kneipe/Disco kennenlernen und sich ein erster sexueller Kontakt noch am gleichen Abend entwickelt. Ist die Person bereits bekannt bzw. liegt einige Zeit zwischen dem Kennenlernen und dem ersten Sexualkontakt, so steigt die Anzahl derjenigen, die nur mit der Pille verhüten würden (7,5% bzw. 9,5%). Ist die Person besser bekannt, verlassen sich immer mehr der männlichen Befragten auf die Pille als einzige Verhütungsmethode. 11,3% würden nur mit der Pille verhüten, wenn es sich um eine gute Bekannte handelt, 12,8% bei einer früheren Sexualpartnerin, bis zu 17,2% in einer lockeren Beziehung und schließlich 56,1% in einer festen Beziehung. Bei den weiblichen Befragten ergibt sich ein ähnliches Bild, wenn auch jeweils mehr junge Frauen ausschließlich mit der Pille verhüten würden. Findet ein erster sexueller Kontakt unmittelbar nach der Bekanntschaft statt, würden sich etwa 7% entscheiden, nur mit der Pille zu verhüten. Liegt einige Zeit zwischen dem Kennenlernen und dem ersten Sexualkontakt, würden schon bis zu 15% nur die Pille anwenden. Bei bekannten Personen erhöht sich dieser Anteil auf knapp 20%. In einer lockeren Beziehung würden 22,6% der weiblichen Befragten nur mit der Pille verhüten und in einer festen Beziehung fast 70% (vgl. Abbildung 6.4).

Die überwiegende Mehrheit der Befragten im Alter von 16 bis 24 Jahren würde spontan Kondome bei neuen sexuellen Kontakten anwenden. Dies ist ein erster Hinweis darauf, daß sich eine „Gewohnheit im Kopf“ gebildet hat. Das bedeutet, daß Vor- und Nachteile bereits abgewägt wurden und sich die betreffenden Personen bereits für eine Verhaltensweise entschieden haben. In solchen Situationen wird die Verhaltensintention nun automatisch abgerufen. Habitualisiertes Verhalten kann dann auch als die „automatische Aktivierung

54 Vgl. Kapitel 4.2, Abbildung 4.11. Die Ergebnisse zeigen, daß die Pille das Verhütungsmittel Nummer 1 in Partnerschaften ist.

zielgerichteter Kognitionen“ bezeichnet werden.⁵⁵ Für diese Studie bedeutet dies, daß die Verhaltensintention, bei neuen sexuellen Kontakten mit einem Kondom zu verhüten, automatisch abgerufen würde. Allerdings läßt sich mit dem hier angewendeten Instrumentarium nicht das (automatisierte) Verhalten selbst überprüfen. Es bleibt dahingestellt, ob die Jugendlichen und jungen Erwachsenen tatsächlich „automatisch“ Kondome bei neuen sexuellen Kontakten anwenden. Um herauszufinden, ob sich die „Gewohnheit im Kopf“ auch im Verhalten zeigt, also tatsächlich eine Automatisierung des Kondomgebrauchs bei neuen sexuellen Kontakten entsteht, sollte das Meßinstrument erweitert werden.

Das hier angewandte Erhebungsinstrument hat einige Probleme bei der Operationalisierung des Konstrukts Gewohnheiten beleuchtet:

- Erstens haben die Frageformulierungen sehr unterschiedliche Situationen beschrieben und sind daher nicht geeignet gewesen, Gewohnheiten ausschließlich bei neuen sexuellen Kontakten zu erfassen (z.B. „feste Beziehung“ versus „jemanden im Urlaub kennenlernen“).
- Zweitens wurden situationsspezifische Details nicht berücksichtigt.
- Drittens besteht das Problem der Mehrfachnennungen.
- Viertens stellt sich die Frage, ob zehn Situationen grundsätzlich ausreichend sind, um Gewohnheiten generalisiert erfassen zu können.
- Fünftens wurde vergangenes Verhalten bei neuen sexuellen Kontakten nicht erfragt, weshalb kein Vergleich zwischen den Angaben der Befragten und der Wirklichkeit angestellt werden konnte.
- Sechstens muß die Einflußgröße von sozialer Erwünschtheit bestimmt werden.
- Siebtens konnte nicht eindeutig geklärt werden, ob tatsächlich Gewohnheiten und nicht die Verhaltensintention gemessen wurden.
- Achters schließlich fehlten Angaben über das Wissen der Befragten zum Ansteckungsrisiko bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr.

Um diesen Problemen in Zukunft besser zu begegnen, schlagen wir vor, die Formulierung der einzelnen situativen Beschreibungen weiter zu entwickeln. Dabei könnte es sich von Vorteil erweisen, jeweils typische Merkmale des „Sich-Kennenlernens“ in die Beschreibung einer Situation einzubeziehen wie etwa den Ort, über welche Person die Bekanntschaft gemacht wurde, Aussehen sowie die eigene Gefühlslage wie beispielsweise Stimmung, Erregtheit und Alkohol-/Drogenkonsum. Um der Problematik der „on-line- und off-line-cognitions“ (heiße versus kalte Wahrnehmung) zu entgehen, könnten darüber hinaus die

55 vgl. BAMBERG (1996), S. 296f.



Befragten aufgefordert werden, sich möglichst realitätsnah in eine entsprechende Situation zu versetzen.⁵⁶ Weiterhin sollte explizit vergangenes Verhalten bei neuen sexuellen Kontakten in das Erhebungsinstrumentarium integriert werden. Damit wären die Angaben der Befragten bezüglich ihres eigenen Verhaltens bei neuen sexuellen Kontakten überprüfbar, und es wäre feststellbar, ob dieses Verhalten mehrmals und erfolgreich ausgeübt wurde, was die Grundlage für die Herausbildung eines Automatismus darstellt. Damit wäre auch der Problematik der sozialen Erwünschtheit besser zu begegnen, da das tatsächliche Verhalten mit den Antworten auf hypothetische Fragestellungen verglichen werden könnte. Außerdem könnte auch die Intention, bei neuen sexuellen Kontakten Kondome anzuwenden, spezifisch erfragt werden. So kann durch einen Vergleich von Verhaltensabsicht, vergangenen Verhaltens und spontanen Antworten auf die imaginären Situationen gewährleistet werden, nur das habitualisierte Verhalten gemessen zu haben. Schließlich könnten einige Wissensfragen über die Kondomanwendung und die Risiken einer HIV-Infektion bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr helfen aufzuklären, inwieweit sich die befragten Personen der bestehenden Risiken bewußt sind.

6.4 ZUSAMMENFASSUNG

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß der im Rahmen dieser Studie gemachte Versuch, Gewohnheiten bei neuen sexuellen Kontakten zu erfassen, wohl eher die Verhaltensabsicht der befragten 16- bis 24jährigen aufgezeigt hat. Um ausschließlich Gewohnheiten als eine Determinante für die Anwendung einer Verhütungsmethode zu messen, bedarf es eines erweiterten Erhebungsinstrumentariums. Allerdings haben die Ergebnisse deutlich gemacht, daß die überwiegende Mehrheit der Befragten es für richtig ansieht, Kondome bei neuen sexuellen Kontakten anzuwenden. Insofern findet sich hier ein Hinweis auf „Gewohnheiten im Kopf“, also die automatische Aktivierung der Verhaltensabsicht für bestimmte Situationen. Dies stellt eine notwendige Voraussetzung für die Herausbildung dementsprechender habitualisierter Verhaltensweisen dar.

Wichtigstes Ergebnis ist, daß über 80% der befragten Jugendlichen und jungen Erwachsenen sich spontan in allen Situationen für die Anwendung eines Kondoms bei neuen sexuellen Kontakten entscheiden würden. Knapp 20% würden nicht immer bei neuen sexuellen Kontakten ein Kondom anwenden, und sogar 3,6% würden in keiner der beschriebenen Situationen ein Kondom gebrauchen. Hier deutet sich weiterer Aufklärungsbedarf an. Vermutlich fällt es den befragten Jugendlichen schwer, vor dem Geschlechtsverkehr mit neuen SexualpartnerInnen über das Thema Verhütung und Aids – und damit verbunden über Ansteckung und Krankheit zu sprechen.

56 vgl. GOLD (1993) S. 233

**ZUR VORHERSAGBARKEIT VON
PILLEN- UND KONDOMANWENDUNGSABSICHT**

Dieses Kapitel gliedert sich in vier Abschnitte. Zunächst erfolgt eine Darstellung der Konzepte und Hypothesen der Theorie des geplanten Verhaltens (TOPB, theory of planned behaviour), die zur Vorhersage von Verhütungsabsichten herangezogen wird. Danach wird deren Anwendbarkeit anhand der ermittelten Ergebnisse für die Bestimmung der Verhaltensabsicht zur Antibabypillenverhütung diskutiert. Im dritten Abschnitt erfolgt dies analog für die Kondomverhütung. Eine Zusammenfassung beschließt das Kapitel.

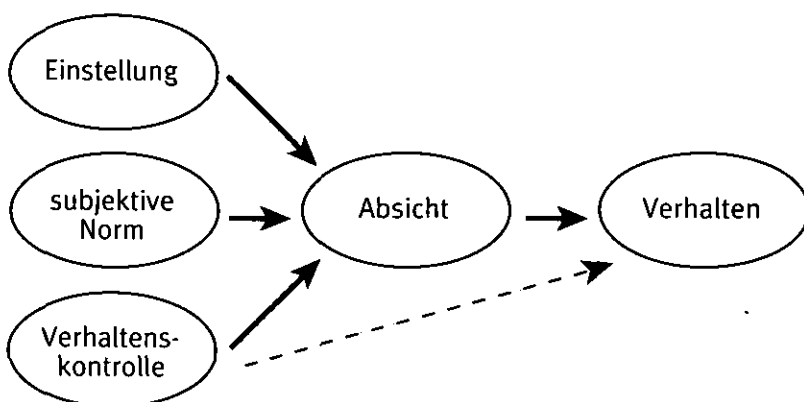
7.1

DAS KONZEPT DER THEORIE DES GEPLANTEN VERHALTENS

Eine Studie, die den Gebrauch von Antibabypille und Kondom bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen zum Gegenstand hat, läßt es wünschenswert erscheinen, neben grundlegenden Fragen zu Informationsgrad, Akzeptanz und Verbreitung dieser Verhütungsmethoden (vgl. Kapitel 4) auch die Ursachen ihrer Anwendung erklären bzw. vorhersagen zu können. Einen empirischen Ansatz hierzu bietet die von AJZEN entwickelte Theorie des geplanten Verhaltens (TOPB).⁵⁷

Grundsätzlich wird nach der Theorie des geplanten Verhaltens davon ausgegangen, daß einer Handlung eine Handlungsabsicht vorausgeht, d.h. Menschen handeln im Einklang mit ihren Absichten. Auf unsere Situation bezogen bedeutet dies die Annahme, daß der Entscheidung zu (grundsätzlichem) Verhütungsverhalten mit der Pille oder (situativem) Verhütungsverhalten mit dem Kondom entsprechend spezifische Absichten vorausgehen. Handlungsintentionen werden ihrerseits allgemein als Resultat aus den drei Einflußgrößen „Einstellung“, „subjektive Norm“ und „Verhaltenskontrolle“ angesehen. Übertragen führt dies zu der Hypothese, daß die Absicht, mit Pille bzw. Kondom verhüten zu wollen, von der Einstellung zu der jeweiligen Verhütungsmethode, von den wahrgenommenen Erwartungen des sozialen Umfeldes zu diesen Verhütungsmethoden und von der Kompetenz- bzw. Kontrollerwartung zu diesen Verhütungsmethoden determiniert wird. Das Modell zur Veranschaulichung dieser Ursache- und Wirkungsbeziehungen ist in Abbildung 7.1 dargestellt.

57 Ein Beispiel für die generelle Anwendbarkeit der Vorhersage von Verhalten im Gesundheitsbereich findet sich anhand der Theorie der Handlungsveranlassung (TORA) bei: SCHWARZER (1992), S. 1–11.

THEORIEMODELL

Die schrittweise Erläuterung von Abbildung 7.1 soll von rechts beginnend erfolgen. Verhalten kann zunächst in vier Elemente unterschieden werden: eine Handlung an sich, deren Ziel bzw. Gegenstand, ihr Kontext und der Zeitpunkt ihrer Ausführung. Diese Differenzierung ist deshalb von Bedeutung, weil die befriedigende Prognostizierung eines Verhaltens durch eine Verhaltensabsicht nur dann erfolgen kann, wenn beide Komponenten auch möglichst konkret spezifiziert werden. Allgemein gehaltene Absichten lassen demgegenüber nur Schlüsse auf allgemeine Handlungen zu. Negativ auf die Vorhersagbarkeit eines Verhaltens wirkt sich auch z.B. ein großer Zeitabstand zwischen der Äußerung einer entsprechenden Intention und der tatsächlich erfolgten Handlung aus.⁵⁸ In der vorliegenden Studie wird die Absicht der Anwendung von Verhütungsmethoden durch jeweils ein Item erfragt: „Wie wahrscheinlich ist es, daß Sie die Antibabypille zur Verhütung anwenden?“ bzw. „Wie wahrscheinlich ist es, daß Sie ein Kondom zur Verhütung anwenden?“ Bei der Pille wurden die 16- bis 24jährigen Männer nach der Anwendung durch ihre Partnerin, beim Kondom die Frauen gleichen Alters nach der Anwendung durch ihren Partner befragt. Die Antwort konnte mittels einer siebenstufigen Skala von „sehr unwahrscheinlich“ bis „sehr wahrscheinlich“ abgestuft werden.

Die Handlungsabsicht wird theoriegemäß durch die drei Faktoren Einstellung, subjektive Norm und Verhaltenskontrolle bestimmt. Unter „Einstellung“ wird der Konzeption zufolge eine Komponente verstanden, die eine bewertende Einschätzung des Verhaltens beinhaltet. In der Einstellung kommen grundsätzliche Dispositionen der handelnden Person gegenüber der Handlung zum Ausdruck. Nach der TOPB wird davon ausgegangen, daß eine positivere Beurteilung der betreffenden Handlung eine höhere Handlungsabsicht verursacht. Zur Erfassung der Einstellung wurden in unserem Fall jeweils drei Fragen

58 vgl. AJZEN/FISHBEIN (1980), S. 42 und VAN DEN PUTTE (1993), S. 27-45

gestellt, mit denen die Befragten mittels siebenstufiger Skala einzuschätzen hatten, ob sie die Antibabypillen- bzw. Kondomanwendung für „sehr schlecht“ bis „sehr gut“, „sehr nutzlos“ bis „sehr nützlich“ und „sehr unwichtig“ bis „sehr wichtig“ halten.

Neben der Einstellung wird eine Handlungsabsicht auch davon beeinflusst, wie sie vom unmittelbaren sozialen Umfeld der Zielperson bewertet wird. Diesem Umstand trägt die TOPB durch die Operationalisierung des Konstrukts „subjektive Norm“ Rechnung. Bei dem Konstrukt der subjektiven Norm handelt es sich um die durch die betreffende Person subjektiv wahrgenommene Norm ihres für sie bedeutsam erachteten sozialen Umfeldes. Hierzu können nahestehende Personen wie z.B. PartnerIn, enge Freunde/Freundinnen, Eltern oder die peer-group gehören. Gemäß der TOPB wird postuliert, daß eine (subjektiv wahrgenommene) positive Erwartung des Umfeldes im Hinblick auf die Handlung zur Erhöhung der Handlungsintention führt, während eine negative Erwartung in einer geringen Absicht resultiert. Zur Messung der subjektiven Norm wurden zwei Items verwendet. Mit dem einen sollte beurteilt werden, wie gut oder schlecht es die wichtigen Personen finden, die Antibabypille bzw. das Kondom zur Verhütung anzuwenden. Das andere Item sollte die wahrgenommene Erwartung der wichtigen Personen in bezug auf das Verhütungsverhalten erfassen. Auch hier wurden siebenstufige Antwortskalen herangezogen. Die Fragebogen für männliche Befragungsteilnehmer fragten nach der Pillenanwendung durch die Partnerin. Die weiblichen Befragten wurden nach der Kondomanwendung durch ihren Partner befragt.

Bei dem neben Einstellung und subjektiver Norm dritten Einflußfaktor, der auf die Handlungsabsicht wirkt, handelt es sich um die „Verhaltenskontrolle“. In diese Größe, die ebenfalls aus der subjektiven Wahrnehmung der befragten Person beurteilt wird, fließen die (eigene) Fähigkeit und Schwierigkeiten, die der Handlung zugeschrieben werden, ein. Schwierigkeiten können dabei einen internen Charakter aufweisen oder auch extern begründet sein. Nach der TOPB wird postuliert, daß eine als hoch empfundene Handlungskompetenz und ein als gering gesehener Schwierigkeitsgrad derselben zu einer höheren Handlungsabsicht führen. In der vorliegenden Untersuchung zur Anwendung der Verhütungsmittel wurden je zwei Items mit siebenstufiger Antwortskala formuliert. Das eine bezieht sich auf die Schwierigkeit der Anwendung von Antibabypille bzw. Kondom zur Schwangerschaftsverhütung. Bei dem anderen wurden die jungen Männer bei der Pillenanwendung nach der Fähigkeit ihrer Partnerin zu deren Anwendung und die jungen Frauen bei der Kondomanwendung nach der Fähigkeit ihres Partners befragt.

Die direkte Beziehung zwischen Verhaltenskontrolle und Verhalten (in Abbildung 7.1 gestrichelt dargestellt) wird postuliert, wenn die wahrgenommene und die tatsächliche Verhaltenskontrolle stark übereinstimmen und eine hohe Intention vorliegt.⁵⁹ Bezüglich der Anwendung von Kondomen liegen diese Bedingungen bei Männern im allgemeinen eher vor als bei Frauen.⁶⁰

59 vgl. AJZEN (1991), S. 190 und REINECKE et al. (1996), S. 759

60 vgl. REINECKE (1997), S. 187f.

Für die nachfolgend angestellten Berechnungen zur Messung der Verhaltensabsicht von Antibabypillen- oder Kondomverhütung im Rahmen einer Faktorenanalyse (vgl. Kapitel 7.2.4 und 7.3.4) wurden die Faktoren Einstellung, subjektive Norm und Verhaltenskontrolle jeweils als Ergebnis einer Indexbildung aus den relevanten zwei bis drei Items, die zu deren Messung formuliert wurden, einbezogen. Die Itemauswahl erfolgte durch die Vorschaltung eines Pretests (vgl. Kapitel 2). Hierfür wurden zunächst geeignet erscheinende Items aus früher durchgeführten Studien gesammelt, übernommen, übersetzt, sprachlich angepaßt, und/oder weiterentwickelt. Zum Teil fand eine Ergänzung durch selbst formulierte Operationalisierungen statt. Im Rahmen der hier dargestellten Analyse werden nur diejenigen (oben vorgestellten) Items verwendet, die eine direkte Messung der Konstrukte der TOPB ermöglichen.⁶¹

Da persönliche Erfahrungen über die frühere Ausübung einer Verhaltensweise von Bedeutung für deren zukünftige Anwendung sind, wurden in die Analyse nur die 949 befragten Personen mit Koituserfahrung einbezogen. Das Fehlen dieser Erfahrung mit praktizierter Verhütung beim Geschlechtsverkehr würde eine Verschlechterung der Vorhersagbarkeit des Gebrauchs von Verhütungsmethoden bedingen, was sich insbesondere auf die Stärke der Beziehung zwischen Handlungsabsicht und deren Ausübung niederschlägt.

7.2

DETERMINANTEN DER PILLENANWENDUNGSABSICHT

Die Antibabypille ist das Verhütungsmittel, das den höchsten Bekanntheitsgrad unter Jugendlichen aufweist (vgl. Kapitel 4). Sie gilt als zuverlässigste Verhütungsmethode, wenn auch in jüngerer Zeit vermehrt Bedenken aufgrund ihrer Nebenwirkungen geäußert wurden. Die wichtigsten Spezifika der Anwendung von Antibabypillen zur Schwangerschaftsverhütung bestehen darin, daß es sich um eine „weibliche“ Verhütungsmethode handelt, deren Einnahme in der Regel über einen längeren Zeitraum hinweg ohne unmittelbaren Zusammenhang mit dem Geschlechtsverkehr erfolgt. Die Vorhersagbarkeit ihrer Anwendungsabsicht soll mittels der hierfür ausgewählten Items (F064 bis F071) in vier Schritten erfolgen: Einer deskriptiven Beschreibung folgen die Überprüfung der Konstruktvalidität des Instrumentariums und die Untersuchung von Subgruppenunterschieden. Den Abschluß bildet die Interpretation des Modells der Theorie des geplanten Verhaltens (vgl. Abbildung 7.1).

61 Auf die darüber hinaus ebenfalls erhobene Anzahl von Items zur indirekten Messung der Konstrukte mittels zugeordneten Werten und Erwartungen kann im Rahmen dieser Analyse nicht näher eingegangen werden.

7.2.1 DESKRIPTIVE BESCHREIBUNG

Wie die ermittelten deskriptiven Ergebnisse für die Gesamtgruppe der 949 Koituserfahrenen innerhalb der Stichprobe grundlegend zeigen, wurden alle zur Prognose der Pillenanwendungsabsicht verwendeten Items tendenziell ähnlich beantwortet. Abbildung 7.2 veranschaulicht diesen Umstand durch einen vorgenommenen Mittelwertvergleich.

Abb. 7.2

MITTELWERTVERGLEICH PILLENANWENDUNGSABSICHT

		MITTELWERT (n=949)
F064	Verhaltensabsicht	6,2
F065	Einstellung 1: schlecht/gut	6,3
F066	Einstellung 2: nutzlos/nützlich	6,5
F067	Einstellung 3: unwichtig/wichtig	6,3
F068	Norm 1: Bewertung	6,3
F069	Norm 2: Erwartung	6,0
F070	Verhaltenskontrolle 1: Schwierigkeit	6,2
F071	Verhaltenskontrolle 2: Fähigkeit	6,4
MITTELWERTE		

Die Mittelwerte der Variablen F064 bis F071 variieren nur schwach im Bereich zwischen 6,0 und 6,5. Der bei allen acht Items deutlich am häufigsten angegebene Wert auf der Antwortskala (Modus) ist die „7“ (501 bis 635 Nennungen), der für die höchstmögliche Wahrscheinlichkeit und geringstmögliche Schwierigkeit in bezug auf die Pillenanwendung steht. Der über alle Fragen ebenfalls mit Abstand am zweithäufigsten angekreuzte Wert ist die „6“ (100 bis 211 Nennungen), was die deutlich linksschiefe Antwortverteilung sämtlicher Items zusätzlich unterstreicht.

Da das gemäß der Theorie dem Konstrukt „Verhaltenskontrolle“ zugeordnete Item F070 bereits bei der Studie von 1991 erhoben wurde, konnte hier ein Zeitvergleich angestellt werden. Der im 5-Jahres-Vergleich ermittelte Mittelwertunterschied von 6,1 (für n=1070 Befragte in 1991) zu 6,2 zeigt, daß Schwierigkeiten bzw. Probleme bei der Pillenanwendung in etwa gleich hoch eingeschätzt werden.

7.2.2 KORRELATIONSSTRUKTUR

Die Beurteilung der Güte (Validität) der Meßinstrumente erfolgt durch die Betrachtung der Korrelationsmatrix. In die hierzu durchgeführten Berechnungen wurde die gesamte Teilstichprobe der 949 Koituserfahrenen integriert. Abbildung 7.3 zeigt die Stärke der Zusammenhänge von Items innerhalb der Konstrukte (schattierte Felder) und zwischen ihnen:

INTER- UND INTRAKORRELATIONEN DER PILLENITEMS

	(n=949)	F064	F065	F066	F067	F068	F069	F070	F071
F064	Verhaltensabsicht	1.00							
F065	Einstellung 1: schlecht/gut	.55	1.00						
F066	Einstellung 2: nutzlos/nützlich	.45	.66	1.00					
F067	Einstellung 3: unwichtig/wichtig	.53	.70	.66	1.00				
F068	Norm 1: Bewertung	.47	.49	.46	.47	1.00			
F069	Norm 2: Erwartung	.45	.42	.42	.45	.63	1.00		
F070	Verhaltenskontrolle 1: Schwierigkeit	.30	.32	.39	.34	.33	.30	1.00	
F071	Verhaltenskontrolle 2: Fähigkeit	.47	.44	.38	.36	.38	.41	.37	1.00

Alle Items korrelieren positiv miteinander (zwischen .30 und .70), was bedeutet, daß sie von der Tendenz her ähnlich bewertet werden. Die Anwendungsabsicht der Pille ist höher, wenn diese Methode positiv bewertet, im Umfeld eine gute Meinung hierüber wahrgenommen wird und hohe Fähigkeiten bzw. geringe Schwierigkeiten hiermit assoziiert werden. Die fast durchgängig höheren Korrelationswerte innerhalb der Modellkomponenten Einstellung, Norm und Verhaltenskontrolle (Intrakorrelationen) weisen auf eine konstruktvalide Messung der Ergebnisse von Einstellung, subjektiver Norm und Verhaltenskontrolle hin. Die Korrelationen zwischen den Konstrukten (Interkorrelationen) sind vergleichsweise geringer. Etwas aus dem Rahmen fallen lediglich die beiden Items der Verhaltenskontrolle (F070, F071), die intern nicht stärker korrelieren als mit externen Items. Auch fallen die externen Korrelationen (v.a. von F 070) im Vergleich etwas zu gering aus, was darauf hindeutet, daß die Schwierigkeit der Pillenanwendung entweder eine untergeordnete Rolle spielt oder von der konzeptionellen Umsetzung her verbesserungswürdig ist. Die Ergebnisse lassen insgesamt jedoch den Schluß zu, daß eine für den Zweck der Messung weitgehend zufriedenstellende Operationalisierung stattgefunden hat.

7.2.3 GRUPPENVERGLEICHE

Zur Klärung der Frage, ob die Items zur Vorhersage der Verhaltensabsicht „Pillenanwendung“ für alle Personen der Zielgruppe eher gleich oder signifikant verschieden beantwortet wurden, können Mittelwertvergleiche herangezogen werden. Gruppiert wurde zwischen Befragten aus den alten und den neuen Bundesländern, zwischen den Geschlechtern, zwischen Männern mit und ohne Partnerin und nach den vier gebildeten Altersgruppen. Die wichtigsten Ergebnisse zeigt Abbildung 7.4.

MITTELWERTVERGLEICH PILLENANWENDUNGSABSICHT NACH SUBGRUPPEN

		WEST (n=635)	OST (n=315)	M (n=462)	W (n=487)	MÄNNER	
						MIT PARTNERIN (n=279)	OHNE PARTNERIN (n=181)
Fo64	Verhaltensabsicht	6,1	6,3	6,1	6,2	6,3	(5,8)*
Fo65	Einstellung 1: schlecht/gut	6,3	6,5	6,3	6,4	6,3	6,1
Fo66	Einstellung 2: nutzlos/nützlich	6,4	6,6	6,4	6,6	6,5	6,3
Fo67	Einstellung 3: unwichtig/wichtig	6,3	6,5	6,3	6,4	6,4	6,1
Fo68	Norm 1: Bewertung	6,1	6,3	6,0	6,3	6,1	(5,9)*
Fo69	Norm 2: Erwartung	5,9	6,1	5,8	6,2	5,8	(5,7)*
Fo70	Verhaltenskontrolle 1: Schwierigkeit	6,1	6,4	6,1	6,3	6,2	5,9
Fo71	Verhaltenskontrolle 2: Fähigkeit	6,3	6,5	6,3	6,4	6,4	(6,1)*

MITTELWERTE

* Anmerkung: Da hier explizit nach der Partnerin des Befragten im Zusammenhang mit der Pillenanwendung gefragt wurde, sollten diejenigen männlichen Personen ohne Partnerin diese Einschätzung für eine fiktive (frühere oder gewünschte zukünftige) Partnerin abgeben.

Sowohl in bezug auf den in Abbildung 7.4 dargestellten Ost-West-Vergleich als auch im Hinblick auf den ebenfalls vorgenommenen Vergleich der beiden Geschlechter finden sich interessante Ergebnisse, die auf systematisch unterschiedliches Antwortverhalten hinweisen. So zeigt sich bei den befragten ostdeutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine positivere Einstellung zur Pille, d.h. sie wird als besser, nützlicher und wichtiger betrachtet. Daneben empfinden die Befragten aus den neuen Bundesländern auch eine stärkere subjektive Norm. Sie schätzen ihr soziales Umfeld bezüglich der Absicht der Pilleneinnahme als positiver eingestellt ein. Die gleichen Differenzen bestehen auch bei der Verhaltenskontrolle: Ostdeutsche schätzen die Pillenanwendung als weniger schwierig ein und sehen sich hierzu eher fähig. Schließlich zeigt auch die Messung der Handlungsintention bei den 16- bis 24jährigen Ostdeutschen eine höher ausgeprägte Verhaltensabsicht als bei ihren westdeutschen AltersgenossInnen. Insgesamt erfährt die Pille durch die BefragungsteilnehmerInnen in den neuen Bundesländern eine deutlich bessere Bewertung. Hier steht man dieser Verhütungsmethode demnach positiver gegenüber als in den alten Bundesländern.

Ein signifikant unterschiedliches Antwortverhalten ist auch im Geschlechtervergleich deutlich: Weibliche Befragte haben eine insgesamt positivere Einstellung zur Pille. Während bei Güte und Bedeutung der Pillenanwendung nur geringfügig höhere Werte durch die befragten jungen Frauen vergeben werden, bewerten sie vor allem die Nützlichkeit der Anwendung dieser Verhütungsmethode höher als ihre männlichen Altersgenossen. Auch die wahrgenommene subjektive Norm liegt bei den weiblichen Befragten über der der Männer. Schließlich zeigt sich bei den Frauen auch eine leicht höhere Verhaltenskontrolle hinsichtlich der Pilleneinnahme, die in erster Linie durch eine geringer eingeschätzte

Schwierigkeit der Anwendung begründet wird. Auch wenn bei der Verhaltensabsicht nur geringfügige nicht-signifikante Unterschiede vorliegen, verdeutlicht dies, daß es sich bei der Pille um eine spezifisch weibliche Verhütungsmethode handelt. Dieser geschlechtsspezifische Unterschied bei der Einschätzung der Antibabypille wird auch durch den Vergleich von männlichen Befragten mit und ohne Partnerin bestätigt. Junge Männer mit Partnerin zeigen eine tendenziell positivere Einstellung zur Pille, weisen eine stärkere subjektive Norm auf und bewerten die Schwierigkeit der Pilleneinnahme deutlich geringer als es ihre Altersgenossen, die derzeit ohne Partnerin sind, tun. Obwohl nicht alle Differenzen die Signifikanzprüfung erfüllen, ist hier ein Trend feststellbar. Zum einen wird der Einfluß der Partnerin auf die Verhütungsmittelwahl deutlich, wie sich zum anderen auch empirisch belegen läßt, daß die Pille innerhalb von (festen) Partnerschaften höhere Bedeutung erlangt hat und demzufolge hier wohl auch häufiger zur Anwendung kommt.

Bei den Vergleichen zwischen den vier Altersgruppen sind aufgrund der errechneten Mittelwerte kaum bedeutsame Unterschiede erkennbar. Lediglich bei den Einstellungen zur Pillenanwendung erfährt diese Methode eine um so negativere Bewertung, je älter die BefragungsteilnehmerInnen sind. Dies gilt vor allem bei der Beurteilung der Wichtigkeit der Pilleneinnahme. Eine Erklärung hierfür könnte in dem besseren Informationsgrad Älterer über Nebenwirkungen der Pille bestehen. Bei der Kontrollerwartung schätzen die Älteren dagegen ihre eigene Fähigkeit (bzw. die ihrer Partnerin) zur Pilleneinnahme tendenziell höher ein als die Jüngeren.

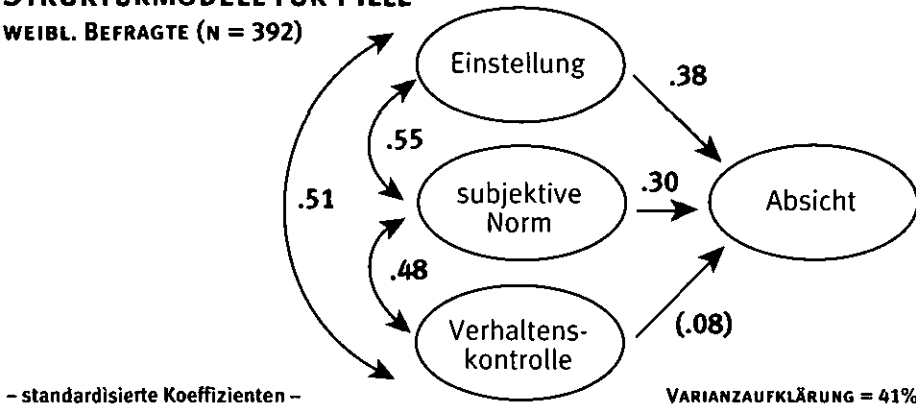
7.2.4 MODELLPRÜFUNG

Die Stärke des Einflusses von Einstellung, Norm und Verhaltenskontrolle auf die Verhütungsabsicht mit der Antibabypille wurde über ein Strukturgleichungsmodell mit dem EDV-Programm LISREL 8 berechnet⁶². Aus den zur Modellierung herangezogenen Items wurden zu diesem Zweck drei Indizes konstruiert, die gemäß der TOPB die Faktoren Einstellung, subjektive Norm und Verhaltenskontrolle bilden. Der Faktor Verhaltensabsicht wurde über ein Item (F064) erfaßt.

Aufgrund der bisher ermittelten und diskutierten Ergebnisse, die auf Geschlechterunterschiede hinsichtlich der Pillenanwendung hindeuten, wurden getrennte Modelle für männliche und weibliche Befragungsteilnehmer berechnet. Abbildung 7.5 zeigt zunächst den unterschiedlichen Wirkungsgrad der einzelnen Modellkomponenten bei der Vorhersage der Anwendungsabsicht der Antibabypille für die 392 koituserfahrenen jungen Frauen, die alle Fragen beantworteten.

Wie bereits auf der Itemebene nachgewiesen wurde, korrelieren auch die Modellkomponenten Einstellung, subjektive Norm und Verhaltenskontrolle positiv miteinander (Wirkungsgrad .48 bis .55). Dies bestätigt zunächst, daß eine positive Einstellung mit hoher subjektiver Norm und hoher Verhaltenskontrolle einhergeht (und umgekehrt). Im Hinblick auf die

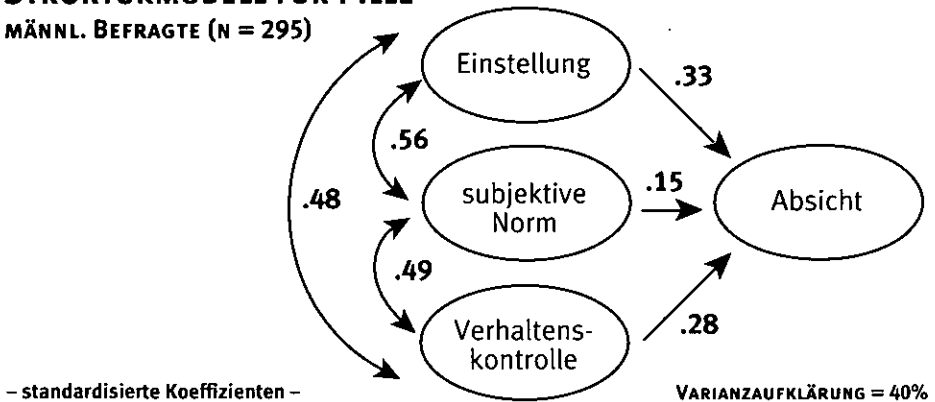
62 vgl. JÖRESKOG/SÖRBOM (1993)

STRUKTURMODELL FÜR PILLE**WEIBL. BEFRAGTE (N = 392)**

Einflußgröße dieser drei Faktoren auf die Anwendungsabsicht der Pillenverhütung ist erkennbar, daß für die weiblichen Personen von 16 bis 24 Jahren in erster Linie die Einstellung (.38) und die wahrgenommene subjektive Norm (.30) von Relevanz für die Verhütungsabsicht sind, während die Verhaltenskontrolle keine Rolle spielt, da der Pfadkoeffizient aufgrund seiner geringen Höhe nicht signifikant ist. Insgesamt läßt sich über das Theoriemodell in Verbindung mit der vorgenommenen Itemauswahl bzw. -operationalisierung ein Anteil von 41% Varianz des Konstrukts Anwendungsabsicht erklären.

Das gleiche Modell wurde auch für den koituserfahrenen männlichen Teil der Stichprobe berechnet. Auch hier wurde nur in die Analyse einbezogen, wer alle Items beantwortete („listwise deletion“), so daß die Fallzahl 295 Personen betrug. Da es sich bei der Antibabypille um eine „weibliche“ Verhütungsmethode handelt, bezogen sich einige Fragen (F064, F068, F069 und F071) auf die Partnerin des Befragten. Abbildung 7.6 zeigt die hieraus errechneten Determinanten, die hinsichtlich ihrer Bedeutung einige spezifische Unterschiede im Vergleich zu den weiblichen Befragten aufweisen.

Auch bei dem für die Gruppe der männlichen Befragten errechneten Modell zeigen sich positive Zusammenhänge zwischen den drei Einflußfaktoren, die in ihrer Höhe (.48 bis .56) den Ergebnissen für die weibliche Altersgruppe sehr ähnlich sind. Bei der Bedeutung der Komponenten Einstellung, wahrgenommene Norm und Verhaltenskontrolle für die Intention, die Pille anzuwenden, sind demgegenüber jedoch klare Unterschiede erkennbar. Hier wirken alle drei Größen signifikant auf die Verhütungsabsicht ein, wobei (auch hier) der Einstellung die größte Bedeutung (.33) zufällt. Fast genauso wichtig ist für die jungen Männer aber auch die Verhaltenskontrolle (.28). Dies könnte darin begründet liegen, daß Männer auf diese keinen unmittelbaren Einfluß ausüben können. Von der wahrgenommenen Norm geht schließlich nur ein geringer Einfluß (.15) auf die Absicht aus. Dies deutet darauf hin, daß bei Männern das Thema Pillenverhütung offenbar weniger thematisiert wird und der soziale Kontext daher für ihr Verhütungsverhalten weniger bedeutsam ist. Die Erklärungskraft der vorgenommenen Modellierung liegt für diese Subgruppe bei 40% Varianzaufklärung.

STRUKTURMODELL FÜR PILLE**MÄNNL. BEFRAGTE (N = 295)**

7.3

**DETERMINANTEN DER
KONDOMANWENDUNGSABSICHT**

Das Kondom ist ein bei den 16- bis 24jährigen sehr bekanntes Verhütungsmittel, nach der Antibabypille am beliebtesten. Die Akzeptanz gegenüber dem Kondom nahm in den letzten Jahren zu (vgl. Kapitel 4). Das Kondom ist die einzige Verhütungsmethode, die zugleich einen wirksamen Schutz gegenüber der Ansteckung mit dem HI-Virus bietet. Die bestimmenden Eigenschaften der Kondomanwendung sind darin zu sehen, daß es sich um eine situativ im unmittelbaren Kontext mit Sexualverkehr anwendbare Verhütungsmethode handelt, die direkt vom bzw. beim Mann angewendet wird, weswegen es als „männliches“ Verhütungsmittel einzuordnen ist. Dennoch ist zu beachten, daß es stets der Zustimmung zweier Personen bedarf, um ein Kondom zu benutzen. Die Vorhersagbarkeit der Anwendungsabsicht von Kondomen soll durch die hierfür ausgewählten Items (F084 bis F091) in vier Schritten erfolgen. An die beginnende deskriptive Beschreibung schließt sich die Überprüfung der Konstruktvalidität des Instrumentariums an. Es folgt die Untersuchung von Subgruppenunterschieden, bevor die Interpretation des eigentlichen Modells den Abschnitt beschließt.

7.3.1 DESKRIPTIVE BESCHREIBUNG

Die ermittelten deskriptiven Ergebnisse für die Gesamtgruppe der 949 Koituserfahrenen innerhalb der Stichprobe zeigen auch für alle zur Prognose der Kondomanwendungsabsicht verwendeten Items ähnliche Antwortmuster (vgl. Kapitel 7.2.1). Abbildung 7.7 zeigt die Mittelwerte aller acht verwendeten Items im Vergleich.

MITTELWERTVERGLEICH KONDOMANWENDUNGSABSICHT

		MITTELWERT (N=949)
F084	Verhaltensabsicht	4,7
F085	Einstellung 1: schlecht/gut	5,3
F086	Einstellung 2: nutzlos/nützlich	5,7
F087	Einstellung 3: unwichtig/wichtig	5,7
F088	Norm 1: Bewertung	5,4
F089	Norm 2: Erwartung	5,0
F090	Verhaltenskontrolle 1: Schwierigkeit	5,5
F091	Verhaltenskontrolle 2: Fähigkeit	5,9
MITTELWERTE		

Die Mittelwerte der Variablen F084 bis F091 variieren mit Ausnahme des Items F084 „Verhaltensabsicht“ (4,7) im Bereich zwischen 5,0 und 5,9. Bei allen wurde der Wert „7“ auf der Antwortskala am häufigsten genannt (Modus). Damit brachten immerhin zwischen 265 und 447 Personen die positivste Bewertung, höchste Wahrscheinlichkeit und geringste Schwierigkeit in bezug auf die Kondomanwendung zum Ausdruck. Sämtliche Antwortverteilungen sind demzufolge linksschief, wenn auch nicht in so extremem Maße, wie dies bei den Items zur Messung der Pillenanwendung der Fall ist.

Der für das Item F090 (Verhaltenskontrolle) mögliche Zeitvergleich zur Studie von 1991 zeigt eine deutliche Veränderung der Bewertung von Schwierigkeiten bei der Anwendung von Kondomen: Während der Mittelwert diesbezüglich vor fünf Jahren bei 5,0 lag (für 1070 Koituserfahrene), bringt der 1996 ermittelte Wert von 5,5 eine klar geringere Einschätzung der Probleme bei der Kondomanwendung zur Schwangerschaftsverhütung zum Ausdruck. Dies läßt den Schluß zu, daß der Kondomgebrauch nach Einschätzung der Befragten in 1996 weniger schwierig gesehen wird, als dies früher der Fall war.

7.3.2 KORRELATIONSSTRUKTUR

Die anhand der gesamten Teilstichprobe der 949 koituserfahrenen Befragten durchgeführten Korrelationsberechnungen zwischen den Items gibt Aufschluß über deren Güte (Validität). In Abbildung 7.8 sind die Intrakorrelationen (schattierte Felder) und Interkorrelationen in Matrixform dargestellt.

INTER- UND INTRAKORRELATIONEN DER KONDOMITEMS

	(n=949)	Fo84	Fo85	Fo86	Fo87	Fo88	Fo89	Fo90	Fo91
Fo84	Verhaltensabsicht	1.00							
Fo85	Einstellung 1: schlecht/gut	.45	1.00						
Fo86	Einstellung 2: nutzlos/nützlich	.36	.75	1.00					
Fo87	Einstellung 3: unwichtig/wichtig	.44	.74	.74	1.00				
Fo88	Norm 1: Bewertung	.50	.55	.49	.52	1.00			
Fo89	Norm 2: Erwartung	.55	.48	.40	.45	.69	1.00		
Fo90	Verhaltenskontrolle 1: Schwierigkeit	.34	.47	.42	.43	.46	.42	1.00	
Fo91	Verhaltenskontrolle 2: Fähigkeit	.37	.37	.30	.32	.35	.31	.51	1.00

Die Tatsache, daß alle Items positiv miteinander korrelieren (Wertebereich von .30 bis .75), weist auf eine gleichgerichtete Antworttendenz hin. So geht eine hohe Anwendungsabsicht des Kondoms einher mit einer positiven Einstellung, einer als befürwortend empfundenen Einstellung des Umfeldes und einer hohen wahrgenommenen Kontrollerwartung in bezug auf die Anwendung dieser Verhütungsmethode. Die Intrakorrelationen – d.h. die Zusammenhänge innerhalb der einzelnen Bestandteile einer Itemgruppe – übertreffen die Zusammenhänge zwischen den Komponenten (Interkorrelationen) durchweg. Somit kann aus dieser Perspektive von einer zufriedenstellenden Operationalisierung gesprochen werden. Nur für die Items der Verhaltenskontrolle (F090, F091) sind höhere Werte erwartet worden, was eine weitere Verbesserung der Operationalisierung notwendig werden läßt.

7.3.3 GRUPPENVERGLEICHE

Die angestellten Mittelwertvergleiche zwischen den Angehörigen beider Geschlechter, zwischen west- und ostdeutschen Befragten, sowie zwischen den Altersgruppen und zwischen Frauen mit und ohne Partner sollen Erkenntnisse darüber bringen, inwieweit ähnliches oder (signifikant) voneinander abweichendes Antwortverhalten zwischen diesen Subgruppen vorliegt.

Wie die Werte aus Abbildung 7.9 zeigen, liegen hinsichtlich aller vier untersuchten Merkmale spezifische Antwortdifferenzen vor. Bei den Befragten aus den neuen Bundesländern ist eine positivere Bewertung des Kondomgebrauchs, eine positiver eingeschätzte Fähigkeit, Kondome richtig anzuwenden, und eine geringer wahrgenommene Verhaltenskontrolle feststellbar. Somit ist die Verhütung mittels Kondom (vgl. Kapitel 7.2.3) bei den Ostdeutschen als populärer einzuschätzen. Einzig bei der Absicht der Kondomanwendung ist man zwischen Ost- und Westdeutschen ähnlicher Meinung. Hier liegen nur geringe Mittelwertunterschiede vor, die nicht zufällig sind.

MITTELWERTVERGLEICH KONDOMANWENDUNGSABSICHT NACH SUBGRUPPEN

						FRAUEN		ALTER			
		WEST (n=635)	OST (n=315)	M (n=462)	W (n=487)	MIT PARTNER (n=344)	OHNE PARTNER (n=141)	16-17 (n=114)	18-19 (n=220)	20-22 (n=303)	23-24 (n=312)
Fo84	Verhaltens- absicht	4,7	4,7	4,9	4,6	4,3	(5,3)*	5,2	5,0	4,8	4,4
Fo85	Einstellung 1: schlecht/gut	5,1	5,5	5,5	5,1	5,0	5,4	5,4	5,4	5,3	5,1
Fo86	Einstellung 2: nutzlos/nützlich	5,6	5,8	5,8	5,5	5,5	5,7	5,9	5,8	5,6	5,6
Fo87	Einstellung 3: unwichtig/wichtig	5,6	5,9	5,9	5,6	5,5	5,8	5,9	5,9	5,7	5,5
Fo88	Norm 1: Bewertung	5,3	5,6	5,5	5,3	5,2	(5,8)*	5,7	5,7	5,4	5,2
Fo89	Norm 2: Erwartung	5,0	5,2	5,2	4,9	4,7	(5,4)*	5,4	5,4	5,0	4,7
Fo90	Verhaltenskon- trolle 1: Schwierigkeit	5,4	5,8	5,6	5,5	5,4	5,7	5,9	5,7	5,5	5,4
Fo91	Verhaltens- kontrolle 2: Fähigkeit	5,8	6,1	6,0	5,8	5,9	(5,8)*	5,9	6,0	5,9	5,9

MITTELWERTE

* Anmerkung: Da hier explizit nach dem Partner der Befragten im Zusammenhang mit der Kondomanwendung gefragt wurde, sollten diejenigen weiblichen Personen ohne Partner diese Einschätzung für einen fiktiven (früheren oder gewünschten zukünftigen) Partner abgeben.

Die befragten männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen gaben dem Kondom auf allen acht Items höhere Werte als die gleichaltrigen jungen Frauen. Diese bei allen vier Modellkomponenten Absicht, Einstellung, Norm und Verhaltenskontrolle bestehenden deutlichen Geschlechtsunterschiede zeigen, daß das Kondom als eher männliche Verhütungsmethode einzuordnen ist, wenn auch nicht alle beobachtbaren Differenzen signifikant sind. Der geschlechtsspezifische Einfluß bei der Beurteilung von Kondomen wird mittels des durchgeführten Vergleichs zwischen Frauen mit und ohne derzeitigen Partner unterstrichen. Die Gruppe derjenigen, die in einer Partnerschaft leben, bewerten das Kondom durchweg mit deutlich geringeren Mittelwerten, da diese Verhütungsmethode in (festen) Partnerschaften eine untergeordnetere Rolle spielt. Demgegenüber sind gerade bei den befragten Mädchen und jungen Frauen ohne Partner die sowohl relativ als auch insgesamt höchsten Werte bei sämtlichen acht Einzelmessungen zu beobachten. Dies gilt in besonderem Maße für die beiden dem Konstrukt subjektive Norm zugeordneten Items (F088 und F089), wo die größten Unterschiede zu den weiblichen Personen mit Partner ermittelt wurden. Das bedeutet, daß bei der Zielgruppe der 16- bis 24jährigen Frauen ohne Partner die vergleichsweise beste Einstellung, höchste Verhaltenskontrolle, stärkste subjektiv-

tive Norm und größte Absicht hinsichtlich der Kondomverhütung vorliegen. Dies erklärt sich durch die Notwendigkeit der aktiven Aids-Prävention dieser besonders gefährdeten Gruppe. Die Doppelfunktion von Kondomen als Methode, die gleichermaßen zur Schwangerschaftsverhütung und zum Schutz vor einer Ansteckung mit dem HI-Virus dient, wird durch diese Ergebnisse deutlich belegt.

Schließlich sind auch klare Unterschiede bei der Kondombewertung zwischen den gebildeten Altersgruppen erkennbar. Nur die eingeschätzte Fähigkeit der Kondomanwendung bei sich selbst bzw. dem männlichen Partner zeigt sich hier zwischen den Angehörigen aller Altersstufen stabil. Bei allen anderen Items ist dagegen eine um so geringere Absicht, negative Einstellung, geringer empfundene subjektive Norm und höher wahrgenommene Schwierigkeit der Kondomanwendung zu konstatieren, je älter die Befragten sind. Dieser Umstand läßt sich mit dem (bereits erwähnten) Hinweis erklären, daß die Befragten der älteren Jahrgänge innerhalb der Zielgruppe wesentlich häufiger in Partnerschaften leben und daher die Pille zur Schwangerschaftsverhütung anwenden, als dies bei den Jüngeren der Fall ist (mit 69,9% bei den 23- bis 24-jährigen doppelt so viele wie bei den 16- bis 17-jährigen).

7.3.4 MODELLPRÜFUNG

Auch zur Ermittlung der unterschiedlichen Bestimmungsgrößen zur Prognose der Verhütungsabsicht mittels Kondom wurde ein Strukturgleichungsmodell mit LISREL 8 berechnet. Diesem Modell lagen die aus den verwendeten Items gebildeten Indizes Einstellung, subjektive Norm und Verhaltenskontrolle zugrunde, während zur Messung der Verhaltensabsicht das einzelne Item F084 verwendet wurde.

Da die deskriptiven Resultate auch auf eine geschlechtsspezifische Beurteilung des Gebrauchs von Kondomen hinweisen, wurden separate Modellierungen für männliche und weibliche Befragte angestellt. In Abbildung 7.10 ist das Vorhersagemodell mit seinen einzelnen Komponenten zunächst für die Gruppe der 334 koituserfahrenen jungen Männer abgebildet, die alle Items beantworteten.

Wie die positiven Werte zwischen den Faktoren Einstellung, subjektive Norm und Verhaltenskontrolle zeigen, ist neben der Itemebene (vgl. Kapitel 7.2.2) auch auf der Konstruktebene eine positive Korrelation mittlerer Ausprägung zwischen den Faktoren des Modells vorhanden. Somit beeinflussen sich Einstellung, subjektive Norm und wahrgenommene Verhaltenskontrolle gegenseitig. Die Absicht der Kondomanwendung wird durch zwei Komponenten maßgeblich beeinflusst, wobei die subjektive Norm (.37) gegenüber der Einstellung (.32) etwas bedeutsamer ist. Die Verhaltenskontrolle spielt dagegen keine Rolle. Insgesamt tragen die herangezogenen Faktoren 40% zur Erklärung der Verhaltenabsicht bei.

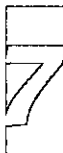
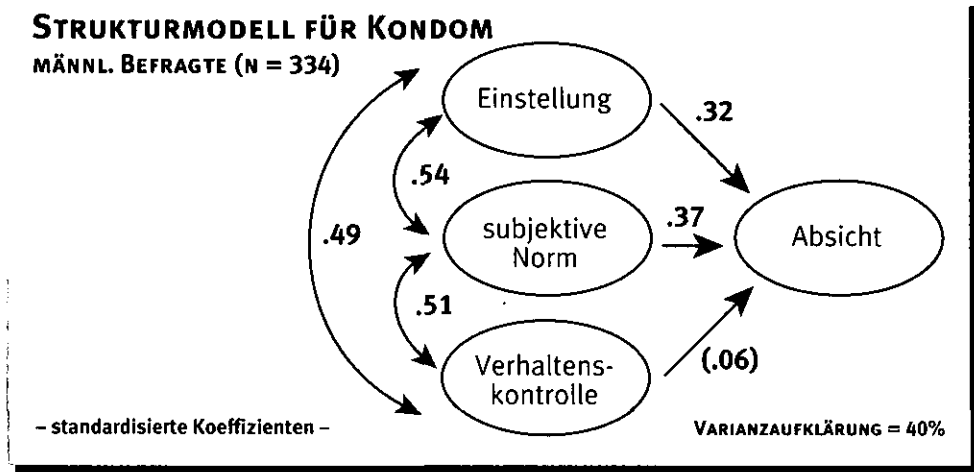
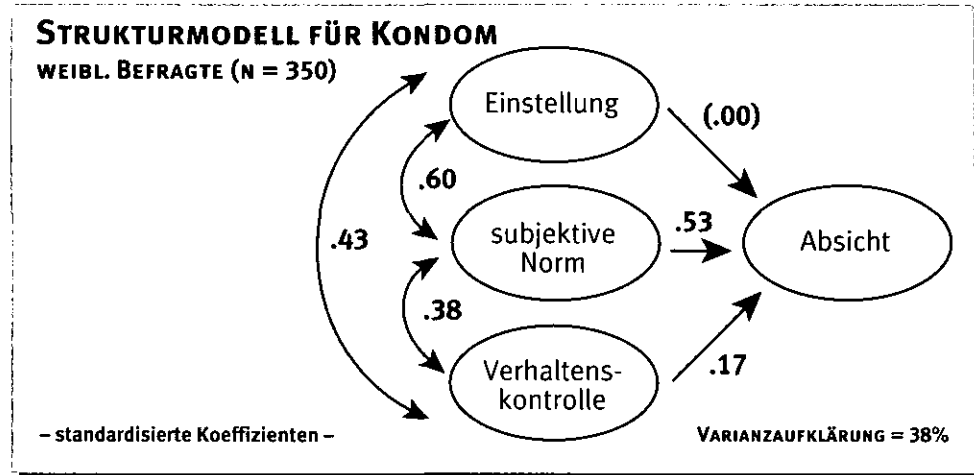


Abb. 7.10



Auch für die 350 weiblichen Befragten mit Koituserfahrung, die durchgängig antworteten, fand eine entsprechende Modellberechnung statt. Zu beachten ist, daß die Items (F084, F088, F089 und F091) gemäß ihrer Formulierung nach dem Partner der Befragten fragen, da das Kondom als männliche Verhütungsmethode zu bewerten ist. Die für diese Gruppe berechneten Ergebnisse gibt Abbildung 7.11 wieder.

Abb. 7.11



Die positiven Korrelationen zwischen Einstellung, subjektiver Norm und Verhaltenskontrolle zeigt deren gegenseitige Abhängigkeit. Für den Einfluß auf die Intention zur Kondomanwendung ist im Unterschied zur männlichen Stichprobe bei den 16- bis 24jährigen Frauen eine absolute Dominanz der subjektiven Norm (.53) feststellbar, während die Verhaltenskontrolle hier nur wenig (.17) und die Einstellung überhaupt keinen Einfluß ausüben. Die Herausbildung einer Absicht der Kondomanwendung wird demzufolge bei den befragten

Frauen maßgeblich über Gespräche mit wichtigen Personen des Umfeldes entschieden. Insgesamt kann mit der TOPB durch die vorgenommene Instrumentalisierung ein Anteil von 38% der Varianz erklärt werden.

7.4

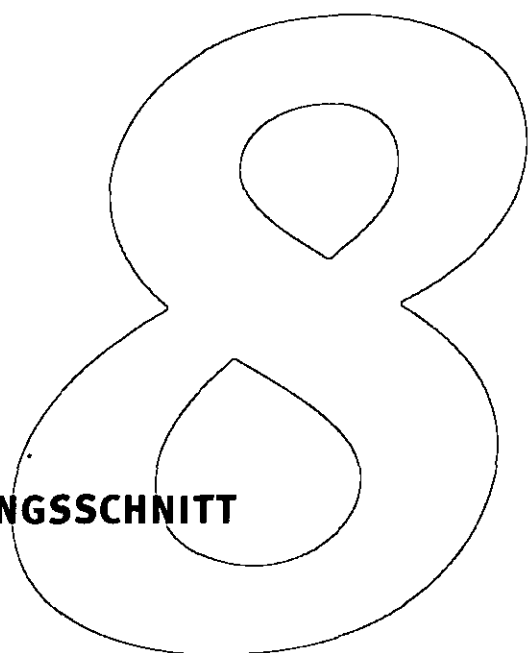
ZUSAMMENFASSUNG

Mit der Theorie des geplanten Verhaltens (TOPB) wurde ein Ansatz vorgestellt, der Verhalten als Ergebnis einer Intention determiniert. Diese Absicht soll ihrerseits aus den drei Faktoren Einstellung, subjektive Norm und Verhaltenskontrolle erklärt werden. Die Anwendbarkeit dieser allgemeinen Theorie wurde anhand von jeweils acht Itemsätzen auf die Vorhersagbarkeit der Verhütungsabsicht mit Pille bzw. Kondom getestet. Aufgrund der Ergebnisse dieser Analyse ist mit dem verwendeten Instrumentarium eine Prognose der Verhütungsabsichten möglich. Bei vier für Pille und Kondom und nach Geschlecht getrennt berechneten Modellen lag die Vorhersagbarkeit der spezifischen Verhütungsabsichten zwischen 38% und 41% erklärter Varianz (R^2). Dieser Wertebereich liegt nur knapp unterhalb der durch Metaanalysen ermittelten durchschnittlichen Varianzaufklärung von 46% innerhalb der sozialwissenschaftlichen Praxis⁶³. Die Erklärungskraft des Theoriemodells auf die untersuchten Situationen zur Vorhersage von Verhütungsabsichten ist somit als insgesamt zufriedenstellend zu bewerten. Eine Verbesserung des Modells könnte (insbesondere im Fall der Pillenanwendung) vor allem über eine genauere Spezifizierung der Modellkomponente Verhaltenskontrolle z.B. mittels der Operationalisierung „sexueller Fähigkeit“ erfolgen. Zudem könnte mit der Entwicklung von Items, die den Umstand berücksichtigen, daß mit Pille und Kondom zwei spezifisch unterschiedliche Methoden (weibliche vs. männliche bzw. permanente vs. situative Verhütung) vorliegen, eine weitere Verbesserung des Erklärungsgehaltes erfolgen.

Zwischen den errechneten Pfadkoeffizienten zur Erklärung der Intention von Verhütungsverhalten bestehen sowohl zwischen Pillen- und Kondomverhütung als auch zwischen männlichen und weiblichen Befragten zum Teil erhebliche Differenzen, die eine unterschiedliche Bedeutung der einzelnen Einflußfaktoren anzeigen. So wird deutlich, daß bei den weiblichen Befragten die subjektive Norm bedeutend mehr zur Prognose von Verhütungsabsichten beiträgt. Offenbar wird das Verhütungsthema im sozialen Umfeld häufiger zur Sprache gebracht bzw. einfach ernster genommen, als es bei den männlichen Personen der Fall ist. Für Männer erscheinen Verhütung als Gesprächsthema tabuisierter und soziale Einflüsse unwichtiger. Auf der anderen Seite weisen das Pillenmodell für Frauen und das Kondommodell für Männer auffallende strukturelle Ähnlichkeiten auf, da die wahrgenommene Verhaltenskontrolle nach beiden Berechnungen kein relevanter Erklärungsfaktor ist. Bedeutung erlangt diese Komponente nach Interpretation der Datelage nur da, wo die entsprechende Verhütungsmethode nicht selbst, sondern durch den Partner/die Partnerin zur Anwendung gebracht wird.

63 vgl. VAN DEN PUTTE (1993), S. 27-45

VERÄNDERUNGEN IM LÄNGSSCHNITT



Um Aussagen darüber treffen zu können, inwieweit die im Zusammenhang mit der Theorie des geplanten Verhaltens (TOPB) gemessenen Ergebnisse stabil sind bzw. bestimmten Veränderungen unterliegen, wurde die Befragung für einen Teil der Zielpersonen als Panelstudie konzipiert (vgl. Kapitel 2). Nachdem die Interviews der Hauptuntersuchung beendet waren, wurden die Jugendlichen und jungen Erwachsenen gefragt, ob sie bereit wären, einen verkürzten Fragebogen nach einiger Zeit erneut zu beantworten. Die Resonanz von insgesamt 71,2% Zustimmung (persönlich, schriftlich oder telefonisch) auf diese Frage verdeutlicht, daß Art und Inhalt der Befragung bei den Personen der Zielgruppe einen sehr hohen Grad der Akzeptanz erreicht hat. Aus Kostengründen konnte der Fragebogen nur 260 Personen erneut vorgelegt werden. Die Durchführung dieser zweiten Befragungswelle erfolgte mittels mündlicher Befragung. Zwischen Erst- und Zweiterhebung wurde ein zeitlicher Abstand von mindestens drei Wochen eingehalten.

Das Paneldesign ermöglicht es, die zu den Einflußfaktoren für Pillen- und Kondomverhütungsabsicht ermittelten Resultate, welche in Kapitel 7 beschrieben wurden, mit dem zwischenzeitlich tatsächlich ausgeübten Verhalten in Verbindung zu bringen. Das Kapitel ist in die drei Abschnitte Demographievergleich, Determinanten der Pillenanwendung und Determinanten der Kondomanwendung untergliedert, bevor die Ergebnisse zusammengefaßt dargestellt werden.

8.1 DEMOGRAPHIE IM VERGLEICH

Zur Überprüfung der Zusammensetzung der beiden Stichproben aus Erst- und Wiederholungsbefragung werden beide zunächst grundlegend auf ihre demographische Struktur hin überprüft. Aus dieser Analyse lassen sich erste Erkenntnisse darüber gewinnen, ob und inwieweit die nachfolgend beschriebenen Messungen der zweiten Befragungswelle zur Vorhersage von Verhütungsabsicht und -handlung mit denen aus der Hauptbefragung vergleichbar sind. Da sich die TOPB nur für Personen anwenden läßt, die über persönliche Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr verfügen, wurden nur die 190 koituserfahrenen Personen der Wiederholungsbefragung jenen 949 aus der Gesamtstichprobe gegenübergestellt:

Wie Abbildung 8.1 zeigt, entsprechen sich die Gruppe der Koituserfahrenen aus der ersten und deren Subgruppe aus der zweiten Befragungsgruppe weitgehend. Hinsichtlich der soziodemographischen Merkmale Gebiet, Geschlecht, Bildung und Partner sind nur geringe

Abb. 8.1

DEMOGRAPHIEVERGLEICH

		ERSTBEFRAGUNG (T1) (n=949)	WIEDERHOLUNGSBEFRAGUNG (T2) (n=190)
Gebiet	Ostdeutschland	33,1	34,2
	Westdeutschland	66,9	65,8
Geschlecht	männlich	48,7	48,9
	weiblich	51,3	51,1
Altersgruppe	16-17 Jahre	12,0	14,7
	18-19 Jahre	23,2	22,1
	20-22 Jahre	31,9	35,3
	23-24 Jahre	32,9	27,9
Bildung	niedrig	20,3	18,4
	mittel	52,3	54,2
	hoch	27,4	27,4
Partner	ja	65,6	63,2
	nein	33,9	36,8
PROZENTANGABEN			

Abweichungen feststellbar, die keine systematische Verzerrung aufweisen. Lediglich bei der Variable Altersgruppe fällt auf, daß der Anteil der 23- bis 24jährigen bei der Nachbefragung schwächer vertreten ist, während die beiden Gruppen der 16- bis 17- und 20- bis 22jährigen dafür etwas höhere Anteile aufweisen. Dies dürfte auch die Ursache für die mit durchschnittlich 26,2 Monaten etwas geringere Partnerschaftsdauer der 190 Personen der Nachbefragung gegenüber dem Mittelwert von 29,1 Monaten bei allen 949 Koituserfahrenen sein.

Bezüglich weiterer über die tabellarische Darstellung hinausgehender Vergleiche bedeutsamer Merkmale läßt sich aussagen, daß die Mittelwerte von Religiosität, sozialer Schichtestufung, Einkommen und Anzahl der gewünschten Kinder sich bei beiden Stichproben nahezu exakt entsprechen. Ebenso bestehen bei den Verteilungen der Variablen Familienstand, Anzahl der Kinder und der sexuellen Orientierung deutliche Übereinstimmungen zwischen Erst- und Wiederholungsbefragung. Insgesamt ist es aufgrund der soziodemographischen Analysen somit als gerechtfertigt anzusehen, beide Stichproben auch hinsichtlich inhaltlicher Variablen miteinander zu vergleichen. Hier sind – wenn überhaupt – ausschließlich bei stark altersabhängigen Variablen systematische Verzerrungen möglich.

8

8.2

DETERMINANTEN DER PILLENANWENDUNG

Analog zu den Ausführungen im vorangegangenen Kapitel 7 erfolgt die Auswertung des Datenmaterials zur Prognose der Pillenanwendung in den vier Schritten deskriptive Beschreibung, Untersuchung der Korrelationsmatrix, Subgruppenanalyse und Modellberechnung.

8.2.1 DESKRIPTIVE BESCHREIBUNG

Um erste Aussagen über mögliche Veränderungen in bezug auf die Bewertung der Antibabypille durch die Befragten treffen zu können, wurde ein Mittelwertvergleich bei den 190 Koituserfahrenen durchgeführt, die die gleichen Fragen sowohl in der Ersterhebung (F064-F071) als auch in der Wiederholungsbefragung (G064-G071) vorgelegt bekamen.

Abb. 8.2

MITTELWERTVERGLEICH PILLENANWENDUNG IM LÄNGSSCHNITT

		ERSTBEFRAGUNG (T1) (n=190)	WIEDERHOLUNGSBEFRAGUNG (T2) (n=190)
F/Go64	Verhaltensabsicht	6,4	6,0
F/Go65	Einstellung 1: schlecht/gut	6,4	6,4
F/Go66	Einstellung 2: nutzlos/nützlich	6,5	6,5
F/Go67	Einstellung 3: unwichtig/wichtig	6,4	6,2
F/Go68	Norm 1: Bewertung	6,2	6,3
F/Go69	Norm 2: Erwartung	6,1	6,0
F/Go70	Verhaltenskontrolle 1: Schwierigkeit	6,3	6,3
F/Go71	Verhaltenskontrolle 2: Fähigkeit	6,6	6,6
MITTELWERTE			

Abbildung 8.2 zeigt, daß die Befragten alle Items in erster und zweiter Erhebungswelle ähnlich beantworteten. Die Mittelwerte von 6,0 oder darüber zeugen von deutlich linksschiefen Verteilungen auf der siebenstufigen Antwortskala, die eine klar positive Bewertung, eine hohe subjektive Norm und geringe Schwierigkeit bzw. hohe Fähigkeit der Pillenanwendung belegen. Nennenswerte Unterschiede zur Erstbefragung, die über das durch bloßen Zufall erklärable Maß hinausgehen, finden sich lediglich bei zwei der Variablen. Zum einen ist die grundsätzlich positive Einstellung der 16- bis 24jährigen zur Pille auf der Skala wichtig/unwichtig (F/G067) etwas schlechter geworden, zum anderen ist auch bei der Verhaltensabsicht (F/G064) eine rückläufige Tendenz beobachtbar, was unter Umständen mit dem

Effekt erklärt werden kann, daß die Befragten durch die erste Befragung mit Risiken der Pillenanwendung konfrontiert wurden.

Die bei der Wiederholungserhebung erstmals angewandte dichotome Frage nach der zwischenzeitlichen Anwendung der Pille zur Verhütung (GNP) mit den Ausprägungen „Ja“ und „Nein“ zeigt, daß ein sehr hoher Anteil der Personen (75,5%) tatsächlich die Pille benutzten. Bei den weiblichen Befragten ist dieser Anteil mit 82,5% der Anwenderinnen deutlich höher als bei den Partnerinnen der männlichen Befragten (68,1%).

8.2.2 KORRELATIONSSTRUKTUR

Die Betrachtung der Korrelationsmatrix für die Messungen der Bestandteile der TOPB erlaubt Aussagen über verschiedene Gütemaße der verwendeten Items zur Prognose der Pillenanwendung. Die Struktur der Zusammenhänge zwischen den Items zum zweiten Meßzeitpunkt gibt Information über die Gültigkeit (Validität) des Modells. Der Vergleich dieser Struktur mit den Korrelationen aus der Erstbefragung für die gleichen 190 Personen läßt Rückschlüsse auf die Zuverlässigkeit (Reliabilität) des Modells zu. Sofern sich Korrelationen zwischen gleichen Items für beide Messungen ähneln, kann von zeitlicher Stabilität der Meßinstrumente gesprochen werden.⁶⁴

Abb. 8.3

INTER- UND INTRAKORRELATIONEN DER PILLENITEMS IM LÄNGSSCHNITT

(n=190)		F/G	F/G	F/G	F/G	F/G	F/G	F/G	F/G	
		064	065	066	067	068	069	070	071	GNP
F/Go64	Verhaltensabsicht	.46	.44	.36	.45	.41	.35	.36	.37	.36
F/Go65	Einstellung 1: schlecht/gut	.44	.34	.61	.57	.45	.39	.30	.32	(.09)
F/Go66	Einstellung 2: nutzlos/nützlich	.34	.53	.24	.59	.38	.40	.25	.32	(.12)
F/Go67	Einstellung 3: unwichtig/wichtig	.41	.61	.78	.35	.47	.41	.27	.19	.23
F/Go68	Norm 1: Bewertung	.48	.47	.24	.44	.63	.56	.26	.47	.27
F/Go69	Norm 2: Erwartung	.39	.41	.32	.48	.66	.44	.35	.39	.25
F/Go70	Verhaltenskontrolle 1: Schwierigkeit	(.12)	.24	.18	.21	.38	.33	.27	.46	.20
F/Go71	Verhaltenskontrolle 2: Fähigkeit	.32	.30	.23	.25	.24	.25	.34	.30	.24
GNP	Verhalten	.51	.41	.17	.36	.34	.31	(.09)	(.14)	-

Anmerkung: Hauptdiagonale: Korrelation von erster zu zweiter Befragungswelle t_1 - t_2 (F-G); unterhalb der Hauptdiagonalen: Korrelationen in zweiter Befragungswelle t_2 (G); oberhalb der Hauptdiagonalen: Korrelationen in erster Befragungswelle t_1 (F).

64 vgl. SCHNELL/HILL/ESSER (1989), S. 147ff.

Abbildung 8.3 zeigt die Inter- und Intrakorrelationen der Pillenitems, die Messungen der Konstrukte des theoretischen Konzeptes (TOPB) sind. Die Intrakorrelationen der Items (Korrelationen innerhalb eines Konstruktes) weisen sowohl in der Erstbefragung (oberhalb der Hauptdiagonalen) als auch in der Wiederholungsbefragung (unterhalb der Hauptdiagonalen) recht ähnliche Muster auf (schattierte Felder). Die geringsten Zusammenhänge bestehen – wie schon in Kapitel 7 beschrieben – für die beiden Items der Verhaltenskontrolle (F/G070 und F/G071), was vor allem die Wiederholungsbefragung ($r = .34$) betrifft. Die übrigen Intrakorrelationen variieren zwischen .46 und .78. Die Interkorrelationen der Items (Korrelation zwischen den Konstrukten) sind für die Erst- und Wiederholungsbefragung ebenfalls recht ähnlich. Es zeigt sich auch hier, daß beide Items der Verhaltenskontrolle mit den übrigen Items in der Wiederholungsbefragung im Durchschnitt geringer korrelieren als in der Erstbefragung. Hier sind auch Differenzen über .10 festzustellen.

Die Hauptdiagonale der Matrix in Abbildung 8.3 zeigt die Korrelationen zwischen beiden Erhebungen für jeweils identische Items. Die Werte liegen zwischen .24 und .63. Der stärkste Zusammenhang ist für das Item F/G068 des Konstruktes subjektive Norm zu verzeichnen, der schwächste für das Item F/G066 des Konstruktes Einstellung.

Das neu aufgenommene Item GNP, welches nach der Pillenverwendung (Konstrukt Verhalten) zwischen Erst- und Wiederholungsbefragung fragt, wurde zusätzlich in die Korrelationsmatrix aufgenommen. Die stärksten Zusammenhänge bestehen zu den beiden Messungen der Verhaltensabsicht (F/G064). Es wird außerdem deutlich, daß die Items der Verhaltenskontrolle aus der Erstbefragung stärker mit dem Verhalten korrelieren als die entsprechenden Einstellungsisems, während bei der Wiederbefragung das Zusammenhangsmuster genau umgekehrt verläuft: Hier hängen die Einstellungsisems stärker mit dem Verhalten zusammen als die entsprechenden Items der Verhaltenskontrolle.

Insgesamt lassen die ermittelten Resultate trotz einiger Abstriche auf eine ausreichend gute Operationalisierung des Konzepts der TOPB schließen. Wie bereits angesprochen (vgl. Kapitel 7), dürften Verbesserungen in erster Linie über die Neuformulierung der Verhaltenskontrolle zu erreichen sein.

8.2.3 GRUPPENVERGLEICHE

Für das Datenmaterial der Personen aus der Nachbefragung wurde für die Items zur Prognose der Pillenanwendung ein Mittelwertvergleich zwischen den Merkmalen Ost- und Westdeutschland, Geschlecht, Partnerin (nur für Männer) und Altersgruppe durchgeführt. Dieser Analyseschritt dient dem Zweck der Ermittlung möglicher bedeutsamer subgruppenspezifischer Unterschiede im Antwortverhalten und deren Vergleich mit den entsprechenden Ergebnissen der ersten Erhebung.

MITTELWERTVERGLEICH PILLENNUTZUNG NACH SUBGRUPPEN IM LÄNGSSCHNITT

		M (n=93)	W (n=97)	MÄNNER	
				MIT PARTNERIN (n=49)	OHNE PARTNERIN (n=44)
Go64	Verhaltensabsicht	5,9	6,1	6,3	(5,6)*
Go65	Einstellung 1: schlecht/gut	6,5	6,4	6,6	6,3
Go66	Einstellung 2: nutzlos/nützlich	6,4	6,5	6,5	6,3
Go67	Einstellung 3: unwichtig/wichtig	6,2	6,2	6,4	6,0
Go68	Norm 1: Bewertung	6,2	6,3	6,3	(6,1)*
Go69	Norm 2: Erwartung	5,8	6,1	5,9	(5,8)*
Go70	Verhaltenskontrolle 1: Schwierigkeit	6,0	6,6	5,9	6,1
Go71	Verhaltenskontrolle 2: Fähigkeit	6,6	6,6	6,5	(6,7)*
GNP	Verhalten	1,7	1,8	1,8	1,5

MITTELWERTE

* Anmerkung: Da hier explizit nach der Partnerin des Befragten im Zusammenhang mit der Pillenanwendung gefragt wurde, sollten diejenigen männlichen Personen ohne Partnerin diese Einschätzung für eine fiktive (frühere oder gewünschte zukünftige) Partnerin abgeben.

Während für die beiden Merkmale neue bzw. alte Bundesländer und Alter(sgruppe) keine nennenswerten Differenzen bei den Messungen ermittelt wurden, zeigen sich in Abbildung 8.4 Unterschiede, die auf eine systematische geschlechts- und partnerspezifisch unterschiedliche Beantwortung einiger Fragen hindeuten. Während hinsichtlich der Einstellungitems keine Unterschiede feststellbar waren, gaben die weiblichen Befragten eine höhere Normwahrnehmung zur Pillenanwendung an und beantworteten auch die beiden Items zur Kontrolliererwartung signifikant anders, was vor allem in der deutlich geringeren Anwendungsschwierigkeit (G070) sichtbar wird. Schließlich sind bei den befragten jungen Frauen die Prozentwerte zur Anwendungsabsicht und zur tatsächlichen Anwendung der Antibabypille höher als bei den männlichen Befragungsteilnehmern gleichen Alters.

Bei den zusätzlich nach derzeitigem Partnerschaftsstatus unterteilten Männern zeigen sich neben ähnlich beantworteten Items zu Norm und Verhaltenskontrolle vor allem bei der Einstellung gegenüber der Pille bedeutsame Differenzen. Hier erhält diese Verhütungsmethode bei den Befragten mit Partnerin über alle drei Items (G065-G067) bessere Noten. Schließlich liegt den Ergebnissen der männlichen Befragten zufolge eine größere Anwendungsabsicht und auch eine häufigere Anwendung der Pille innerhalb von Partnerschaften vor.

Diese ermittelten Unterschiede, die aufgrund der geringeren Fallzahl größer ausfallen müssen, um der Signifikanzprüfung standzuhalten, bestätigen die bereits in Kapitel 7.2.3 dargestellten Ergebnisse auf geschlechts- und partnerschaftsspezifisches Antwortverhalten zur Schwangerschaftsverhütung mittels Antibabypille.

8

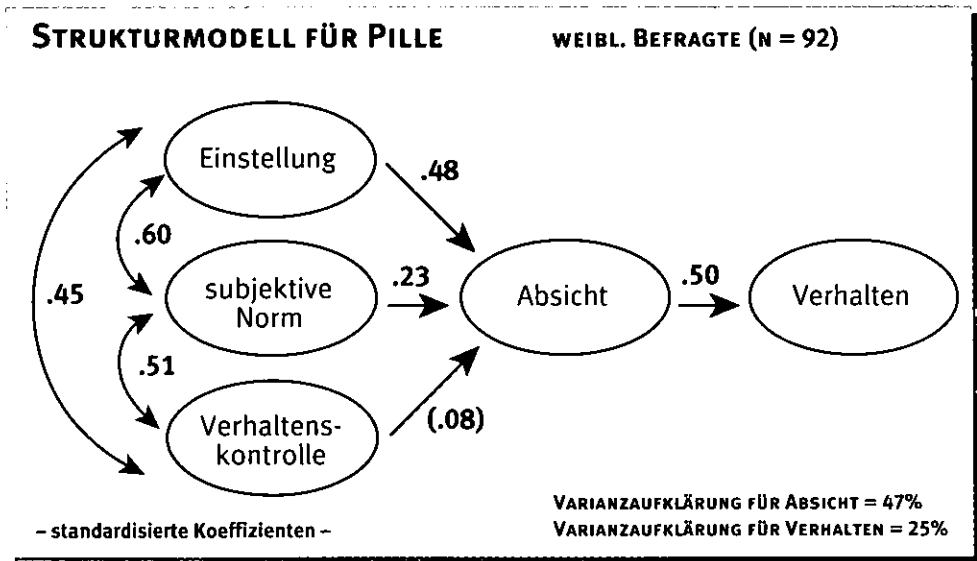
8.2.4 MODELLPRÜFUNG UNTER EINBEZIEHUNG DES VERHALTENS

Zur Ermittlung des Wirkungsgrades der einzelnen Einflußgrößen auf die tatsächliche Anwendung der Pille zur Schwangerschaftsverhütung wurde ein Strukturgleichungsmodell mit LISREL 8 berechnet. Als Grundlage hierfür dienen die aus den entsprechenden Items gebildeten Indizes für Einstellung (G065 bis G067), wahrgenommene Norm (G068, G069) und Verhaltenskontrolle (G070, G071) sowie die direkt gemessenen Komponenten Verhaltensabsicht (G064) und Verhalten (GNP).

Da die Anwendung der Antibabypille geschlechtsspezifische Ursachen aufweist, wie bereits in der Erstmessung nachgewiesen und durch die Wiederholungsbefragung unterstrichen wurde, fand eine getrennte Analyse für weibliche und männliche Befragte statt. Die in diesem Abschnitt gegenüber den übrigen Auswertungen abweichenden Fallzahlen resultieren aus der Streichung sämtlicher Fälle, die bei einem oder mehreren Items fehlende Werte aufweisen (listwise deletion). Zunächst wurde das Modell für die 92 koituserfahrenen Frauen, die auf alle Fragen antworteten, berechnet.

Abbildung 8.5 zeigt neben positiven Korrelationen zwischen den Faktoren Einstellung, Norm und Verhaltenskontrolle, daß die Absicht zur Pillenanwendung – und damit auch deren Anwendung selbst – den weiblichen Befragten zufolge durch zwei Größen maßgeblich beeinflusst wird: die Einstellung gegenüber der Pilleneinnahme und die über das soziale Umfeld der Person vermittelte Norm zu deren Anwendung. Die Verhaltenskontrolle bleibt ohne entscheidende Bedeutung, so daß sich das aus der Erstbefragung resultierende Ergebnis hier strukturell bestätigt. Der einzige Unterschied in der Zweitmessung liegt darin, daß der Einstellung hier (gegenüber der subjektiven Norm) noch mehr Bedeutung bei der Vorhersage der Handlungsabsicht zukommt, als dies für die 392 Personen in der ersten Analyse

Abb. 8.5

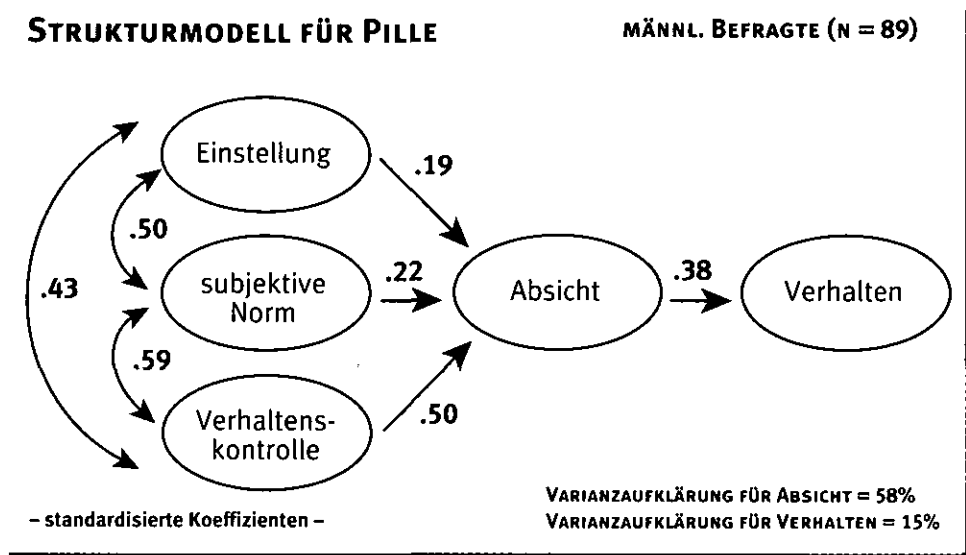


errechnet wurde (vgl. Abb. 7.5). Insgesamt ist die Intention zur Pillenanwendung mit der vorgenommenen Modellierung zu 47% erklärbar. Eine Vorhersage des konkreten Verhaltens ist zu 25% über die angewendete Operationalisierung möglich.

Bei der Berechnung für die 89 koituserfahrenen männlichen Personen aus der Wiederholungsbefragung ist zu berücksichtigen, daß sich einige der Fragen (G064, G068, G069 und G071) auf die tatsächliche oder eine angenommene Partnerin des Befragten beziehen.

Die gleiche Struktur zur Vorhersagbarkeit der Pillenanwendung, wie sie bereits für die 292 männlichen Personen der Erstbefragung ermittelt wurde (vgl. Abb. 7.6), zeigt sich auch für die Wiederholungsbefragung bestätigt (Abb. 8.6): Alle drei der positiv miteinander korrelierten Komponenten Einstellung, Norm und Verhaltenskontrolle tragen zur Prognose der Absicht, die Pille zur Verhütung zu verwenden, bei. Unterschiedlich zeigen sich lediglich deren Gewichte. Den Angaben der 89 Personen aus der zweiten Erhebungswelle zufolge hat die Verhaltenskontrolle die weitaus größte Erklärungskraft an der Intention, während bei der ersten Messung noch Einstellung und Verhaltenskontrolle als fast gleichermaßen

Abb. 8.6



bestimmend wirkende Faktoren zu interpretieren waren. Die Vorhersagbarkeit der Absicht zur Verhütung mittels Pille ist mit einem Anteil an erklärter Varianz von 58% relativ hoch. Von hier aus zur tatsächlichen Handlung ist es jedoch noch ein größerer Schritt, da die geäußerte Intention nur vergleichsweise mäßige 15% Varianz im Verhalten aufklärt. Dieser Umstand mag darin begründet liegen, daß es sich bei der Antibabypille um eine Verhütungsmethode handelt, deren Anwendung letztendlich von der Partnerin entschieden und ausgeführt wird.

8.3

DETERMINANTEN DER KONDOMANWENDUNG

Wie bereits in Kapitel 7 dargestellt, gliedert sich die Auswertung des Datenmaterials zur Prognose der Kondomanwendung auch hier in die vier Abschnitte deskriptive Beschreibung, Untersuchung der Korrelationsmatrix, Subgruppenanalyse und Modellbildung.

8.3.1 DESKRIPTIVE BESCHREIBUNG

Ein durchgeführter Mittelwertvergleich bei den 190 koituserfahrenen Personen, die in der Erst- und in der Wiederholungsbefragung den Frageblock zur Kondomverhütung (F084-F091 bzw. G084-G091) beantworteten, läßt erste Aussagen über Veränderungen der Kondombewertung zu.

Wie Abbildung 8.7 belegt, beantworteten die Befragten alle Items in erster und zweiter Erhebungswelle hinsichtlich ihrer zentralen Tendenz ähnlich. Nach wie vor wird das Kondom auf der siebenstufigen Antwortskala eher positiv bewertet (Werte über 5,2), wird eine hohe subjektive Norm zur Kondomanwendung wahrgenommen (4,9 bzw. 5,2) und wird die Schwierigkeit der Kondomanwendung eher gering und die eigene Fähigkeit eher hoch eingeschätzt (5,4 bzw. 6,0). Bei der Gruppe der 56 derzeitigen KondomanwenderInnen liegen die Mittelwerte aus der zweiten Befragung mit einem Wertebereich von 5,8 (F084-Absicht) bis 6,5 (F091-Fähigkeit) deutlich über denen der Gesamtgruppe der Koituserfahrenen. Für die Gesamtgruppe ist bei vier Items ein bedeutsamer Trend in Richtung auf eine schlechtere Bewertung gegenüber der ersten Befragung erkennbar. Dies betrifft die als etwas geringer eingeschätzte subjektive Norm (Itempaare F/G088 und F/G089), die schlechtere Bewertung des Kondoms auf der Wichtigkeitsebene (F/G087) und eine als geringer geäußerte Handlungsabsicht. Eine Erklärung für diese Unterschiede erscheint zunächst

Abb. 8.7

MITTELWERTVERGLEICH KONDOMANWENDUNG IM LÄNGSSCHNITT

		ERSTBEFRAGUNG (T ₁) (n=190)	WIEDERHOLUNGSBEFRAGUNG (T ₂) (n=190)
F/Go84	Verhaltensabsicht	4,8	4,5
F/Go85	Einstellung 1: schlecht/gut	5,1	5,2
F/Go86	Einstellung 2: nutzlos/nützlich	5,5	5,6
F/Go87	Einstellung 3: unwichtig/wichtig	5,7	5,3
F/Go88	Norm 1: Bewertung	5,4	5,2
F/Go89	Norm 2: Erwartung	5,1	4,9
F/Go90	Verhaltenskontrolle 1: Schwierigkeit	5,4	5,4
F/Go91	Verhaltenskontrolle 2: Fähigkeit	6,0	6,0
MITTELWERTE			

schwierig. Möglicherweise hat jedoch die Teilnahme an der Erstbefragung hierzu (mit) beigetragen, daß spezifische Probleme der Kondomanwendung ins Bewußtsein gerückt und evtl. auch stärker im Umfeld diskutiert wurden.

In der Wiederholungsbefragung wurde eine weitere Variable (GNK) eingesetzt, die nach der Häufigkeit der zwischenzeitlichen Kondomanwendung von „(fast) nie“ bis „immer“ auf einer siebenstufigen Antwortskala fragt. Der hier ermittelte Durchschnittswert von 3,3 für alle 190 Befragten, die seitdem Geschlechtsverkehr hatten, weist auf eine nur mittlere Anwendungsrate des Kondoms hin. Sie liegt bei den jungen Männern deutlich höher (3,8) als bei den Frauen (2,8). Auffallend ist die sich bei dieser Frage ergebende U-Form der Antwortverteilungen, deren stärkste Besetzungen jeweils bei den Endpolen der Skala liegen. Die deutlich häufigste Anwendung von Kondomen findet sich bei den Befragten, die mit dieser Methode derzeit überwiegend verhüten. Dennoch ist auch deren Mittelwert von 4,9 noch als gering zu bewerten.

8.3.2 KORRELATIONSSTRUKTUR

Informationen über die Meßgenauigkeit der verwendeten Items zur Prognose der Kondomanwendung lassen sich durch eine Analyse der Korrelationsmatrix gewinnen. Dabei kann die Gültigkeit (Validität) des Modells über die Zusammenhänge der Items zum zweiten Meßzeitpunkt ermittelt werden, während der Vergleich dieser Werte mit jenen aus der Erstbefragung Auskunft über die Zuverlässigkeit (Reliabilität) der vorgenommenen Modellierung gibt.

Abb. 8.8

		(n=190)	F/G 084	F/G 085	F/G 086	F/G 087	F/G 088	F/G 089	F/G 090	F/G 091	GNK
F/Go84	Verhaltensabsicht		.51	.43	.38	.47	.48	.48	.42	.44	.37
F/Go85	Einstellung 1: schlecht/gut		.47	.51	.78	.70	.57	.45	.45	.35	.21
F/Go86	Einstellung 2: nutzlos/nützlich		.37	.75	.42	.77	.53	.42	.41	.29	.16
F/Go87	Einstellung 3: unwichtig/wichtig		.38	.67	.75	.40	.53	.41	.46	.25	.22
F/Go88	Norm 1: Bewertung		.42	.60	.50	.58	.41	.70	.55	.40	.28
F/Go89	Norm 2: Erwartung		.55	.57	.46	.45	.70	.47	.56	.38	.37
F/G090	Verhaltenskontrolle 1: Schwierigkeit		.29	.45	.50	.41	.25	.35	.43	.49	.22
F/G091	Verhaltenskontrolle 2: Fähigkeit		.23	.28	.32	.30	.20	.27	.52	.55	(.14)
GNK	Verhalten		.59	.40	.24	.34	.33	.45	.23	(.12)	-

Anmerkung: Hauptdiagonale: Korrelation von erster zu zweiter Befragungswelle t_1 - t_2 (F-G); unterhalb der Hauptdiagonalen: Korrelationen in zweiter Befragungswelle t_2 (G); oberhalb der Hauptdiagonalen: Korrelationen in erster Befragungswelle t_1 (F).

Wie sich durch Abbildung 8.8 zeigt, bestehen zwischen sämtlichen Items positive Zusammenhänge auf der bivariaten Ebene. Die (schattiert dargestellten) Intrakorrelationen innerhalb der einzelnen Modellkomponenten sind sowohl unterhalb als auch oberhalb der Hauptdiagonalen durchweg höher als die übrigen Interkorrelationen zwischen diesen Konstrukten. Dies entspricht den meßtheoretischen Anforderungen. Die Bandbreite der Korrelationen reicht von .20 bis .75, was Ausdruck von schwachen bis sehr starken Zusammenhängen ist. Die geringsten Werte treten dabei für die Verhaltenskontrolle – und hier vor allem bei der Fähigkeit (F/G091) – auf. Dieses bereits in Kapitel 7 dargestellte Ergebnis wird gerade bei der Wiederholungsmessung nochmals deutlich.

Ein vorgenommener Vergleich zwischen den beiden Messungen führt zu dem Ergebnis, daß eine in den meisten Fällen sehr ähnliche bivariate Struktur zwischen Erst- und Wiederholungserhebung vorliegt. Lediglich bei den Korrelationspaaren, die Messungen zur Verhaltenskontrolle beinhalten (F/G090 und F/G091), sind größere Differenzen von über .10 auszumachen. Mit Ausnahme des Konstrukts Verhaltenskontrolle kann daher von einer hohen Zuverlässigkeit des Instrumentariums gesprochen werden.

Die auf der Hauptdiagonalen von Abbildung 8.8 plazierten Zusammenhänge für die identischen Items zwischen beiden Befragungswellen liegen zwischen .40 und .55. Die Variation dieser Korrelationen ist weitaus geringer als bei den Pillenitems (vgl. Abb. 8.3).

Das in der Wiederholungsbefragung erstmals herangezogene und in die Matrix integrierte Item GNK fragt (siebenstufig) nach der Häufigkeit der Kondomanwendung bei zwischenzeitlich ausgeübtem Geschlechtsverkehr. Es weist die jeweils stärksten Zusammenhänge mit der Verhaltensabsicht (F/G084) auf, wobei deren Wert der Zweitbefragung (.59) deutlich über dem aus der ersten Messung liegt (.37). Die übrigen direkt gemessenen Zusammenhänge variieren von .45 bis zu nichtsignifikanten Korrelationen von .12, die auf Zufälligkeit basiert und deshalb geklammert dargestellt wurde.

Alles in allem kann das Konzept der TOPB aufgrund der ermittelten Ergebnisse als befriedigend operationalisiert bewertet werden. Eine weitere Verbesserung kann in erster Linie durch die Überarbeitung des Modellbestandteils der Verhaltenskontrolle erreicht werden.

8.3.3 GRUPPENVERGLEICHE

Zur Überprüfung von möglichen spezifischen Unterschieden für die Beantwortung der Items zur Vorhersage der Kondomanwendung wurde ein Mittelwertvergleich berechnet. Dieser Analyseschritt ermöglicht auch einen Vergleich zwischen den Daten der Nachbefragung mit den in der Erstbefragung ermittelten Resultate (vgl. Kapitel 7.3.3). Zur Gruppierung wurden die Merkmale Ost- und Westdeutschland, Geschlecht, Partner (nur für Frauen) und Altersgruppe herangezogen.

Wie Abbildung 8.9 zeigt, liegen sowohl zwischen den beiden Geschlechtern als auch zwischen dem jeweiligen Partnerschaftsstatus unterschiedliche Antworten bei den Fragen zur Kondomanwendung vor. So gaben die männlichen Personen positivere Einstellungen zum

Kondom, eine deutlich höhere Anwendungsabsicht sowie eine häufigere Anwendung dieser Verhütungsmethode an. Das gleiche gilt auch für die subjektive Norm und die Verhaltenskontrolle bei der Gruppe der männlichen Befragten, obwohl die hier bestehenden Unterschiede für die beiden Items G088 und G090 aufgrund der geringen Fallzahlen als nichtsignifikant ausgewiesen wurden.

Abb. 8.9

MITTELWERTVERGLEICH KONDOMANWENDUNG NACH SUBGRUPPEN IM LÄNGSSCHNITT

		M (n=93)	W (n=97)	FRAUEN	
				MIT PARTNER (n=71)	OHNE PARTNER (n=26)
Go84	Verhaltensabsicht	5,0	4,1	3,6	(5,3)*
Go85	Einstellung 1: schlecht/gut	5,5	4,9	4,8	5,3
Go86	Einstellung 2: nutzlos/nützlich	5,7	5,3	5,1	5,7
Go87	Einstellung 3: unwichtig/wichtig	5,6	5,1	4,9	5,6
Go88	Norm 1: Bewertung	5,4	4,9	4,7	(5,7)*
Go89	Norm 2: Erwartung	5,3	4,5	4,2	(5,3)*
Go90	Verhaltenskontrolle 1: Schwierigkeit	5,5	5,4	5,3	5,5
Go91	Verhaltenskontrolle 2: Fähigkeit	6,0	5,9	5,7	(6,3)*
GNK	Verhalten	3,8	2,8	2,6	3,5

MITTELWERTE

* Anmerkung: Da hier explizit nach dem Partner der Befragten im Zusammenhang mit der Kondomanwendung gefragt wurde, sollten diejenigen weiblichen Personen ohne Partner diese Einschätzung für einen fiktiven (früheren oder gewünschten zukünftigen) Partner abgeben.

Der nach derzeitigem Partnerschaftsstatus der weiblichen 16- bis 24jährigen vorgenommene Vergleich ergab vor allem bei jenen vier Messungen bedeutsame Unterschiede, die sich direkt auf den Partner der Befragungsperson beziehen. Bei diesen Items zur subjektiven Norm (G088 und G089), zur Anwendungsfähigkeit (G091) und zur Verhaltensabsicht (G084) weisen die Personen ohne derzeitigen Partner klar höhere Werte auf, was darauf hinweist, daß dem hier (laut Fragebogenanweisung) angenommenen früheren oder zukünftigen Partner bezüglich des Kondoms eine häufigere Anwendung unterstellt wird bzw. hier höhere Ansprüche geäußert werden. Demgegenüber sind die entsprechenden Werte bei den in einer Partnerschaft lebenden Frauen geringer, weil der (situativen) Verhütung mit Kondomen und der HIV-Prävention hier verhältnismäßig geringere Bedeutung zufallen. Die auf der Mittelwertebene erkennbaren Unterschiede bezüglich Einstellung zu Kondomen (G085 bis G087) können wegen der geringen Zahl der zugrundeliegenden Fälle nicht als bedeutsam bewertet werden.

Die Ergebnisse für den Ost-West- und den Altersgruppenvergleich sind nicht dargestellt, da sich hierfür keine grundlegend verschiedenen Strukturen der Antwortmuster zeigten. Zwar

8

liegen für beide Merkmale Mittelwertunterschiede vor, die die in Kapitel 7.3.3 beschriebenen Tendenzen einer besseren Kondombewertung durch Ostdeutsche und Jüngere bestätigen. Diese sind jedoch im Verhältnis zu den zugrundeliegenden Fallzahlen zu gering, um die Signifikanzprüfung auf systematische, d.h. nicht zufällige Unterschiede zu bestehen.

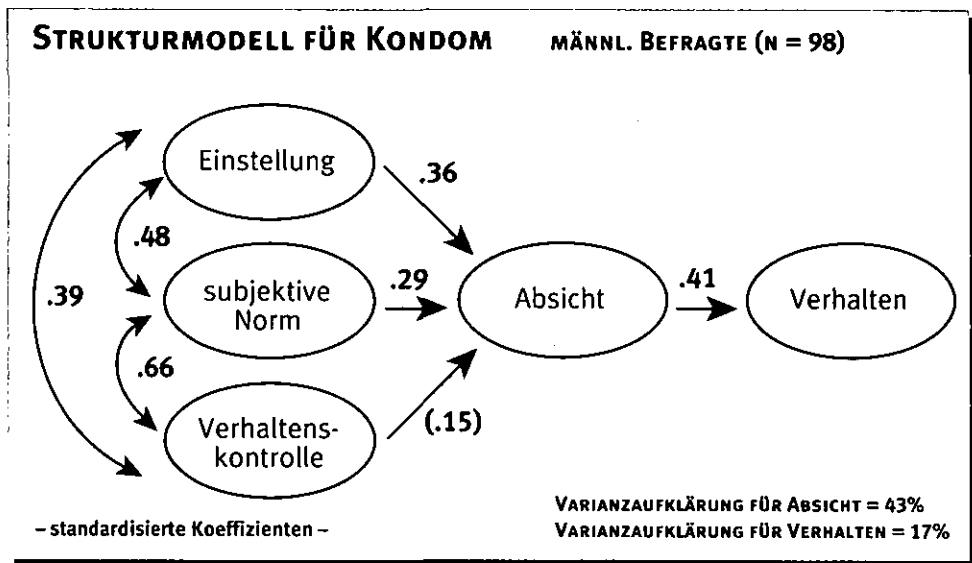
Diese durch die Wiederholungsbefragung gewonnenen Resultate bekräftigen die bereits in Kapitel 7.3.3 formulierten Aussagen, daß die Anwendung von Kondomen zur (Schwangerschafts-)Verhütung in erster Linie geschlechts- und partnerschaftsabhängig ist.

8.3.4 MODELLPRÜFUNG UNTER EINBEZIEHUNG DES VERHALTENS

Die Berechnung eines Strukturgleichungsmodells dient dem Zweck, die Stärke des Einflusses der unabhängigen Konstrukte auf die Verhaltensabsicht und das tatsächlich ausgeführte Verhalten (Schwangerschaftsverhütung mit Kondomen) bestimmen zu können. Der Modellberechnung lagen die konstruierten Indizes für Einstellung (G085 bis G087), wahrgenommene subjektive Norm (G088, G089) und Verhaltenskontrolle (G090, G091) zugrunde. Die Konstrukte Verhaltensabsicht (G084) und Verhalten (GNK) gingen als Direktmessungen in die Berechnung ein.

Dem Umstand, daß die Verwendung von Kondomen zur Schwangerschaftsverhütung zwischen den Geschlechtern auf unterschiedliche Art und Weise erfolgt (wie in den Kapiteln 7.3.3 und 8.3.3 gezeigt werden konnte), wurde mit separat angestellten Analysen Rechnung getragen. Das Ergebnis der Modellprüfung für die 98 koituserfahrenen Männer, die sämtliche Items beantworteten (listwise deletion), ist in Abbildung 8.10 zu sehen.

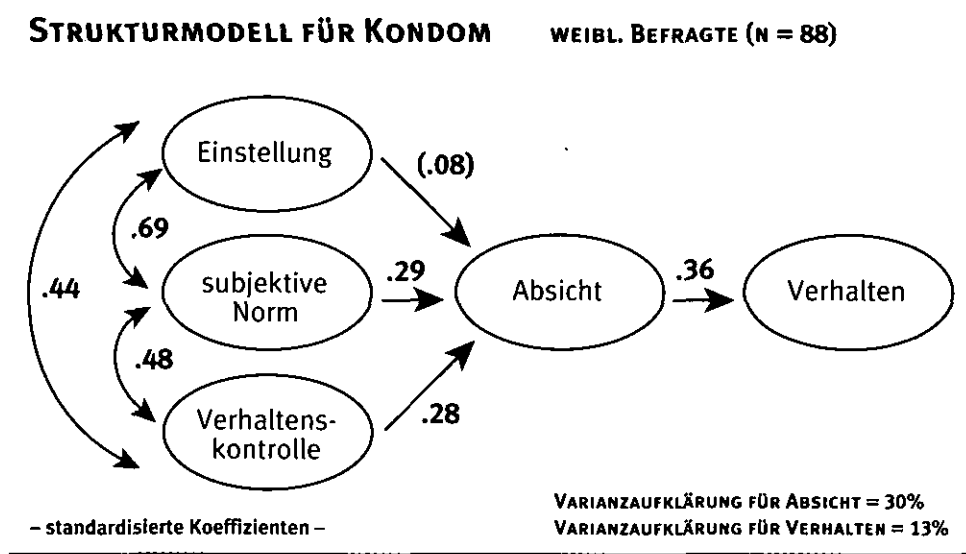
Abb. 8.10



Aus der Abbildung ist zunächst ersichtlich, daß die Erklärungsgrößen Einstellung, Norm und Verhaltenskontrolle auf der Konstruktebene positiv miteinander korrelieren, was ebenso bereits in der Erstmessung und auf der Itemebene zu konstatieren war. In ihrem Wirkungsgrad auf die Absicht der Kondomanwendung weisen diese sich gegenseitig bedingenden Faktoren jedoch Unterschiede auf. Während die Intention zur Anwendung von Kondomen vor allem von (positiver) Einstellung und (hoher) subjektiver Norm gegenüber dieser Verhütungsmethode fast gleichermaßen erklärt wird, bleibt die Verhaltenskontrolle hierfür ohne entscheidenden Einfluß. Deren Pfadkoeffizient von .15 erweist sich als nicht-signifikant. Dieselbe Grundstruktur wurde auch bereits bei der Erstabfrage ermittelt. Der Modellierung zufolge liegt die Erklärungskraft für die Absicht zur Kondomanwendung bei den männlichen Befragten bei 43%. Die Vorhersagbarkeit des Verhaltens durch diese Absicht gelingt zu 17%.

Das Strukturgleichungsmodell der TOPB wurde auch für die 88 weiblichen Befragten aus der Wiederholungsbefragung berechnet, die über Koituserfahrung verfügen und alle Items beantworteten (listwise deletion). Daß in den Items G084, G088, G089 und G091 nach der Anwendung durch den (existenten oder fiktiven) Partner gefragt wird, muß bei der Betrachtung des Modells berücksichtigt werden (Abb. 8.11).

Abb. 8.11



Auch für das Modell zur Prognose der Kondomanwendung durch weibliche Personen ist zunächst eine gleichläufige Verbindung zwischen Einstellung, subjektiver Norm und Kontrolliererwartung feststellbar. Wie sich bereits bei der Modellierung für die Erstmessung ergab, so zeichnen sich auch hier mit der subjektiv empfundenen Norm und der Verhaltenskontrolle zwei relevante Größen zur Erklärung der Handlungsabsicht ab, wogegen die Kompo-

nente Einstellung hierauf ohne nennenswerten Einfluß bleibt. Die Vorhersagbarkeit der Absicht zur Kondomanwendung über die vorgenommene Modellierung ist jedoch zu lediglich 30% erklärter Varianz gegeben. Die für die Prognose der tatsächlichen Anwendung dieser Verhütungsmethode verbleibenden 13% Varianzanteil weisen darauf hin, daß bei dieser Gruppe zwischen einer zum Ausdruck gebrachten Absicht und deren Umsetzung keine sehr starke Beziehung besteht. Dieses unbefriedigende Ergebnis dürfte darin begründet liegen, daß die Verwendung von Kondomen zu nicht unerheblichen Teilen (auch) von dem Typus des Partners, der Dauer einer Zweierbeziehung bzw. Partnerschaft und der situativen Komponente abhängig ist. Somit wird das Verhalten hier offensichtlich zu einem großen Teil durch Faktoren bestimmt, die nicht Bestandteil der TOPB sind.

8.4 ZUSAMMENFASSUNG

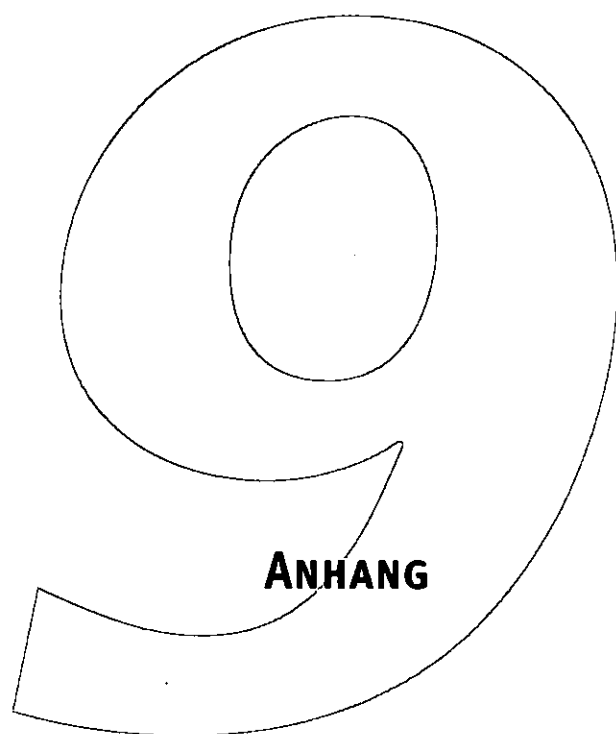
Die Konzeption der Studie als Panel diene dem Zweck, die allgemein formulierte Theorie des geplanten Verhaltens (TOPB) unter Einbeziehung des tatsächlichen (d. h. vergangenen) Verhaltens auf die Prognose der Verhütungsmittelanwendung anwenden zu können. Aus den hierzu durchgeführten Messungen resultieren folgende wichtige Ergebnisse:

1. Der Umstand, daß 71,2% aller TeilnehmerInnen der Hauptidehebung ihre Zustimmung zu einer möglichen Zweitbefragung äußerten, zeugt von einem – trotz des intimen Umfragethemas – sehr hohen Akzeptanzgrad der Studie und deren Umsetzung durch die Zielgruppe.
2. Eine Anwendung der TOPB auf die Prognose der Anwendung von Antibabypille und Kondom zur Schwangerschaftsverhütung ist grundlegend möglich, sofern zwischen beiden Methoden und beiden Geschlechtern unterschieden wird. Dafür sprechen die Ergebnisse der Gültigkeits- und Zuverlässigkeitsüberprüfungen der herangezogenen Items. Es wurde jedoch auch deutlich, daß eine Verbesserung der Operationalisierung vor allem hinsichtlich der Kontrollerwartung möglich und nötig ist.
3. Die grundlegenden Modellstrukturen mit spezifischen Unterschieden nach Verhütungsmethode und Geschlecht der Befragten, wie sie aufgrund der Erstbefragung ermittelt wurden, fanden sich in der Wiederholungsbefragung exakt bestätigt, obwohl dieser eine weitaus geringere Fallzahl (zwischen 88 und 98 Jugendlichen und jungen Erwachsenen) zugrunde lag. Demnach wird die Absicht zur Pillenanwendung bei den weiblichen Befragten durch die beiden Faktoren Einstellung und Norm determiniert, während für die männlichen Befragten alle drei Komponenten Einstellung, Norm und Verhaltenskontrolle zur Erklärung der Anwendungsabsicht beitragen. Bei der Prognose der Intention zur Kondomanwendung wirken für die männlichen Befragten lediglich die Einstellung und die subjektive Norm signifikant, während sich bei den Teilnehmerinnen subjektive Norm und Verhaltenskontrolle bestimmend zeigen. Dies bedeutet, daß die Verhütungsmittelanwen-

dung in jedem Fall (auch) über die vom engen Umfeld der Betroffenen vermittelte Norm maßgeblich mitbestimmt wird.

4. Während die tatsächliche Anwendung der Pille für die weiblichen Befragten mit 25% erklärter Varianz am verhältnismäßig besten mit der gewählten Modellierung prognostiziert werden kann, fällt diese Größe für alle anderen Berechnungen geringer aus (zwischen 13% und 17%). Obwohl dieses Ergebnis mit überarbeiteten Items sicher verbessert werden kann, muß beachtet werden, daß die Verhütungsmittelanwendung ein komplexer Vorgang ist, der von einer ganzen Reihe von Einflußfaktoren (mit)beeinflusst werden kann. Unter Berücksichtigung dieser Tatsache kann man von einem zunächst zufriedenstellenden Ergebnis sprechen.





- AJZEN, I. (1988): Attitudes, Personality and Behaviour, Milton Keynes
- AJZEN, I. (1991): The Theory of Planned Behaviour: Some Unresolved Issues, in: Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50, pp.179-211
- AJZEN, I./ FISHBEIN, M. (1980): Understanding Attitudes and Predicting Social Behaviour, Englewood Cliffs/NJ
- BAMBERG, S. (1996): Habitualisierte PKW-Nutzung: Integration des Konstrukts „Habit“ in die Theorie des geplanten Verhaltens, in: Zeitschrift für Sozialpsychologie, 27, S. 295-310
- BELSCHNER, W./MÜLLER-DOOHM, S. (1993): Junge Generationen zwischen Liebe und Bedrohung: Paradoxien der Aids-Aufklärung, Berlin
- BENTLER, P. M./SPECKART, G. (1979): Models of Attitude Behavior Relations, in: Psychological Review, 86, pp. 452-464
- BENTLER, P. M./SPECKART, G. (1981): Attitudes „Causes“ Behaviors: A Structural Equation Analysis, in: Journal of Personality and Social Psychology, 40, pp. 226-238
- BROSIUS, G. (1989): SPSS/PC+/Advanced Statistics und Tables, Hamburg, New York
- BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (Hrsg.) (1995a): Richtlinien und Lehrpläne zur Sexualerziehung. Eine Analyse der Inhalte, Normen und Werte sowie Methoden zur Sexualerziehung in den sechzehn Ländern der Bundesrepublik Deutschland, Köln
- BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (Hrsg.) (1995b): Die aktuelle Diskussion um die Nebenwirkungen der Pille. Einstellung und Reaktion der Frauen zwischen 16 und 49, Köln
- BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (Hrsg.) (1995c): Wichtige Hinweise für Pillennutzerinnen, Köln
- COLEMAN, J. S. (1990): Foundations of Sozial Theory, Cambridge Massachusetts, The Belknap Press of Harvard University Press
- FRANKFURTER RUNDSCHAU (10. 2. 1996): Neuer Umgang mit der Pille
- FRANKFURTER RUNDSCHAU (4. 2. 1997): Auflagen für Mini-Pille bestätigt
- FRIEDRICHS, J. (1990): Methoden der empirischen Sozialforschung, Opladen
- GABLER, S./HOFFMEYER-ZLOTNIK, J.H.P. (Hrsg.) (1997): Stichproben in der Umfragepraxis – Ein Vergleich, Opladen
- GOLD, R.S. (1993): On the Need to Mind the Gap: On-Line versus Off-Line Cognitions Underlying Sexual Risk-Taking, in: Terry, D./Gallois, C./McCamish, M. (Eds.): The Theory of Reasoned Action: Its Application to Aids-Preventive Behaviour, Oxford, NY, Seoul, Tokio, pp. 227-252
- JÖRESKOG, K.G./SÖRBOM, D. (1993): LISREL 8. Structural Equation Modeling with the SIMPLIS Command Language, Hillsdale/NY, Hove and London
- KLEIBER, D./VELTEN, D. (1994): Prostitutionskunden. Eine Untersuchung über soziale und psychologische Charakteristika von Besuchern weiblicher Prostituierten in Zeiten von Aids, Baden-Baden
- KLEIBER, D./WILKE, M. (1995): Ergebnisse einer Befragung deutscher Urlauber und Sextouristen, Baden-Baden
- KLINGEMANN, H. D./FUCHS, D. (1990): The Left-Right Scheme, in: JENNINGS, M. K./VAN DETH, J. ET AL: Continuities in Political Action, Berlin: De Gruyter, S. 203-234
- KRUSKALL, W./MOSTELLER, F. (1979a): Representative Sampling, I: Non-scientific Literature, in: International Statistical Review, 47, pp. 13-24
- KRUSKALL, W./MOSTELLER, F. (1979b): Representative Sampling, II: Scientific Literature, Excluding Statistics, in: International Statistical Review, 47, pp. 111-127

- KRUSKALL, W./MOSTELLER, F. (1979c): Representative Sampling, III: The Current Statistical Literature, in: *International Statistical Review*, 47, pp. 245-265
- KRUSKALL, W./MOSTELLER, F. (1980): Representative Sampling, IV: The History of the Concept in Statistics, 1895-1939, in: *International Statistical Review*, 48, pp. 169-195
- LANDIS, D./TRIANDIS, H.C./ADAMOPOULUS, J. (1978): Habit and Behavioral Intentions as Predictors of Social Behavior, in: *Journal of Social Psychology*, pp. 227-237
- MITTAL, B. (1988): Achieving Higher Seat Belt Usage: The Role of Habit in Bridging the Attitude-Behavior Gap, in: *Journal of Applied Social Psychology*, 18, 12, pp. 993-1016
- NICKEL, B./PLIES, K./SCHMIDT, P. (1995): Einfluß neuer gesetzlicher Regelungen auf das Verhütungsverhalten Jugendlicher und junger Erwachsener. Eine repräsentative Studie, Bd. 3 der Fachheftreihe zur Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung, hrsg. von der BZgA, Köln
- OPP, K./SCHMIDT, P. (1976): Einführung in die Mehrvariablenanalyse, Reinbek bei Hamburg
- PLIES, K./SCHMIDT, P. (1996): Intention = Verhalten? Eine repräsentative Längsschnittstudie zur Überprüfung der Theorie des geplanten Verhaltens im Kontext der Aids-Prävention, in: *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, S. 70-80
- PLIES, K./NICKEL, B./SCHMIDT, P. (1998): Zwischen Lust und Frust. Jugendsexualität in den neunziger Jahren, Opladen, Leske und Buderich
- PRESSE- UND INFORMATIONSAMT DER BUNDESREGIERUNG (1996): § 218. Was ist neu? Informationen für Frauen, Familien, Beratungsstellen und Ärzte über das Schwangerschen- und Familienhilfeänderungsgesetz 1995, 2. unveränderte Auflage, Bonn
- REINECKE, J./SCHMIDT, P./AJZEN, I. (1997): Kondom oder kein Kondom bei neuen sexuellen Kontakten? Erklärungen und Vorhersagen mit der Theorie geplanten Verhaltens im Längsschnitt, in: *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 28, S. 210-222
- REINECKE, J./SCHMIDT, P./AJZEN, I. (1996): Application of the Theory of Planned Behavior to Adolescents' Condom Use: A Panel Study, in: *Journal of Applied Social Psychology*, 26, 9, pp. 749-772
- REINECKE, J./SCHMIDT, P./AJZEN, I. (1997): Birth Control versus Aids Prevention: A Hierarchical Model of Condom Use among Young People, in: *Journal of Applied Social Psychology*, 27, 9, pp. 743-759
- REINECKE, J. (1997): Aids-Prävention und Sexualverhalten, Die Theorie des geplanten Verhaltens im empirischen Test, Opladen, Westdeutscher Verlag
- REINECKE, J./ATTERMEYER, U. (1998): Partnerschaft und Verhütung im Lebensverlauf, in: P. Schmidt (Hrsg.): *Jugendsexualität*, Opladen, Leske und Buderich
- SCHMIDT, G. (Hrsg.) (1993): *Jugendsexualität: sozialer Wandel, Gruppenunterschiede, Konfliktfelder*, Stuttgart
- SCHMIDT, P./NICKEL, B./PLIES, K. (1994): Empirisch-sozialwissenschaftliche Längsschnittstudie zur Aids-Prävention und Kontrazeptionsproblematik bei Jugendlichen. Soziale Determinanten und Folgen, Projektbericht, Gießen.
- SCHMIDT, P./WOLF, G. (1983): Individuelle und sozialstrukturelle Determinanten der Schichtidentifikation, in: MAYER/SCHMIDT, P. (Hrsg.): *Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften*, Kronenberg, Campus
- SCHNELL, R./HILL, P./ESSER, E. (1989): *Methoden der empirischen Sozialforschung*, München
- SCHWARZER, R. (1992): *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*, Göttingen
- USUMA (1996): Feldbericht Projekt „Repräsentative Jugendstudie 1996“, unveröffentlichtes Manuskript
- VAN DEN PUTTE, B. (1993): On the Theory of Reasoned Action, Arbeit zur Erlangung des Doktorgrades, Amsterdam
- VERPLANKEN, B./AARTS, H./VAN KNIPPENBERG, A./VAN KNIPPENBERG, C. (1994): Attitude Versus General Habit: Antecedents of Travel Mode Choice, in: *Journal of Applied Social Psychology*, 24, 4, pp. 285-300

arithmetisches Mittel	Durchschnittswert; Summe aller Meßwerte geteilt durch ihre Anzahl
Faktoren	unbeobachtete Hintergrundvariablen
Faktorenanalyse	Verfahren mit dem Ziel der Datenreduktion, indem eine größere Anzahl Variablen mit einer kleineren Zahl von Faktoren erklärt wird
Faktorenladung	Bestimmungsgröße, die den Erklärungsanteil eines Faktors abbildet
Item	Fragen oder Aussagen, die die Befragten befürworten oder ablehnen bzw. abgestuft beantworten können
Korrelation	ungewichteter Zusammenhang zwischen zwei oder mehreren Variablen
Längsschnitt	mehrere Erhebungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten
Median	Zentralwert; halbiert eine Reihe von Meßwerten
Mittelwert	arithmetisches Mittel
Modalwert, Modus	am häufigsten besetzter Wert einer Skala
Operationalisierung	empirische Umsetzung einer allgemeinen Fragestellung in eine geeignete Form zur Datenerhebung (Fragebogen, Interviewleitfaden)
Panel	mehrere Erhebungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten mit derselben Personengruppe (Sonderfall einer Längsschnittuntersuchung)
Querschnitt	einzigste Erhebung zu einem bestimmten Zeitpunkt
Range	Spannweite; Differenz zwischen größtem und kleinstem Wert einer Verteilung
Reliabilität	Gütekriterium; Zuverlässigkeit eines Meßinstruments
Repräsentativität	Allgemeingültigkeit einer Stichprobe für ihre Grundgesamtheit
Signifikanz	Bedeutsamkeit
Signifikanzniveau	Grenzwert zur Bestimmung eines bedeutsamen Unterschieds bzw. Zusammenhangs (hier 5-%-Niveau)
Signifikanztest	Verfahren zur Überprüfung von Unterschieden oder Gemeinsamkeiten zwischen zwei oder mehreren Untersuchungseinheiten
Standardabweichung	Streuungsmaß; Wurzel der Varianz
Stichprobe	Personengruppe, die nach festgelegten Regeln aus einer Gesamtgruppe bestimmt wird
Strukturgleichungsanalyse	Verfahren zur Bestimmung von kausalen Zusammenhängen zwischen Hintergrundvariablen
Subgruppe	Teilgruppe einer Stichprobe (z.B. Frauen/Männer, Ost/West)

Validität	Gütekriterium; Gültigkeit eines Meßinstruments zur Überprüfung, ob das Instrument tatsächlich das mißt, was es messen soll
Variable	Bezeichnung für eine Klasse von Merkmalen (z.B. die Variable Geschlecht mit den Ausprägungen männlich und weiblich)
Varianz	Streuungsmaß; Summe aller quadrierten Abweichungen vom arithmetischen Mittel geteilt durch die Anzahl der Meßwerte
Varianzaufklärung	Erklärungsanteil einer oder mehrerer Variablen an einer unbekannten Hintergrundvariable



9.3

FRAGEBOGEN

MARKT-, MEINUNGS- UND SOZIALFORSCHUNG

Berliner Allee 96
13088 Berlin
Tel.: (030) 927 02 810

Projekt:

Redaktionsdatum: 6. August 1996

Sample-Point-Nr.:

--	--	--	--

Fragebogen-Nr.:

--	--	--	--

Interviewer-Nr.:

--	--	--	--

Interview durchgeführt am:

--	--	--	--

Tag Monat

Interviewbeginn:

--	--	--	--

Stunde Minute

Anmerkungen der Redaktion

Fragen 1-36: Fragebogenteil beide Geschlechter, mündlich

Fragen 37-109: Fragebogenteil Jungen/Männer, schriftlich

Fragen 37-109: Fragebogenteil Mädchen/Frauen, schriftlich

Fragen 110-216: wie 1-36

Der Original-Fragebogen ist zu beziehen über: USUMA Berlin, Berliner Allee 96, 13088 Berlin

Auf dieser Liste stehen jetzt verschiedene Lebensbereiche. Bitte sagen Sie mir nur anhand des Buchstabens, wie wichtig Ihnen diese persönlich sind.

InterviewerInnenhinweis: Bitte Skalenblatt 1 vorlegen!

		überhaupt nicht wichtig					sehr wichtig	
		A	B	C	D	E	F	G
eigene Partnerschaft	1							
schulische und berufliche Ausbildung	2							
finanzielle Situation	3							
Sexualität	4							
eigene Familie und Kinder	5							
berufliches Vorankommen	6							
(später) erwerbstätig zu sein	7							
(später) erwerbstätig zu sein und Kinder zu haben	8							

Wie gut fühlen Sie sich persönlich informiert über ...

Mit den Buchstaben zwischen überhaupt nicht informiert und sehr gut informiert können Sie Ihre Meinung abgestuft sagen.

InterviewerInnenhinweis: Bitte Skalenblatt 9 vorlegen!

		überhaupt nicht informiert					gut informiert	
		A	B	C	D	E	F	G
Liebe/Partnerschaft	9							
Sexualität	10							
Schwangerschaft	11							
Schwangerschaftsverhütung	12							
Schwangerschaftsabbruch	13							
Aids-Verhütung	14							
Leben mit eigenen Kindern	15							

9

Sagen Sie mir bitte, von wem Sie Ihre Informationen bezüglich Schwangerschaftsverhütung haben?

InterviewerInnenhinweis: Bitte Liste 16 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!

- | | |
|--|----------------------------|
| | 16 |
| vom Partner/von der Partnerin | ☐ A |
| vom Vater | ☐ B |
| von der Mutter | ☐ C |
| von der Schwester/vom Bruder | ☐ D |
| von der besten Freundin/vom besten Freund | ☐ E |
| vom Freundeskreis | ☐ F |
| vom Arzt | ☐ G |
| aus der Schule (Lehrer/in) | ☐ H |
| aus den Medien (Bücher, Zeitschriften, Radio, Fernsehen) | ☐ I |
| aus den Beratungsstellen | ☐ J |
| andere | ☐ K |
| habe keine Informationen | ☐ L |

Denken Sie jetzt einmal daran, wie Sie sich persönlich eine Partnerschaft wünschen. Wie wichtig ist Ihnen in einer Partnerschaft

Mit den Buchstaben zwischen überhaupt nicht wichtig und sehr wichtig können Sie Ihre Meinung abgestuft sagen.

InterviewerInnenhinweis: Bitte Skalenblatt 17 vorlegen!

		überhaupt nicht wichtig					sehr wichtig	
		A	B	C	D	E	F	G
Geborgenheit	17	A	B	C	D	E	F	G
Freiraum für eigene Interessen	18	A	B	C	D	E	F	G
sexuelle Erfüllung	19	A	B	C	D	E	F	G
Treue	20	A	B	C	D	E	F	G
Dauerhaftigkeit	21	A	B	C	D	E	F	G

Was glauben Sie: Wann wird eine Frau bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr am ehesten schwanger?

InterviewerInnenhinweis: Nur eine Nennung!

- | | |
|--|----------------------------|
| | 22 |
| während der Regelblutung | ☐ A |
| an den Tagen unmittelbar nach der Regelblutung | ☐ B |
| etwa in der Mitte zwischen zwei Regelblutungen | ☐ C |
| an den Tagen unmittelbar vor der Regelblutung | ☐ D |
| zu jeder Zeit | ☐ E |
| weiß nicht | ☐ F |

- 23-29 Wie gut fühlen Sie sich persönlich informiert über die Verhütungsmethoden ...**
Mit den Buchstaben zwischen überhaupt nicht informiert und sehr gut informiert können Sie Ihre Meinung abgestuft sagen.

InterviewerInnenhinweis: Bitte Skalenblatt 23 vorlegen!

- 30 Mit welchen der folgenden Verhütungsmethoden haben Sie bzw. Ihre Partnerin/Ihr Partner Erfahrung?**

InterviewerInnenhinweis: Mehrfachnennungen möglich! Bitte Liste 30 vorlegen!

- 31 Welche der folgenden Verhütungsmethoden wenden Sie bzw. Ihre Partnerin/Ihr Partner zur Zeit überwiegend an?**

InterviewerInnenhinweis: Mehrfachnennungen möglich! Bitte Liste 30 liegenlassen!

		überhaupt nicht informiert							sehr gut informiert		30	31
Antibabypille	23	A	B	C	D	E	F	G			A	A
Kondom	24	A	B	C	D	E	F	G			B	B
Diaphragma (Pessar)	25	A	B	C	D	E	F	G			C	C
Verhütungszäpfchen	26	A	B	C	D	E	F	G			D	D
Temperaturmethode	27	A	B	C	D	E	F	G			E	E
Spirale	28	A	B	C	D	E	F	G			F	F
„Aufpassen“	29	A	B	C	D	E	F	G			G	G
mit keiner/keine		A	B	C	D	E	F	G			H ↓ 34	H

- Haben Sie bzw. Ihre Partnerin/Ihr Partner diese überwiegend angewendete(n) Verhütungsmethode(n) in den letzten 12 Monaten gewechselt?**

InterviewerInnenhinweis: Achtung Filter!

ja	32	☐ A →	33
nein		☐ B →	34

Aus welchen Gründen haben Sie Ihre überwiegend angewendete(n) Verhütungsmethode(n) in den letzten 12 Monaten gewechselt?

InterviewerInnenhinweis: Bitte Liste 33 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!

- | | |
|---|----------------------------|
| | 33 |
| mangelnde Sicherheit | ☐ A |
| gesundheitliche Beeinträchtigung/Nebenwirkungen | ☐ B |
| Aids-Prävention | ☐ C |
| Schwangerschaft/Stillzeit/Kinderwunsch | ☐ D |
| sonstige | ☐ E |

Sind Sie darüber informiert, daß die Krankenkassen die Antibabypille für Jugendliche bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres (d.h. bis zu dem Tag, an dem eine Frau 20 Jahre alt wird) bezahlen?

InterviewerInnenhinweis : Achtung Filter! **34**

- | | | | |
|------|----------------------------|---|------------------------|
| Ja | ☐ A | → | 35
36 |
| Nein | ☐ B | → | |

**Wie haben Sie erfahren, daß die Krankenkassen Antibabypillen bezahlen?
Durch ...**

InterviewerInnenhinweis: Mehrfachnennungen möglich! Bitte Liste 35 vorlegen!

- | | |
|---------------------------|----------------------------|
| | 35 |
| die Schule (Lehrer/in) | ☐ A |
| die Mutter | ☐ B |
| den Vater | ☐ C |
| den Arzt/die Ärztin | ☐ D |
| die Geschwister | ☐ E |
| den Freund/die Freundin | ☐ F |
| Aufklärungsbroschüren | ☐ G |
| den Partner/die Partnerin | ☐ H |
| Fernsehen/Radio/Zeitung | ☐ I |
| Krankenkassen | ☐ J |
| Beratungsstellen | ☐ K |
| sonstige Personen | ☐ L |
| weiß nicht | ☐ M |

Sollten Ihrer Ansicht nach auch Kondome von den Krankenkassen bezahlt werden?

- | | |
|---|----------------------------|
| | 36 |
| ja | ☐ A |
| ja, aber nur bis zu einem bestimmten Betrag und Alter | ☐ B |
| nein | ☐ C |
| weiß nicht | ☐ D |

Bitte den Fragebogen für den folgenden Teil den Befragten zum Selbstausfüllen übergeben!

Fragebogenteil Jungen/Männer

Bevor Sie mit dem Ausfüllen Ihres Fragebogenteils beginnen, möchten wir Sie bitten, folgende Hinweise aufmerksam zu lesen.

Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst vollständig.

Sollten Sie zu einzelnen der abgefragten Themenbereiche (z. B. Anwendung der Antibabypille, Anwendung von Kondomen, Geschlechtsverkehr) über keinerlei persönliche Erfahrung verfügen, bitten wir Sie, die betreffenden Fragen nach Ihrem Informationsstand bzw. Ihren Vorstellungen zu beantworten.

Einige der folgenden Fragen beziehen sich auf Partnerschaft. Sollten Sie (derzeit) über keine Partnerin verfügen, bitten wir Sie, diese Fragen dennoch zu beantworten, indem Sie sich auf Ihre letzte Partnerin bzw. auf Ihre (Wunsch-)Vorstellungen für eine zukünftige Partnerschaft beziehen.

Manche Fragen mögen Ihnen einander ähnlich erscheinen. Dennoch bestehen auch hier Unterschiede, die für die Befragung von Bedeutung sind.

Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten. Wir interessieren uns lediglich für Ihre persönlichen Meinungen oder Ansichten. Bei einigen Fragen können Sie zwischen vorgegebenen Antwortmöglichkeiten auswählen, bei anderen können Sie Ihre Antwort abstimmen. Kreuzen Sie bitte jeweils das für Sie Zutreffende an.

Bei Antworten, hinter denen ein ➡ steht, setzen Sie bitte das Ankreuzen mit der angegebenen Frage fort.

Musterbeispiel zum Ausfüllen des Fragebogens:

58 Daß meine Partnerin weniger Menstruationsprobleme hat, ist für mich ...

überhaupt nicht wichtig							sehr wichtig
A	B	C	D	E	F	G	
☐	☐	☐	☐	☒	☐	☐	

48 Hat Ihre Partnerin schon einmal mit der Antibabypille verhütet?

nein
ja

☐	A ➡	51
☒	B ➡	49

Verkleben Sie nach Beantwortung Ihren Fragenteil mit dem Papiersiegel und geben Sie den Fragebogen an den Interviewer zurück.

37 Was trifft auf Sie zu?
Ich fühle mich sexuell ...

Bitte nur eine Antwort ankreuzen!

- | | |
|---|----------------------------|
| ausschließlich von Jungen/Männern angezogen | ☐ A |
| vorwiegend von Jungen/Männern angezogen | ☐ B |
| sowohl von Jungen/Männern als auch von Mädchen/Frauen angezogen | ☐ C |
| vorwiegend von Mädchen/Frauen angezogen | ☐ D |
| ausschließlich von Mädchen/Frauen angezogen | ☐ E |
| weder von Jungen/Männern noch von Mädchen/Frauen angezogen | ☐ F |
| weiß nicht | ☐ G |

38 In welcher Beziehungsform leben Sie zur Zeit?

- | | | |
|--|------------------------------|-----------|
| habe keine feste Partnerin, und keine sexuellen Beziehungen | ☐ A → | 41 |
| habe keine feste Partnerin, aber sexuelle Beziehungen | ☐ B → | 41 |
| habe feste Partnerin, ohne sexuelle Beziehungen | ☐ C → | 39 |
| habe feste Partnerin, in einer sexuell treuen Beziehung | ☐ D → | 39 |
| habe feste Partnerin, aber auch sexuelle Beziehungen außerhalb der Partnerschaft | ☐ E → | 39 |

39 Wie lange sind Sie mit Ihrer derzeitigen Partnerin bzw. Freundin zusammen?
..... Jahre Monate

40 Wie alt ist Ihre derzeitige Partnerin?
..... Jahre

41 Hatten Sie schon Geschlechtsverkehr?
nein
ja

- | | |
|------------------------------|-----------|
| ☐ A → | 57 |
| ☐ B → | 42 |

42 Wie alt waren Sie bei Ihrem ersten Geschlechtsverkehr?
..... Jahre

43 Mit wie vielen Personen hatten Sie schon Geschlechtsverkehr?
mit Personen

44 Mit wie vielen Personen hatten Sie in den letzten 12 Monaten Geschlechtsverkehr?
mit Personen

45 Haben Sie beim Geschlechtsverkehr schon einmal ein Kondom benutzt?

nein
ja

☐ A → 48
☐ B → 46

Wie oft sind bei Ihnen bzw. Ihrer Partnerin folgende Schwierigkeiten beim Kondomgebrauch schon aufgetreten?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das Zutreffende an.

		nie A	selten B	manchmal C	häufig D	immer E
46	geplatzt, gerissen	☐	☐	☐	☐	☐
47	Schwierigkeiten bei der Handhabung (z.B. beim Überrollen)	☐	☐	☐	☐	☐

48 Hat Ihre Partnerin schon einmal mit der Antibabypille verhütet?

nein
ja

☐ A → 51
☐ B → 49

Wie oft sind bei Ihren Sexualpartnerinnen folgende Schwierigkeiten bei der Anwendung der Antibabypille aufgetreten?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das Zutreffende an.

		nie A	selten B	manchmal C	häufig D	immer E
49	Einnahme vergessen	☐	☐	☐	☐	☐
50	Nebenwirkungen	☐	☐	☐	☐	☐

51 Haben Sie schon einmal ein Kind gezeugt?

nein
ja, gewollt
ja, ungewollt, ohne Verhütung
ja, ungewollt, trotz Verhütung
weiß nicht

☐ A → 53
☐ B → 53
☐ C → 53
☐ D → 52
☐ E → 53

52 Wenn Ihre Partnerin trotz Verhütung schwanger geworden ist, bei welcher Methode ist das vorgekommen?

Sie können mehrere Antworten ankreuzen!

- | | |
|---------------------|----------------------------|
| Antibabypille | ☐ A |
| Kondom | ☐ B |
| Diaphragma (Pessar) | ☐ C |
| Verhütungszäpfchen | ☐ D |
| Temperaturmethode | ☐ E |
| Spirale | ☐ F |
| „Aufpassen“ | ☐ G |
| andere Methoden | ☐ H |
| weiß nicht | ☐ I |

53 Nimmt Ihre Partnerin die neue gesetzliche Regelung zur Finanzierung der Antibabypille durch die Krankenkassen in Anspruch?

- | | | |
|---|------------------------------|-----------|
| ja | ☐ A → | 54 |
| nein, aber sie hat sie mal in Anspruch genommen – sie ist 20 Jahre alt oder älter | ☐ B → | 55 |
| nein, wir verhüten anders bzw. gar nicht | ☐ C → | 55 |
| nein, meine Partnerin ist 20 Jahre alt oder älter | ☐ D → | 55 |

54 Haben Sie bzw. Ihre Partnerin vor Inkrafttreten dieser Regelung eine andere Verhütungsmethode verwendet?

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|-----------|
| ja | ☐ A → | 55 |
| nein, die gleiche wie vorher | ☐ B → | 56 |
| nein, keine Methode vorher | ☐ C → | 56 |

55 Hat sich Ihre Partnerin für die Antibabypille entschieden, weil diese jetzt von den Krankenkassen bezahlt wird?

- | | |
|------|----------------------------|
| ja | ☐ A |
| nein | ☐ B |

56 Wie häufig hatten Sie in den letzten 12 Monaten Geschlechtsverkehr, ohne eine Verhütungsmethode anzuwenden?

- | | |
|-------------|----------------------------|
| immer | ☐ A |
| sehr oft | ☐ B |
| oft | ☐ C |
| selten | ☐ D |
| sehr selten | ☐ E |
| nie | ☐ F |

57 Wenn Ihre Partnerin jetzt schwanger würde ...

würden Sie das Kind bekommen wollen, oder
würden Sie einen Schwangerschaftsabbruch wollen?
weiß nicht

☐ A
☐ B
☐ C

Wenn Sie an den Gebrauch der Antibabypille denken, welche Bedeutung messen Sie dann den folgenden Aussagen für sich persönlich zu? Bitte geben Sie den Grad der Wichtigkeit durch Ankreuzen jeweils des einen Kästchens innerhalb einer Zeile an, das Ihrer Meinung am ehesten entspricht.

58 Daß meine Partnerin weniger Menstruationsprobleme hat, ist für mich ...

überhaupt nicht wichtig							sehr wichtig
A	B	C	D	E	F	G	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

59 Sexuell spontan zu sein, ist für mich ...

überhaupt nicht wichtig							sehr wichtig
A	B	C	D	E	F	G	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

60 Daß meine Partnerin keine medizinischen Nebenwirkungen vom Gebrauch der Antibabypille hat, ist für mich ...

überhaupt nicht wichtig							sehr wichtig
A	B	C	D	E	F	G	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Für wie wahrscheinlich halten Sie die nachfolgend aufgeführten Aussagen zur Antibabypillenbenutzung für sich persönlich?

61 Der Gebrauch der Antibabypille würde für meine Partnerin weniger Menstruationsprobleme bedeuten.

sehr unwahrscheinlich							sehr wahrscheinlich
A	B	C	D	E	F	G	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

- 62 **Der Gebrauch der Antibabypille würde für meine Partnerin bedeuten, sexuell spontan zu sein.**

sehr unwahrscheinlich							sehr wahrscheinlich
A	B	C	D	E	F	G	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

- 63 **Der Gebrauch der Antibabypille würde bei meiner Partnerin zu medizinischen Nebenwirkungen führen.**

sehr unwahrscheinlich							sehr wahrscheinlich
A	B	C	D	E	F	G	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

- 64 **Wie wahrscheinlich ist es, daß Ihre Partnerin die Antibabypille zur Schwangerschaftsverhütung anwendet?**

sehr unwahrscheinlich							sehr wahrscheinlich	weiß nicht
A	B	C	D	E	F	G		H
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

Halten Sie die Anwendung der Antibabypille zur Schwangerschaftsverhütung für ...

65

sehr schlecht							sehr gut
A	B	C	D	E	F	G	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

66

sehr nutzlos							sehr nützlich
A	B	C	D	E	F	G	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

67

sehr unwichtig							sehr wichtig
A	B	C	D	E	F	G	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

- 68 Wie gut oder wie schlecht finden es die Personen, die Ihnen wichtig sind, wenn Ihre Partnerin die Antibabypille zur Schwangerschaftsverhütung anwendet?

sehr schlecht							sehr gut
A	B	C	D	E	F	G	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

- 69 Die Personen, die mir wichtig sind, denken, daß meine Partnerin die Antibabypille zur Schwangerschaftsverhütung benutzen sollte.

sehr unwahrscheinlich							sehr wahrscheinlich
A	B	C	D	E	F	G	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

- 70 Für wie schwierig halten Sie die Anwendung der Antibabypille zur Schwangerschaftsverhütung?

sehr schwierig							überhaupt nicht schwierig
A	B	C	D	E	F	G	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

- 71 Für wie wahrscheinlich halten Sie es, daß Ihre Partnerin gegenwärtig in der Lage ist, die Antibabypille zur Schwangerschaftsverhütung richtig anzuwenden?

sehr unwahrscheinlich							sehr wahrscheinlich	keine Partnerin
A	B	C	D	E	F	G		H
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

- 72 Wie wahrscheinlich erschweren Ihrer Partnerin bestimmte Umstände den Gebrauch der Antibabypille zur Schwangerschaftsverhütung, wie z. B. die Kosten?

sehr unwahrscheinlich							sehr wahrscheinlich	weiß nicht
A	B	C	D	E	F	G		H
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

9

73 ... , wie z. B. die Vergeßlichkeit meiner Partnerin?

sehr		sehr	weiß				
unwahrscheinlich		wahrscheinlich	nicht				
A	B	C	D	E	F	G	H
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

74 ... , wie z. B. medizinische Nebenwirkungen?

sehr		sehr	weiß				
unwahrscheinlich		wahrscheinlich	nicht				
A	B	C	D	E	F	G	H
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

75 Wie oft können bestimmte Umstände den Gebrauch der Antibabypille zur Schwangerschaftsverhütung verhindern, wie z. B. die Kosten?

niemals		oft				
A	B	C	D	E	F	G
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

76 ... , wie z. B. die Vergeßlichkeit meiner Partnerin?

niemals		oft				
A	B	C	D	E	F	G
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

77 ... , wie z. B. medizinische Nebenwirkungen?

niemals		oft				
A	B	C	D	E	F	G
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Wenn Sie an den Gebrauch von Kondomen denken, welche Bedeutung messen Sie dann den folgenden Aussagen für sich persönlich zu?

Bitte geben Sie den Grad der Wichtigkeit durch Ankreuzen jeweils des einen Kästchens innerhalb einer Zeile an, das Ihrer Meinung am ehesten entspricht.

78 Die Vermeidung einer Schwangerschaft ist zur Zeit für mich ...

überhaupt		sehr				
nicht wichtig		wichtig				
A	B	C	D	E	F	G
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

79 Die Vermeidung einer Ansteckung mit Aids ist für mich ...

überhaupt nicht wichtig							sehr wichtig	
A	B	C	D	E	F	G		
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

80 Die gemeinsame Verantwortung für die Schwangerschaftsverhütung ist für mich ...

überhaupt nicht wichtig							sehr wichtig	
A	B	C	D	E	F	G		
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Für wie wahrscheinlich halten Sie die nachfolgend aufgeführten Aussagen zur Verwendung eines Kondoms für sich persönlich?

81 Der Gebrauch des Kondoms würde meine Partnerin vor einer Schwangerschaft schützen.

sehr unwahrscheinlich							sehr wahrscheinlich	
A	B	C	D	E	F	G		
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

82 Der Gebrauch des Kondoms würde für mich die Vermeidung einer Ansteckung mit Aids bedeuten.

sehr unwahrscheinlich							sehr wahrscheinlich	
A	B	C	D	E	F	G		
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

83 Der Gebrauch des Kondoms würde für mich gemeinsame Verantwortung für die Schwangerschaftsverhütung bedeuten.

sehr unwahrscheinlich							sehr wahrscheinlich	
A	B	C	D	E	F	G		
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

9

84 Wie wahrscheinlich ist es, daß Sie ein Kondom zur Schwangerschaftsverhütung anwenden?

	sehr unwahrscheinlich							sehr wahrscheinlich
	A	B	C	D	E	F	G	
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Halten Sie die Anwendung von Kondomen zur Schwangerschaftsverhütung für ...

85

sehr schlecht							sehr gut
A	B	C	D	E	F	G	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

86

sehr nutzlos							sehr nützlich
A	B	C	D	E	F	G	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

87

sehr unwichtig							sehr wichtig
A	B	C	D	E	F	G	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

88 Wie gut oder wie schlecht finden es die Personen, die Ihnen wichtig sind, wenn Sie Kondome zur Schwangerschaftsverhütung anwenden?

sehr schlecht							sehr gut
A	B	C	D	E	F	G	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

89 Die Personen, die mir wichtig sind, denken, daß ich Kondome zur Schwangerschaftsverhütung benutzen sollte.

sehr unwahrscheinlich							sehr wahrscheinlich
A	B	C	D	E	F	G	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

90 Für wie schwierig halten Sie die Anwendung von Kondomen zur Schwangerschaftsverhütung?

sehr schwierig							überhaupt nicht schwierig
A	B	C	D	E	F	G	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

91 Für wie wahrscheinlich halten Sie es, daß Sie gegenwärtig in der Lage sind, Kondome zur Schwangerschaftsverhütung richtig einzusetzen?

sehr unwahrscheinlich							sehr wahrscheinlich
A	B	C	D	E	F	G	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

92 Wie wahrscheinlich erschweren Ihnen bestimmte Umstände den Gebrauch von Kondomen zur Schwangerschaftsverhütung, wie z. B. die Erhältlichkeit?

sehr unwahrscheinlich							sehr wahrscheinlich	weiß nicht
A	B	C	D	E	F	G		H
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

93 ..., wie z. B. ein unkooperativer Partner?

sehr unwahrscheinlich							sehr wahrscheinlich	weiß nicht
A	B	C	D	E	F	G		H
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

94 ..., wie z. B. Ungeschicklichkeit?

sehr unwahrscheinlich							sehr wahrscheinlich	weiß nicht
A	B	C	D	E	F	G		H
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

9

- 95 **Wie oft können bestimmte Umstände dafür verantwortlich sein, keine Kondome zur Schwangerschaftsverhütung zu gebrauchen, wie z. B. die Erhältlichkeit?**

niemals				oft			
A	B	C	D	E	F	G	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

- 96 **..., wie z. B. ein unkooperativer Partner?**

niemals				oft			
A	B	C	D	E	F	G	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

- 97 **..., wie z. B. Ungeschicklichkeit?**

niemals				oft			
A	B	C	D	E	F	G	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Bitte geben Sie nachfolgend durch Ankreuzen des entsprechenden Kästchens an, welche Auffassung die genannten Personen aus Ihrem Umfeld Ihrer Ansicht nach zum Gebrauch von Antibabypille und Kondom vertreten.

- 98 **Meine Partnerin ist der Ansicht, daß sie die Antibabypille zur Verhütung nehmen sollte.**

sehr unwahrscheinlich				sehr wahrscheinlich				weiß nicht
A	B	C	D	E	F	G	H	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

- 99 **Mein Arzt ist der Ansicht, daß meine Partnerin die Antibabypille zur Verhütung nehmen sollte.**

sehr unwahrscheinlich				sehr wahrscheinlich				weiß nicht
A	B	C	D	E	F	G	H	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

- 100 Meine Eltern sind der Ansicht, daß meine Partnerin die Antibabypille zur Verhütung nehmen sollte.**

sehr unwahrscheinlich							sehr wahrscheinlich	weiß nicht
A	B	C	D	E	F	G		H
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

- 101 Meine besten Freunde sind der Ansicht, daß ich Kondome zur Verhütung nehmen sollte.**

sehr unwahrscheinlich							sehr wahrscheinlich	weiß nicht
A	B	C	D	E	F	G		H
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

- 102 Meine Partnerin ist der Ansicht, daß ich Kondome zur Verhütung nehmen sollte.**

sehr unwahrscheinlich							sehr wahrscheinlich	weiß nicht
A	B	C	D	E	F	G		H
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

- 103 Meine Eltern sind der Ansicht, daß ich Kondome zur Verhütung nehmen sollte.**

sehr unwahrscheinlich							sehr wahrscheinlich	weiß nicht
A	B	C	D	E	F	G		H
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

Bitte geben Sie nachfolgend durch Ankreuzen des entsprechenden Kästchens an, wie groß im allgemeinen Ihre Bereitschaft ist, das zu tun, was ...

- 104 ... Ihre Partnerin bezüglich der Verwendung der Antibabypille für richtig hält?**

überhaupt keine Bereitschaft							sehr große Bereitschaft	weiß nicht
A	B	C	D	E	F	G		H
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

9

105 ... Ihr Arzt bezüglich der Verwendung der Antibabypille für richtig hält?

überhaupt keine Bereitschaft							sehr große Bereitschaft	weiß nicht
A	B	C	D	E	F	G		H
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

106 ... Ihre Eltern bezüglich der Verwendung der Antibabypille für richtig halten?

überhaupt keine Bereitschaft							sehr große Bereitschaft	weiß nicht
A	B	C	D	E	F	G		H
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

107 ... Ihre besten Freunde bezüglich der Verwendung von Kondomen für richtig halten?

überhaupt keine Bereitschaft							sehr große Bereitschaft	weiß nicht
A	B	C	D	E	F	G		H
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

108 ... Ihre Partnerin bezüglich der Verwendung von Kondomen für richtig hält?

überhaupt keine Bereitschaft							sehr große Bereitschaft	weiß nicht
A	B	C	D	E	F	G		H
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

109 ... Ihre Eltern bezüglich der Verwendung von Kondomen für richtig halten?

überhaupt keine Bereitschaft							sehr große Bereitschaft	weiß nicht
A	B	C	D	E	F	G		H
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

Verkleben Sie nach Beantwortung Ihren Fragenteil mit dem Papiersiegel und geben Sie den Fragebogen an den Interviewer zurück.

Bitte den Fragebogen für den folgenden Teil den Befragten zum Selbstaussfüllen übergeben!

Fragebogenteil Mädchen/Frauen

Bevor Sie mit dem Ausfüllen Ihres Fragebogenteils beginnen, möchten wir Sie bitten, folgende Hinweise aufmerksam zu lesen.

Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst vollständig.

Sollten Sie zu einzelnen der abgefragten Themenbereiche (z.B. Anwendung der Antibabypille, Anwendung von Kondomen, Geschlechtsverkehr) über keinerlei persönliche Erfahrung verfügen, bitten wir Sie, die betreffenden Fragen nach Ihrem Informationsstand bzw. Ihren Vorstellungen zu beantworten.

Einige der folgenden Fragen beziehen sich auf Partnerschaft. Sollten Sie (derzeit) über keinen Partner verfügen, bitten wir Sie, diese Fragen dennoch zu beantworten, indem Sie sich auf Ihren letzten Partner bzw. auf Ihre (Wunsch-)Vorstellungen für eine zukünftige Partnerschaft beziehen.

Manche Fragen mögen Ihnen einander ähnlich erscheinen. Dennoch bestehen auch hier Unterschiede, die für die Befragung von Bedeutung sind.

Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten. Wir interessieren uns lediglich für Ihre persönlichen Meinungen oder Ansichten. Bei einigen Fragen können Sie zwischen vorgegebenen Antwortmöglichkeiten auswählen, bei anderen können Sie Ihre Antwort abstufen. Kreuzen Sie bitte jeweils das für Sie Zutreffende an.

Bei Antworten, hinter denen ein ➡ steht, setzen Sie bitte das Ankreuzen mit der angegebenen Frage fort.

Musterbeispiel zum Ausfüllen des Fragebogens:

58 Daß ich weniger Menstruationsprobleme habe, ist für mich ...

überhaupt nicht wichtig						sehr wichtig	
A	B	C	D	E	F	G	
☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐

48 Haben Sie schon einmal mit der Antibabypille verhütet?

nein
ja

☒	A ➡	51
☐	B ➡	49

Verkleben Sie nach Beantwortung Ihren Fragenteil mit dem Papiersiegel und geben Sie den Fragebogen an den Interviewer zurück.

37 Was trifft auf Sie zu?
Ich fühle mich sexuell ...

Bitte nur eine Antwort ankreuzen!

- | | |
|---|----------------------------|
| ausschließlich von Jungen/Männern angezogen | ☐ A |
| vorwiegend von Jungen/Männern angezogen | ☐ B |
| sowohl von Jungen/Männern als auch von Mädchen/Frauen angezogen | ☐ C |
| vorwiegend von Mädchen/Frauen angezogen | ☐ D |
| ausschließlich von Mädchen/Frauen angezogen | ☐ E |
| weder von Jungen/Männern noch von Mädchen/Frauen angezogen | ☐ F |
| weiß nicht | ☐ G |

38 In welcher Beziehungsform leben Sie zur Zeit?

- | | | |
|---|------------------------------|-----------|
| habe keinen festen Partner, und keine sexuellen Beziehungen | ☐ A → | 41 |
| habe keinen festen Partner, aber sexuelle Beziehungen | ☐ B → | 41 |
| habe festen Partner, ohne sexuelle Beziehungen | ☐ C → | 39 |
| habe festen Partner, in einer sexuell treuen Beziehung | ☐ D → | 39 |
| habe festen Partner, aber auch sexuelle Beziehungen außerhalb der Partnerschaft | ☐ E → | 39 |

39 Wie lange sind Sie mit Ihrem derzeitigen Partner bzw. Freund zusammen?
 Jahre Monate

40 Wie alt ist Ihr derzeitiger Partner?
 Jahre

41 Hatten Sie schon Geschlechtsverkehr?
 nein ☐ A → **57**
 ja ☐ B → **42**

42 Wie alt waren Sie bei Ihrem ersten Geschlechtsverkehr?
 Jahre

43 Mit wie vielen Personen hatten Sie schon Geschlechtsverkehr?
 mit Personen

44 Mit wie vielen Personen hatten Sie in den letzten 12 Monaten Geschlechtsverkehr?
 mit Personen

45 Haben Sie beim Geschlechtsverkehr schon einmal ein Kondom benutzt?

nein
ja

☐ A → **48**
☐ B → **46**

Wie oft sind bei Ihnen bzw. Ihrem Partner folgende Schwierigkeiten beim Kondomgebrauch schon aufgetreten?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das Zutreffende an.

		nie A	selten B	manchmal C	häufig D	immer E
46	geplatzt, gerissen	☐	☐	☐	☐	☐
47	Schwierigkeiten bei der Handhabung (z.B. beim Überrollen)	☐	☐	☐	☐	☐

48 Haben Sie schon einmal mit der Antibabypille verhütet?

nein
ja

☐ A → **51**
☐ B → **49**

Wie oft sind bei Ihnen folgende Schwierigkeiten bei der Anwendung der Antibabypille aufgetreten?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das Zutreffende an.

		nie A	selten B	manchmal C	häufig D	immer E
49	Einnahme vergessen	☐	☐	☐	☐	☐
50	Nebenwirkungen	☐	☐	☐	☐	☐

51 Waren Sie schon einmal schwanger bzw. sind Sie zur Zeit schwanger?

nein
ja, gewollt
ja, ungewollt, ohne Verhütung
ja, ungewollt, trotz Verhütung
weiß nicht

☐ A → **53**
☐ B → **53**
☐ C → **53**
☐ D → **52**
☐ E → **53**

9

52 Wenn Sie trotz Verhütung schwanger geworden sind, bei welcher Methode ist das vorgekommen?

Sie können mehrere Antworten ankreuzen!

- | | |
|---------------------|----------------------------|
| Antibabypille | ☐ A |
| Kondom | ☐ B |
| Diaphragma (Pessar) | ☐ C |
| Verhütungszäpfchen | ☐ D |
| Temperaturmethode | ☐ E |
| Spirale | ☐ F |
| „Aufpassen“ | ☐ G |
| andere Methoden | ☐ H |
| weiß nicht | ☐ I |

52

53 Nehmen Sie die neue gesetzliche Regelung zur Finanzierung der Antibabypille durch die Krankenkassen in Anspruch?

- | | | |
|--|------------------------------|-----------|
| ja | ☐ A → | 54 |
| nein, aber ich habe sie mal in Anspruch genommen | ☐ B → | 55 |
| ich bin 20 Jahre alt oder älter | ☐ C → | 55 |
| nein, ich verhüte anders bzw. gar nicht | ☐ D → | 55 |
| nein, ich bin 20 Jahre alt oder älter | | |

54 Haben Sie bzw. Ihr Partner vor Inkrafttreten dieser Regelung eine andere Verhütungsmethode verwendet?

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|-----------|
| ja | ☐ A → | 54 |
| nein, die gleiche wie vorher | ☐ B → | 55 |
| nein, keine Methode vorher | ☐ C → | 55 |

55 Haben Sie sich für die Antibabypille entschieden, weil diese jetzt von den Krankenkassen bezahlt wird?

- | | |
|------|----------------------------|
| ja | ☐ A |
| nein | ☐ B |

56 Wie häufig hatten Sie in den letzten 12 Monaten Geschlechtsverkehr, ohne eine Verhütungsmethode anzuwenden?

- | | |
|-------------|----------------------------|
| immer | ☐ A |
| sehr oft | ☐ B |
| oft | ☐ C |
| selten | ☐ D |
| sehr selten | ☐ E |
| nie | ☐ F |

57 Wenn Sie jetzt schwanger würden ...

würden Sie das Kind bekommen wollen, oder
würden Sie einen Schwangerschaftsabbruch wollen?
weiß nicht

☐ A
☐ B
☐ C

Wenn Sie an den Gebrauch der Antibabypille denken, welche Bedeutung messen Sie dann den folgenden Aussagen für sich persönlich zu? Bitte geben Sie den Grad der Wichtigkeit durch Ankreuzen jeweils des einen Kästchens innerhalb einer Zeile an, das Ihrer Meinung am ehesten entspricht.

58 Daß ich weniger Menstruationsprobleme habe, ist für mich ...

überhaupt nicht wichtig							sehr wichtig
A	B	C	D	E	F	G	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

59 Sexuell spontan zu sein, ist für mich ...

überhaupt nicht wichtig							sehr wichtig
A	B	C	D	E	F	G	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

60 Daß ich keine medizinischen Nebenwirkungen vom Gebrauch der Antibabypille habe, ist für mich ...

überhaupt nicht wichtig							sehr wichtig
A	B	C	D	E	F	G	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Für wie wahrscheinlich halten Sie die nachfolgend aufgeführten Aussagen zur Antibabypillenbenutzung für sich persönlich?

61 Der Gebrauch der Antibabypille würde für mich weniger Menstruationsprobleme bedeuten.

sehr unwahrscheinlich							sehr wahrscheinlich
A	B	C	D	E	F	G	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

9

- 62 **Der Gebrauch der Antibabypille würde für mich bedeuten, sexuell spontan zu sein.**

sehr unwahrscheinlich							sehr wahrscheinlich
A	B	C	D	E	F	G	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

- 63 **Der Gebrauch der Antibabypille würde bei mir zu medizinischen Nebenwirkungen führen.**

sehr unwahrscheinlich							sehr wahrscheinlich
A	B	C	D	E	F	G	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

- 64 **Wie wahrscheinlich ist es, daß Sie die Antibabypille zur Schwangerschaftsverhütung anwenden?**

sehr unwahrscheinlich							sehr wahrscheinlich	weiß nicht
A	B	C	D	E	F	G		H
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

Halten Sie die Anwendung der Antibabypille zur Schwangerschaftsverhütung für ...

65

sehr schlecht							sehr gut
A	B	C	D	E	F	G	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

66

sehr nutzlos							sehr nützlich
A	B	C	D	E	F	G	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

67

sehr unwichtig							sehr wichtig
A	B	C	D	E	F	G	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

- 68 **Wie gut oder wie schlecht finden es die Personen, die Ihnen wichtig sind, wenn Sie die Antibabypille zur Schwangerschaftsverhütung anwenden?**

sehr schlecht							sehr gut
A	B	C	D	E	F	G	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

- 69 **Die Personen, die mir wichtig sind, denken, daß ich die Antibabypille zur Schwangerschaftsverhütung benutzen sollte.**

sehr unwahrscheinlich							sehr wahrscheinlich
A	B	C	D	E	F	G	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

- 70 **Für wie schwierig halten Sie die Anwendung der Antibabypille zur Schwangerschaftsverhütung?**

sehr schwierig							überhaupt nicht schwierig
A	B	C	D	E	F	G	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

- 71 **Für wie wahrscheinlich halten Sie es, daß Sie gegenwärtig in der Lage sind, die Antibabypille zur Schwangerschaftsverhütung richtig anzuwenden?**

sehr unwahrscheinlich							sehr wahrscheinlich	kein Partner
A	B	C	D	E	F	G	H	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

- 72 **Wie wahrscheinlich erschweren Ihnen bestimmte Umstände den Gebrauch der Antibabypille zur Schwangerschaftsverhütung, wie z.B. die Kosten?**

sehr unwahrscheinlich							sehr wahrscheinlich	weiß nicht
A	B	C	D	E	F	G	H	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

73 ... , wie z. B. meine Vergeßlichkeit?

sehr		sehr		weiß			
unwahrscheinlich		wahrscheinlich		nicht			
A	B	C	D	E	F	G	H
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

74 ... , wie z. B. medizinische Nebenwirkungen?

sehr		sehr		weiß			
unwahrscheinlich		wahrscheinlich		nicht			
A	B	C	D	E	F	G	H
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

75 Wie oft können bestimmte Umstände den Gebrauch der Antibabypille zur Schwangerschaftsverhütung verhindern, wie z.B. die Kosten?

niemals		oft				
A	B	C	D	E	F	G
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

76 ... , wie z.B. meine Vergeßlichkeit?

niemals		oft				
A	B	C	D	E	F	G
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

77 ... , wie z.B. medizinische Nebenwirkungen?

niemals		oft				
A	B	C	D	E	F	G
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Wenn Sie an den Gebrauch von Kondomen denken, welche Bedeutung messen Sie dann den folgenden Aussagen für sich persönlich zu?

Bitte geben Sie den Grad der Wichtigkeit durch Ankreuzen jeweils des einen Kästchens innerhalb einer Zeile an, das Ihrer Meinung am ehesten entspricht.

78 Die Vermeidung einer Schwangerschaft ist zur Zeit für mich ...

überhaupt		sehr				
nicht wichtig		wichtig				
A	B	C	D	E	F	G
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

79 Die Vermeidung einer Ansteckung mit Aids ist für mich ...

überhaupt			sehr				
nicht wichtig			wichtig				
A	B	C	D	E	F	G	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

80 Die gemeinsame Verantwortung für die Schwangerschaftsverhütung ist für mich ...

überhaupt			sehr				
nicht wichtig			wichtig				
A	B	C	D	E	F	G	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Für wie wahrscheinlich halten Sie die nachfolgend aufgeführten Aussagen zur Verwendung eines Kondoms für sich persönlich?

81 Der Gebrauch des Kondoms würde mich vor einer Schwangerschaft schützen.

sehr			sehr				
unwahrscheinlich			wahrscheinlich				
A	B	C	D	E	F	G	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

82 Der Gebrauch des Kondoms würde für mich die Vermeidung einer Ansteckung mit Aids bedeuten.

sehr			sehr				
unwahrscheinlich			wahrscheinlich				
A	B	C	D	E	F	G	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

83 Der Gebrauch des Kondoms würde für mich gemeinsame Verantwortung für die Schwangerschaftsverhütung bedeuten.

sehr			sehr				
unwahrscheinlich			wahrscheinlich				
A	B	C	D	E	F	G	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	



84 Wie wahrscheinlich ist es, daß Ihr Partner ein Kondom zur Schwangerschaftsverhütung anwendet?

	sehr						sehr
	unwahrscheinlich						wahrscheinlich
	A	B	C	D	E	F	G
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Halten Sie die Anwendung von Kondomen zur Schwangerschaftsverhütung für ...

85

sehr schlecht							sehr gut
A	B	C	D	E	F	G	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

86

sehr nutzlos							sehr nützlich
A	B	C	D	E	F	G	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

87

sehr unwichtig							sehr wichtig
A	B	C	D	E	F	G	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

88 Wie gut oder wie schlecht finden es die Personen, die Ihnen wichtig sind, wenn Ihr Partner Kondome zur Schwangerschaftsverhütung anwendet?

sehr						sehr
schlecht						gut
A	B	C	D	E	F	G
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

89 Die Personen, die mir wichtig sind, denken, daß mein Partner Kondome zur Schwangerschaftsverhütung benutzen sollte.

sehr						sehr
unwahrscheinlich						wahrscheinlich
A	B	C	D	E	F	G
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

- 90 Für wie schwierig halten Sie die Anwendung von Kondomen zur Schwangerschaftsverhütung?

sehr schwierig							überhaupt nicht schwierig
A	B	C	D	E	F	G	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

- 91 Für wie wahrscheinlich halten Sie es, daß Ihr Partner gegenwärtig in der Lage ist, Kondome zur Schwangerschaftsverhütung richtig einzusetzen?

sehr unwahrscheinlich							sehr wahrscheinlich
A	B	C	D	E	F	G	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

- 92 Wie wahrscheinlich erschweren Ihnen bestimmte Umstände den Gebrauch von Kondomen zur Schwangerschaftsverhütung, wie z.B. die Erhältlichkeit?

sehr unwahrscheinlich							sehr wahrscheinlich	weiß nicht
A	B	C	D	E	F	G	H	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

- 93 ..., wie z.B. ein unkooperativer Partner?

sehr unwahrscheinlich							sehr wahrscheinlich	weiß nicht
A	B	C	D	E	F	G	H	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

- 94 ..., wie z.B. Ungeschicklichkeit?

sehr unwahrscheinlich							sehr wahrscheinlich	weiß nicht
A	B	C	D	E	F	G	H	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

- 95 **Wie oft können bestimmte Umstände dafür verantwortlich sein, keine Kondome zur Schwangerschaftsverhütung zu gebrauchen, wie z. B. die Erhältlichkeit?**

niemals							oft
A	B	C	D	E	F	G	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

- 96 **..., wie z. B. ein unkooperativer Partner?**

niemals							oft
A	B	C	D	E	F	G	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

- 97 **..., wie z. B. Ungeschicklichkeit?**

niemals							oft
A	B	C	D	E	F	G	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Bitte geben Sie nachfolgend durch Ankreuzen des entsprechenden Kästchens an, welche Auffassung die genannten Personen aus Ihrem Umfeld Ihrer Ansicht nach zum Gebrauch von Antibabypille und Kondom vertreten.

- 98 **Mein Partner ist der Ansicht, daß ich die Antibabypille zur Verhütung nehmen sollte.**

	sehr					sehr		weiß
unwahrscheinlich						wahrscheinlich		nicht
A	B	C	D	E	F	G		H
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

- 99 **Mein Arzt ist der Ansicht, daß ich die Antibabypille zur Verhütung nehmen sollte.**

	sehr					sehr		weiß
unwahrscheinlich						wahrscheinlich		nicht
A	B	C	D	E	F	G		H
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

- 100 Meine Eltern sind der Ansicht, daß ich die Antibabypille zur Verhütung nehmen sollte.**

sehr unwahrscheinlich							sehr wahrscheinlich	weiß nicht
A	B	C	D	E	F	G		H
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

- 101 Meine besten Freunde sind der Ansicht, daß mein Partner Kondome zur Verhütung nehmen sollte.**

sehr unwahrscheinlich							sehr wahrscheinlich	weiß nicht
A	B	C	D	E	F	G		H
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

- 102 Mein Partner ist der Ansicht, daß er Kondome zur Verhütung nehmen sollte.**

sehr unwahrscheinlich							sehr wahrscheinlich	weiß nicht
A	B	C	D	E	F	G		H
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

- 103 Meine Eltern sind der Ansicht, daß mein Partner Kondome zur Verhütung nehmen sollte.**

sehr unwahrscheinlich							sehr wahrscheinlich	weiß nicht
A	B	C	D	E	F	G		H
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

Bitte geben Sie nachfolgend durch Ankreuzen des entsprechenden Kästchens an, wie groß im allgemeinen Ihre Bereitschaft ist, das zu tun, was ...

- 104 ... Ihr Partner bezüglich der Verwendung der Antibabypille für richtig hält?**

überhaupt keine Bereitschaft							sehr große Bereitschaft	weiß nicht
A	B	C	D	E	F	G		H
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

9

105 ... Ihr Arzt bezüglich der Verwendung der Antibabypille für richtig hält?

überhaupt keine Bereitschaft							sehr große Bereitschaft	weiß nicht
A	B	C	D	E	F	G		H
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

106 ... Ihre Eltern bezüglich der Verwendung der Antibabypille für richtig halten?

überhaupt keine Bereitschaft							sehr große Bereitschaft	weiß nicht
A	B	C	D	E	F	G		H
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

107 ... Ihre besten Freunde bezüglich der Verwendung von Kondomen für richtig halten?

überhaupt keine Bereitschaft							sehr große Bereitschaft	weiß nicht
A	B	C	D	E	F	G		H
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

108 ... Ihr Partner bezüglich der Verwendung von Kondomen für richtig hält?

überhaupt keine Bereitschaft							sehr große Bereitschaft	weiß nicht
A	B	C	D	E	F	G		H
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

109 ... Ihre Eltern bezüglich der Verwendung von Kondomen für richtig halten?

überhaupt keine Bereitschaft							sehr große Bereitschaft	weiß nicht
A	B	C	D	E	F	G		H
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

Verkleben Sie nach Beantwortung Ihren Fragenteil mit dem Papiersiegel und geben Sie den Fragebogen an den Interviewer zurück.

Wie stehen Sie grundsätzlich zu einem Schwangerschaftsabbruch?

InterviewerInnenhinweis: Bitte Liste 110 vorlegen! Nur eine Nennung!

110

- | | |
|---|----------------------------|
| Ich bin unter allen Umständen gegen einen Schwangerschaftsabbruch. | ☐ A |
| Ein Schwangerschaftsabbruch sollte nur aus medizinischen Gründen erlaubt sein. | ☐ B |
| Ein Schwangerschaftsabbruch sollte aus medizinischen, aber auch aus sozialen Gründen erlaubt sein (Indikationsmodell). | ☐ C |
| Ein Schwangerschaftsabbruch sollte in den ersten drei Monaten allgemein erlaubt sein, wenn ein Beratungsgespräch erfolgt (Fristenlösung mit Beratungspflicht). | ☐ D |
| Ein Schwangerschaftsabbruch sollte in den ersten drei Monaten allgemein erlaubt sein, ohne daß ein Beratungsgespräch erfolgt (Fristenlösung ohne Beratungspflicht). | ☐ E |
| habe dazu keine Meinung, weiß nicht | ☐ F |

Am 25. August 1995 wurde das vom Deutschen Bundestag verabschiedete Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz im Bundesgesetzblatt verkündet. Es enthält eine Reihe von Änderungen gesetzlicher Bestimmungen zum Schwangerschaftsabbruch, die am 1. Oktober 1995 und 1. Januar 1996 in Kraft getreten sind. Wie gut fühlen Sie sich über diese neue gesetzliche Regelung zum Schwangerschaftsabbruch informiert?

111

- | | |
|-------------------|----------------------------|
| sehr gut | ☐ A |
| ziemlich gut | ☐ B |
| ziemlich schlecht | ☐ C |
| sehr schlecht | ☐ D |

Wie beurteilen Sie die neue Regelung?

Bitte sagen Sie mir anhand der Buchstaben, wie Sie die folgenden Aussagen finden. Mit den Buchstaben zwischen überhaupt nicht, gut und sehr gut können Sie Ihre Meinung abstimmen.

InterviewerInnenhinweis: Bitte Liste 110 vorlegen! Nur eine Nennung!

Wie finden Sie ...

112 daß der Schwangerschaftsabbruch straffrei ist,

- | | | | |
|--|--|------|--------------------------|
| überhaupt | | sehr | weiß |
| nicht gut | | gut | nicht |
| A B C D E F G | | | H |
| ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ | | | ☐ |

113 daß eine Frau frei entscheiden kann,

- | | | | |
|--|--|------|--------------------------|
| überhaupt | | sehr | weiß |
| nicht gut | | gut | nicht |
| A B C D E F G | | | H |
| ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ | | | ☐ |

Wie finden Sie ...

- 114** daß die Krankenkassen einen Schwangerschaftsabbruch in der Regel nicht mehr bezahlen,

überhaupt							sehr	
nicht gut							gut	weiß
A	B	C	D	E	F	G		nicht
								H
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

- 115** daß ein Schwangerschaftsabbruch rechtswidrig ist,

überhaupt							sehr	
nicht gut							gut	weiß
A	B	C	D	E	F	G		nicht
								H
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

- 116** daß vor einem Schwangerschaftsabbruch eine Pflichtberatung durchgeführt wird,

überhaupt							sehr	
nicht gut							gut	weiß
A	B	C	D	E	F	G		nicht
								H
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

- 117** daß die Schwangerschaftskonfliktberatung dem Schutz des ungeborenen Lebens dienen soll,

überhaupt							sehr	
nicht gut							gut	weiß
A	B	C	D	E	F	G		nicht
								H
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

- 118** daß der Partner bzw. die Angehörigen strafrechtlich belangt werden können, wenn sich herausstellt, daß sie die Frau unter Druck gesetzt haben (z.B. durch Erpressung), einen Schwangerschaftsabbruch durchführen zu lassen?

überhaupt							sehr	
nicht gut							gut	weiß
A	B	C	D	E	F	G		nicht
								H
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Für welche Verhütungsmethode würden Sie sich in den nachfolgend beschriebenen Situationen entscheiden?

Bitte antworten Sie ohne lange nachzudenken. Stellen Sie sich vor ...

*InterviewerInnenhinweis: Bitte Kartenspiel und Skalenblatt 119 vorlegen!
Mehrfachnennungen möglich!*

- 119 Sie lernen jemanden in einer Kneipe/Disco kennen und es entwickelt sich ein erster sexueller Kontakt am gleichen Abend.**

Antibabypille	Kondom	andere Verhütungsmethoden	keine Verhütungsmethoden
A	B	C	D
[]	[]	[]	[]

- 120 Sie haben vor kurzer Zeit jemanden kennengelernt und wollen miteinander schlafen.**

Antibabypille	Kondom	andere Verhütungsmethoden	keine Verhütungsmethoden
A	B	C	D
[]	[]	[]	[]

- 121 Sie lernen jemanden auf der Party eines Bekannten kennen und es entwickelt sich ein erster sexueller Kontakt.**

Antibabypille	Kondom	andere Verhütungsmethoden	keine Verhütungsmethoden
A	B	C	D
[]	[]	[]	[]

- 122 Sie haben vor kurzer Zeit jemanden auf der Party eines Bekannten kennengelernt und wollen miteinander schlafen.**

Antibabypille	Kondom	andere Verhütungsmethoden	keine Verhütungsmethoden
A	B	C	D
[]	[]	[]	[]

- 123 Sie treffen zufällig auf einen alten Bekannten/eine alte Bekannte und es entwickelt sich ein sexueller Kontakt.**

Antibabypille	Kondom	andere Verhütungsmethoden	keine Verhütungsmethoden
A	B	C	D
[]	[]	[]	[]

9

- 124 Ein guter Bekannter/eine gute Bekannte ist bei Ihnen zu Besuch und Sie wollen miteinander schlafen.**

Antibabypille	Kondom	andere Verhütungsmethoden	keine Verhütungsmethoden
A	B	C	D
☐	☐	☐	☐

- 125 Sie treffen einen früheren Sexualpartner/eine frühere Sexualpartnerin und wollen mit ihm/ihr schlafen.**

Antibabypille	Kondom	andere Verhütungsmethoden	keine Verhütungsmethoden
A	B	C	D
☐	☐	☐	☐

- 126 Sie leben in einer lockeren Beziehung und wollen miteinander schlafen.**

Antibabypille	Kondom	andere Verhütungsmethoden	keine Verhütungsmethoden
A	B	C	D
☐	☐	☐	☐

- 127 Sie leben in einer festen Beziehung und wollen miteinander schlafen.**

Antibabypille	Kondom	andere Verhütungsmethoden	keine Verhütungsmethoden
A	B	C	D
☐	☐	☐	☐

- 128 Sie lernen jemanden im Urlaub kennen und es entwickelt sich ein erster sexueller Kontakt.**

Antibabypille	Kondom	andere Verhütungsmethoden	keine Verhütungsmethoden
A	B	C	D
☐	☐	☐	☐

Haben Sie schon von der Diskussion um die Nebenwirkungen einiger Antibabypillen gehört?

InterviewerInnenhinweis: Achtung Filter!

ja
nein

129

☐ A → **130**
☐ B → **131**

Wie haben Sie bzw. Ihr(e) Partner(in) reagiert, seitdem Sie von diesen Nebenwirkungen hörten?

InterviewerInnenhinweis: Bitte Liste 130 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!

130

- weitere Informationen eingeholt
- Arzt aufgesucht
- Pille abgesetzt
- Pillensorte gewechselt
- sonstiges
- nichts weiter

- ☐ A
- ☐ B
- ☐ C
- ☐ D
- ☐ E
- ☐ F

Wünschen Sie sich mehr Aufklärung über die gesundheitlichen Risiken der Antibabypille oder fühlen Sie sich ausreichend informiert?

131

- wünsche mehr Informationen
- fühle mich ausreichend informiert

- ☐ A
- ☐ B

Geschlecht

InterviewerInnenhinweis: Bitte eintragen!

200

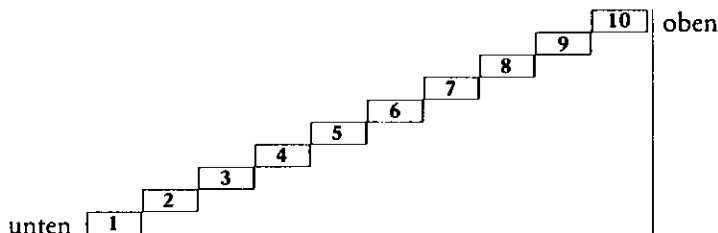
- männlich
- weiblich

- ☐ A
- ☐ B

201 **Wie alt sind Sie?**
..... Jahre

202 **In unserer Gesellschaft gibt es verschiedene Bevölkerungsgruppen, die eher oben stehen und solche, die eher unten stehen. Wir haben hier eine Treppe, die von unten nach oben führt. Wenn Sie an sich selbst denken, wo auf dieser Treppe würden Sie sich einordnen?**

InterviewerInnenhinweis: Fragebogen übergeben und ankreuzen lassen!



Welchen höchsten Schulabschluß haben Sie oder sind Sie noch Schüler/in?

Sagen Sie es mir bitte anhand der Liste.

InterviewerInnenhinweis: Achtung Filter! Bitte Liste 203 vorlegen!

203

Ich bin von der Schule abgegangen ohne Hauptschulabschluß/
Volksschulabschluß.

☐ A → **205**

Ich habe den Hauptschulabschluß/Volksschulabschluß oder
frühere 8klassige Schule.

☐ B → **205**

Ich habe mittlere Reife/Realschulabschluß.

☐ C → **205**

Ich habe den Abschluß der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse.

☐ D → **205**

Ich habe Fachschulabschluß
(ohne Anerkennung als Fachhochschulabschluß).

☐ E → **205**

Ich habe die allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/
Abitur (Gymnasium bzw. EOS) ohne abgeschlossenes Fachhoch-
schul-/Universitätsstudium.

☐ F → **205**

Ich habe ein abgeschlossenes Universitäts-/Hochschul- bzw.
Fachhochschulstudium (bzw. Fachschulabschluß mit Anerkennung).

☐ G → **205**

Ich bin noch Schüler/in.

☐ H → **204**

In was für eine Schule gehen Sie?

InterviewerInnenhinweis: Achtung Filter!

204

Hauptschule

☐ A → **208**

Realschule

☐ B → **208**

Berufsfachschule

☐ C → **208**

Fachoberschule/Handelsschule

☐ D → **208**

Gymnasium (Gesamtschule – gymnasialer Zweig)

☐ E → **208**

Sonderschule/Sonderklasse

☐ F → **208**

Haben Sie eine abgeschlossene Lehre?**205**

ja

☐ A

nein

☐ B

Sind Sie zur Zeit berufstätig?

Bitte sagen Sie mir anhand dieser Liste, was auf Sie zutrifft.

*InterviewerInnenhinweis: Achtung Filter! Bitte Liste 206 vorlegen!
Bitte nur eine Antwort!*

	206	
vollbeschäftigt	☐ A →	208
teilzeitbeschäftigt	☐ B →	208
Kurzarbeit	☐ C →	208
Null-Kurzarbeit	☐ D →	208
arbeitslos, in Umschulungsmaßnahme	☐ E →	208
arbeitslos, ohne Umschulung	☐ F →	208
Berufsausbildung (ohne Umschulung)	☐ G →	207
Wehr-/Zivildienst	☐ H →	208
ausschließlich Hausfrau/Hausmann	☐ I →	208
Erziehungs- und Mutterschaftsurlaub	☐ J →	208
Studium an der Universität, Hochschule, Fachhochschule	☐ K →	209
zur Zeit nicht berufstätig	☐ L →	208

Was für eine Ausbildung machen Sie?

InterviewerInnenhinweis: Achtung Filter! Bitte Liste 207 vorlegen!

	207	
kaufmännische Lehre/Verwaltungslehre	☐ A →	209
gewerbliche Lehre	☐ B →	209
haus- oder landwirtschaftliche Lehre	☐ C →	209
Ausbildung im sozialen Bereich	☐ D →	209
Bereich Gesundheitswesen	☐ E →	209
Vorbereitungsdienst für Beamtenanwärter/innen	☐ F →	209
Beamtenpraktikum/Volontariat	☐ G →	209
sonstige berufliche Ausbildung	☐ H →	209

Zu welcher Berufsgruppe gehören bzw. gehörten Sie?

Bitte sagen Sie mir anhand dieser Liste, was auf Sie zutrifft.

InterviewerInnenhinweis: Bitte Liste 208 vorlegen, nur eine Antwort!

208

- | | |
|---|----------------------------|
| Arbeiter/in | ☐ A |
| Facharbeiter/in | ☐ B |
| Meister/in | ☐ C |
| Angestellte/r | ☐ D |
| leitende/r Angestellte/r | ☐ E |
| Beamter/in im einfachen Dienst | ☐ F |
| Beamter/in im mittleren Dienst | ☐ G |
| Beamter/in im höheren Dienst | ☐ H |
| selbständig | ☐ I |
| Landwirt/in, Mitarbeiter/in in der Landwirtschaft | ☐ J |
| nie beruflich tätig gewesen | ☐ K |

Wie religiös sind Sie?

Mit den Buchstaben zwischen **überhaupt nicht** und **sehr** können Sie Ihre Meinung abgestuft sagen.

InterviewerInnenhinweis: Bitte Skalenblatt 209 vorlegen!

überhaupt nicht sehr

A B C D E F G

209

Welchen Familienstand haben Sie?**210**

- | | |
|--|----------------------------|
| Ich bin verheiratet und lebe mit meinem Ehepartner zusammen. | ☐ A |
| Ich bin verheiratet und lebe von meinem Ehepartner getrennt. | ☐ B |
| Ich bin ledig. | ☐ C |
| Ich bin geschieden. | ☐ D |
| Ich bin verwitwet. | ☐ E |

211 Wie viele Kinder haben Sie persönlich?

InterviewerInnenhinweis: Bitte Anzahl eintragen, wenn keine Kinder, dann 0 eintragen!

.....Anzahl Kinder ☐ weiß nicht/keine Antwort = Z

212 Wie viele Kinder möchten Sie insgesamt einmal haben?

InterviewerInnenhinweis: Bitte Anzahl eintragen, wenn keine Kinder, dann 0 eintragen!

.....Anzahl Kinder ☐ weiß nicht/keine Antwort = Z

Wie hoch ist Ihr Einkommen? Ich meine, was Sie persönlich monatlich netto nach Abzug von Steuern und Sozialversicherung zur Verfügung haben. Sie brauchen mir nur den betreffenden Buchstaben zu nennen.

InterviewerInnenhinweis: Bitte Liste 213 vorlegen, nur eine Antwort!

213

- | | |
|---|----------------------------|
| ich bekomme Taschengeld | ☐ A |
| bis unter 1.000 DM | ☐ B |
| 1.000 bis unter 1.500 DM | ☐ C |
| 1.500 bis unter 2.000 DM | ☐ D |
| 2.000 bis unter 2.500 DM | ☐ E |
| 2.500 bis unter 3.000 DM | ☐ F |
| 3.000 bis unter 4.000 DM | ☐ G |
| 4.000 bis unter 5.000 DM | ☐ H |
| 5.000 bis unter 7.000 DM | ☐ I |
| über 7.000 DM | ☐ J |
| ich habe kein eigenes Einkommen und bekomme auch kein Taschengeld | ☐ K |

Bundesland des Befragungsortes

InterviewerInnenhinweis: Bitte eintragen!

214

- | | |
|------------------------|----------------------------|
| Baden-Württemberg | ☐ A |
| Bayern | ☐ B |
| Berlin (Ost) | ☐ C |
| Berlin (West) | ☐ D |
| Brandenburg | ☐ E |
| Bremen | ☐ F |
| Hamburg | ☐ G |
| Hessen | ☐ H |
| Mecklenburg-Vorpommern | ☐ I |
| Niedersachsen | ☐ J |
| Nordrhein-Westfalen | ☐ K |
| Rheinland-Pfalz | ☐ L |
| Saarland | ☐ M |

Sachsen	☐ N
Sachsen-Anhalt	☐ O
Schleswig-Holstein	☐ P
Thüringen	☐ Q

War eine dritte Person während des Interviews anwesend?

InterviewerInnenhinweis: Bitte selbst ausfüllen!

215

ja	☐ A
nein	☐ B

Wir beabsichtigen, in ca. 14 Tagen an Sie noch ein paar Fragen zu Verhaltens- und Einstellungsveränderungen bezüglich der Verhütungsmittelanwendung zu stellen. Könnten wir uns dann noch einmal an Sie wenden?

216

ja, persönlich durch Interviewer	☐ A
ja, schriftlich	☐ B
ja, telefonisch	☐ C
nein	☐ D

Interview beendet um:

--	--	--	--

Stunde Minute

Gemeindekennziffer:

--	--	--	--	--	--	--	--

Ich versichere hiermit, daß ich das Interview entsprechend den USUMA-Anweisungen durchgeführt habe.

Unterschrift des Interviewers

Datum

**MARKT-, MEINUNGS-
UND SOZIALFORSCHUNG**

Berliner Allee 96
13088 Berlin
Tel.: (030) 927 02 810

Projekt: **960703**

Redaktionsdatum: 6. August 1996

LISTENHEFT

9

SKALENBLATT 1**Lebensbereiche**

		überhaupt nicht wichtig					sehr wichtig	
Eigene Partnerschaft	1	A	B	C	D	E	F	G
Schulische und berufliche Ausbildung	2	A	B	C	D	E	F	G
Finanzielle Situation	3	A	B	C	D	E	F	G
Sexualität	4	A	B	C	D	E	F	G
Eigene Familie und Kinder	5	A	B	C	D	E	F	G
Berufliches Vorankommen	6	A	B	C	D	E	F	G
(später) erwerbstätig zu sein	7	A	B	C	D	E	F	G
(später) erwerbstätig zu sein und Kinder zu haben	8	A	B	C	D	E	F	G

SKALENBLATT 9**Wie gut fühlen Sie sich persönlich informiert über ...**

		überhaupt nicht informiert					sehr gut informiert	
Liebe/Partnerschaft	9	A	B	C	D	E	F	G
Sexualität	10	A	B	C	D	E	F	G
Schwangerschaft	11	A	B	C	D	E	F	G
Schwangerschaftsverhütung	12	A	B	C	D	E	F	G
Schwangerschaftsabbruch	13	A	B	C	D	E	F	G
Aids-Verhütung	14	A	B	C	D	E	F	G
Leben mit eigenen Kindern	15	A	B	C	D	E	F	G

LISTE 16

Von wem haben Sie Ihre Informationen bezüglich Schwangerschaftsverhütung?

- A vom Partner/von der Partnerin
- B vom Vater
- C von der Mutter
- D von der Schwester/vom Bruder
- E von der besten Freundin/vom besten Freund
- F vom Freundeskreis
- G vom Arzt
- H aus der Schule (Lehrer/in)
- I aus den Medien (Bücher, Zeitschriften, Radio, Fernsehen)
- J aus den Beratungsstellen
- K andere
- L habe keine Informationen

SKALENBLATT 17

Wie wichtig ist Ihnen in einer Partnerschaft ...

		überhaupt nicht wichtig					sehr wichtig	
Geborgenheit	17	A	B	C	D	E	F	G
Freiraum für eigene Interessen	18	A	B	C	D	E	F	G
Sexuelle Erfüllung	19	A	B	C	D	E	F	G
Treue	20	A	B	C	D	E	F	G
Dauerhaftigkeit	21	A	B	C	D	E	F	G

SKALENBLATT 23

Wie gut fühlen Sie sich informiert über die Verhütungsmethoden ...

		überhaupt nicht wichtig					sehr wichtig	
Antibabypille	23	A	B	C	D	E	F	G
Kondom	24	A	B	C	D	E	F	G
Diaphragma (Pessar)	25	A	B	C	D	E	F	G
Verhütungszäpfchen	26	A	B	C	D	E	F	G
Temperaturmethode	27	A	B	C	D	E	F	G
Spirale	28	A	B	C	D	E	F	G
„Aufpassen“	29	A	B	C	D	E	F	G

LISTE 30

Erfahrung mit folgenden Verhütungsmethoden...

Zur Zeit überwiegend angewandte Verhütungsmethoden...

- A Antibabypille
 - B Kondom
 - C Diaphragma (Pessar)
 - D Verhütungszäpfchen
 - E Temperaturmethode
 - F Spirale
 - G „Aufpassen“
 - H Mit keiner/keine
-

LISTE 33

Aus welchen Gründen haben Sie Ihre überwiegend angewendete(n) Verhütungsmethoden in den letzten 12 Monaten gewechselt?

- A Mangelnde Sicherheit
 - B Gesundheitliche Beeinträchtigung/Nebenwirkung
 - C Aids-Prävention
 - D Schwangerschaft/Stillzeit/Kinderwunsch
 - E Sonstige
-

LISTE 35

Wie haben Sie erfahren, daß die Krankenkassen die Antibabypille bezahlen?

- A die Schule (Lehrer/in)
 - B die Mutter
 - C den Vater
 - D den Arzt/die Ärztin
 - E die Geschwister
 - F den Freund/die Freundin
 - G Aufklärungsbroschüren
 - H den Partner/die Partnerin
 - I Fernsehen/Radio/Zeitung
 - J Krankenkassen
 - K Beratungsstellen
 - L sonstige Personen
-

LISTE 110

Wie stehen Sie grundsätzlich zu einem Schwangerschaftsabbruch?

- A Ich bin unter allen Umständen gegen einen Schwangerschaftsabbruch.
- B Ein Schwangerschaftsabbruch sollte nur aus medizinischer Sicht erlaubt werden.
- C Ein Schwangerschaftsabbruch sollte nur aus medizinischen, aber auch aus sozialen Gründen erlaubt sein (Indikationsmodell).
- D Ein Schwangerschaftsabbruch sollte in den ersten drei Monaten allgemein erlaubt sein, wenn ein Beratungsgespräch erfolgt (Fristenlösung mit Beratungspflicht).
- E Ein Schwangerschaftsabbruch sollte in den ersten drei Monaten allgemein erlaubt sein, ohne daß ein Beratungsgespräch erfolgt (Fristenlösung ohne Beratungspflicht).
- F Habe dazu keine Meinung, weiß nicht.

LISTE 112

Wie beurteilen Sie die neue Regelung? Wie finden Sie ...

		überhaupt nicht gut					sehr gut	
daß der Schwangerschaftsabbruch straffrei ist	112	A	B	C	D	E	F	G
daß eine Frau frei entscheiden kann	113	A	B	C	D	E	F	G
daß die Krankenkassen einen Schwangerschaftsabbruch in der Regel nicht mehr bezahlen	114	A	B	C	D	E	F	G
daß ein Schwangerschaftsabbruch rechtswidrig ist	115	A	B	C	D	E	F	G
daß vor einem Schwangerschaftsabbruch eine Pflichtberatung durchgeführt wird	116	A	B	C	D	E	F	G
daß die Schwangerschaftskonfliktberatung dem Schutz des ungeborenen Lebens dienen soll	117	A	B	C	D	E	F	G
daß der Partner bzw. die Angehörigen strafrechtlich belangt werden können, wenn sich herausstellt, daß sie die Frau unter Druck gesetzt haben (z. B. durch Erpressung), einen Schwangerschaftsabbruch durchführen zu lassen?	118	A	B	C	D	E	F	G

9

SKALENBLATT 119

Für welche Verhütungsmethode würden Sie sich in den nachfolgend beschriebenen Situationen entscheiden?

- A** Antibabypille
 - B** Kondom
 - C** andere Verhütungsmethoden
 - D** keine Verhütungsmethoden
-

LISTE 130

Wie haben Sie bzw. Ihr(e) Partner(in) reagiert, seitdem Sie von diesen Nebenwirkungen hörten?

- A** Weitere Informationen eingeholt
 - B** Arzt aufgesucht
 - C** Pille abgesetzt
 - D** Pillensorte gewechselt
 - E** Sonstiges
 - F** Nichts weiter
-

LISTE 203

Welchen höchsten Schulabschluß haben Sie oder sind Sie noch Schüler/in?

- A** Ich bin von der Schule abgegangen ohne Hauptschulabschluß/Volksschulabschluß.
 - B** Ich habe den Hauptschulabschluß/Volksschulabschluß oder frühere 8klassige Schule.
 - C** Ich habe mittlere Reife/Realschulabschluß.
 - D** Ich habe den Abschluß der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse.
 - E** Ich habe Fachschulabschluß (ohne Anerkennung als Fachhochschulabschluß).
 - F** Ich habe die allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS) ohne abgeschlossenes Fachhochschul-/Universitätsstudium.
 - G** Ich habe ein abgeschlossenes Universitäts-/Hochschul- bzw. Fachhochschulstudium (bzw. Fachschulabschluß mit Anerkennung).
 - H** Ich bin noch Schüler/in.
-

LISTE 206

Sind Sie zur Zeit berufstätig?

- A** Vollbeschäftigt
 - B** Teilzeitbeschäftigt (ohne Kurzarbeit)
 - C** Kurzarbeit
 - D** Null-Kurzarbeit
 - E** Arbeitslos in Umschulungsmaßnahme
 - F** Arbeitslos, ohne Umschulung
 - G** Berufsausbildung (ohne Umschulung)
 - H** Wehr-/Zivildienst
 - I** Ausschließlich Hausfrau/Hausmann
 - J** Erziehungs-/Mutterschaftsurlaub
 - K** Studium an Universität, Hochschule, Fachhochschule
 - L** Zur Zeit nicht berufstätig
-

LISTE 207

Was für eine Ausbildung machen Sie?

- A** Kaufmännische Lehre/Verwaltungslehre
 - B** Gewerbliche Lehre
 - C** Haus- oder landwirtschaftliche Lehre
 - D** Ausbildung im sozialen Bereich
 - E** Bereich Gesundheitswesen
 - F** Vorbereitungsdienst für Beamtenanwärter/innen
 - G** Beamtenpraktikum/Volontariat
 - H** Sonstige berufliche Ausbildung
-

LISTE 208

Zu welcher Berufsgruppe gehören bzw. gehörten Sie?

- A Arbeiter/in
- B Facharbeiter/in
- C Meister/in
- D Angestellte/r
- E Leitende/r Angestellte/r
- F Beamter/in im einfachen Dienst
- G Beamter/in im mittleren Dienst
- H Beamter/in im höheren Dienst
- I Selbständig
- J Landwirt/in, Mitarbeiter/in in der Landwirtschaft
- K Nie beruflich tätig gewesen

LISTE 209

Wie religiös sind Sie?

überhaupt							sehr
nicht							
A	B	C	D	E	F	G	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

LISTE 213

Wie hoch ist Ihr eigenes Einkommen?

- A Ich bekomme Taschengeld.
- B bis unter 1.000 DM
- C 1.000 bis unter 1.500 DM
- D 1.500 bis unter 2.000 DM
- E 2.000 bis unter 2.500 DM
- F 2.500 bis unter 3.000 DM
- G 3.000 bis unter 4.000 DM
- H 4.000 bis unter 5.000 DM
- I 5.000 bis unter 7.000 DM
- J über 7.000 DM
- K Ich habe kein eigenes Einkommen und bekomme auch kein Taschengeld.

119 Sie lernen jemanden in einer Kneipe/ Disco kennen und es entwickelt sich ein erster sexueller Kontakt am gleichen Abend.	120 Sie haben vor kurzer Zeit jemanden kennengelernt und wollen miteinander schlafen.
121 Sie lernen jemanden auf der Party eines Bekannten kennen und es entwickelt sich ein erster sexueller Kontakt.	122 Sie haben vor kurzer Zeit jemanden auf der Party eines Bekannten kennengelernt und wollen miteinander schlafen.
123 Sie treffen zufällig auf einen alten Bekannten/eine alte Bekannte und es entwickelt sich ein erster sexueller Kontakt.	124 Ein guter Bekannter/eine gute Bekannte ist bei Ihnen zu Besuch und Sie wollen miteinander schlafen.
125 Sie treffen auf einen früheren Sexualpartner/ eine frühere Sexualpartnerin und wollen mit ihm/ihr schlafen.	126 Sie leben in einer lockeren Beziehung und wollen miteinander schlafen.
127 Sie leben in einer festen Beziehung und wollen miteinander schlafen.	128 Sie lernen jemanden im Urlaub kennen und es entwickelt sich ein erster sexueller Kontakt.

SERVICE DER BZGA ▶▶▶

ÜBERSICHTEN



Bestellnummer: 95 00 60 00



Bestellnummer: 13 01 00 00



Bestellnummer: 33 11 01 00



Modulreihe zur Aids-Prävention



3. Auflage (1991)

Bestellnummer: 70 95 00 00

Die Broschüren geben einen Überblick über unsere Publikationen, Filme und Ausstellungen aus den Bereichen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, Sexualaufklärung, Suchtprävention sowie Aids. Unter Angabe der Bestellnummer können Sie die Übersichten kostenlos anfordern. Bestelladresse: BZgA, 51101 Köln



Bestellnummer: 99 00 00 00



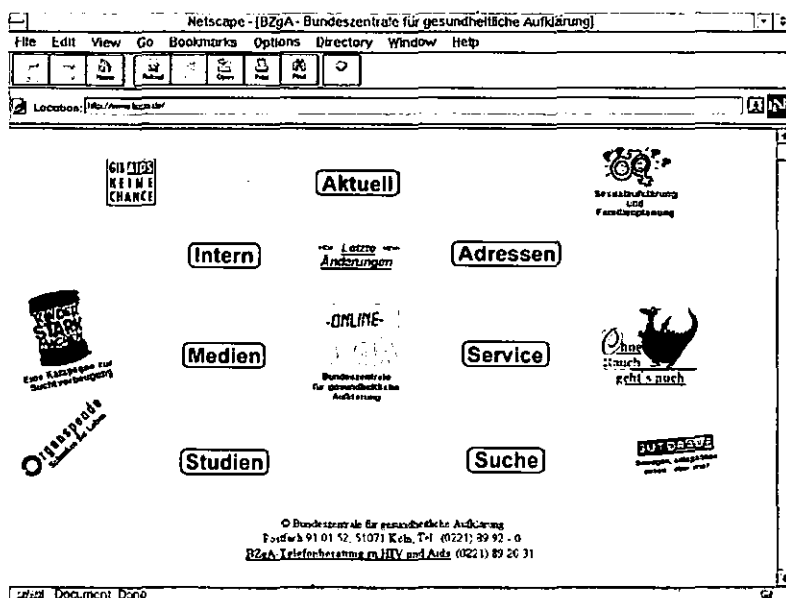
Bestellnummer: 95 00 10 00

ERGEBNISSE WISSENSCHAFTLICHER FORSCHUNG



In den Fachheftreihen „Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung“ und „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“ werden zentrale Ergebnisse von Studien und Modellprojekten veröffentlicht. In Sonderbänden werden darüber hinaus Tagungen und Kongresse dokumentiert. Mit den Fachheftreihen bietet die BZgA ein Forum zur Diskussion und Vernetzung zwischen Wissenschaft und Praxis.

BZGA IM INTERNET



Unter <http://www.bzga.de> erhalten Sie Basisinformationen und werden über unsere aktuelle Arbeit informiert. Über den Bestellservice können Sie unsere Publikationen direkt anfordern.

BZGA-TELEFONBERATUNG ZU HIV, AIDS UND ZUR SUCHTVORBEUGUNG

► **0221.892 031** täglich von 10.00–22.00 Uhr

Wir bieten persönliche Beratung bei Fragen zu Aids und vermitteln Ihnen lokale Hilfs- und Beratungsangebote bei Suchtproblemen. Wir geben Ihnen Adressen von Aids-, Sexual- und Suchtberatungsstellen in Ihrer Nähe. Wir versenden Broschüren zur Aids- und Sexuaufklärung sowie zur Suchtvorbeugung.

Sexualaufklärung ist seit 1992 ein neuer Arbeitsschwerpunkt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Der gesetzliche Auftrag zur Konzeptentwicklung verpflichtet die BZgA in besonderer Weise, einen interdisziplinären Diskurs über Sexualität, Kontrazeption und Familienplanung anzuregen und zu fördern. Dies ist auch ein wichtiges Element zur Qualitätssicherung in diesem Feld. In verschiedenen Publikationen bietet die BZgA sowohl Informationen als auch Foren zur Diskussion.

Eine „Materialliste“ informiert über alle Veröffentlichungen der BZgA, der Infobrief „Forum Sexualaufklärung“ bereitet sexualpädagogische Themen aktuell auf und mit der

bietet die BZgA ein Forum zur Diskussion und Vernetzung zwischen Wissenschaft und Praxis.

In der Fachheftreihe werden Meinungen von Expertinnen und Experten sowie Studien und Modellprojekte veröffentlicht, die den aktuellen Stand der Sexualaufklärung und Familienplanung aufzeigen. In Sonderbänden werden darüber hinaus die Ergebnisse von Tagungen und Kongressen dokumentiert. Mit der Fachheftreihe bietet die BZgA ein Forum zur Diskussion und Vernetzung zwischen Wissenschaft und Praxis.

Der vorliegende Band 12 ist der Abschlußbericht einer repräsentativen Wiederholungsbefragung aus dem Jahr 1996 zum Thema Sexual- und Verhütungsverhalten junger Menschen. Er dokumentiert Veränderungen bezüglich des Wissens, der Einstellungen und Verhaltensweisen zu Sexualität, Verhütung und Schwangerschaft.

Die Veröffentlichungen der BZgA sind unter der Bestelladresse BZgA, 51101 Köln oder <http://www.bzga.de> erhältlich.



Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

ISBN 3-933191-01-7