



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

Interesse und Vertrauen in hormonelle Kontrazeptiva für
den Mann

verfasst von / submitted by

Sara Savic, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien, 2023 / Vienna, 2023

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 066 827

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Evolutionäre Anthropologie

Betreut von / Supervisor:

ao. Univ.-Prof. Mag. Mag. Dr. Sylvia Kirchengast

Abstract (Deutsch)

Die Entwicklungen der Pille für den Mann schreiten rasch voran und die Markteinführung steht uns bevor. Diese Masterarbeit untersucht die biologischen Grundlagen wie die geschlechtsspezifische Gametogenese, sowie evolutionäre Grundlagen wie Trivers elterliche Investment Theorie und vergangene Studien, um festzustellen, ob es ein geschlechtsspezifisches Interesse an der Pille für den Mann gibt. Des Weiteren wird untersucht, ob Männer mit höherer Bildung eher daran interessiert sind und ob Frauen Männern bei der Verhütung misstrauen.

Im Rahmen eines Online-Fragebogens beantworteten 237 Frauen und Männer aus Wien im Alter zwischen 18 und 52 Jahren die Frage, ob sie Interesse an der Pille für den Mann hätten. Zusätzlich wurden mittels Chi-Quadrat-Test Faktoren untersucht, welche dieses Interesse beeinflussen könnten. Die Häufigkeit des Vertrauens von Frauen in Männer bei der Verhütung wurde ebenfalls analysiert.

Es wurde festgestellt, dass es keinen geschlechtsspezifischen Unterschied beim Interesse an der Pille gibt und eine Mehrheit der Männer (60 %) sowie der Frauen (58,4 %) Interesse zeigt. Es wurden auch keine signifikanten Zusammenhänge zwischen dem Interesse und Faktoren wie Bildung oder Alter festgestellt. Die Mehrheit der Frauen (52,2 %) würde Männern bei der Verhütung vertrauen, was jedoch von der Beziehung zu dem Mann abhängig ist.

Trotz vielversprechender Ergebnisse dieser Studie liegt der Fokus des Gesundheitssystems und der Verhütung nach wie vor hauptsächlich auf Frauen. Da Männer großes Interesse an neuen Verhütungsmitteln zeigen, sollten sie stärker in den Prozess einbezogen werden.

Abstract (English)

The development of the male contraceptive pill is progressing rapidly, and its market launch is imminent. This master's thesis examines the biological foundations including sex-specific gametogenesis, as well as evolutionary foundations such as Trivers' parental investment theory and previous studies to determine if there is a sex-specific interest in the male contraceptive pill. Furthermore, it investigates whether men with higher education are more interested and whether women distrust men in using contraception.

As part of an online survey, 237 women and men from Vienna, aged between 18 and 52, answered the question of whether they would be interested in the male contraceptive pill. Additionally, factors that could influence this interest were examined using a chi-square test. The frequency of women's trust in men regarding contraception was also analysed.

The results showed no sex-specific difference in the interest in the pill, with most men (60 %) and women (58,4 %) showing interest. No significant correlations were observed between the interest and factors such as education or age. Most women (52,2 %) would trust men in using contraception depending on their relationship.

Despite promising results from this study, the focus of the healthcare system and contraception still primarily lies on women. Since men show interest in new contraceptive methods, they should be more involved in the process.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
1.1	Geschlechtsabhängige Reproduktionsstrategien	1
1.1.1	Zwischen Wettbewerb und Wahl.....	1
1.1.2	Elterliches Investment.....	2
1.1.3	Reproduktionspotential	3
1.1.4	Sexualhormone	3
1.2	Gametogenese.....	4
1.2.1	Oogenese.....	4
1.2.2	Spermatogenese.....	6
1.2.3	Die männliche und weibliche Reproduktion im Vergleich.....	6
1.3	Verhütung.....	8
1.3.1	Wer verhütet in Österreich?	8
1.3.2	Wie wird verhütet?	8
1.3.3	Pearl Index.....	9
1.3.4	Mechanische Verhütungsmittel.....	9
1.3.5	Chemische Verhütungsmethoden.....	10
1.3.6	Operative Verhütungsmethoden.....	11
1.3.7	Natürliche Verhütungsmethoden.....	13
1.3.8	Nicht-hormonelle Methoden	14
1.3.9	Hormonelle Methoden.....	15
1.4	Entwicklung der männlichen Kontrazeptiva	17
1.5	Interesse an dem männlichen Kontrazeptivum	20
1.5.1	Männliches Interesse an dem männlichen Kontrazeptivum.....	20
1.5.2	Weibliches Interesse an dem männlichen Kontrazeptivum und das Vertrauen in Männer.....	21
2	Hypothesen	23
3	Material und Methoden.....	24
3.1	Stichprobe	24
3.2	Fragebogen.....	24
3.3	Ablauf.....	25
3.4	Statistische Datenauswertung	25
4	Ergebnisse	26
4.1	Soziodemographische Daten	26
4.2	Verhütung und Aufklärung.....	27
4.3	Interesse an dem männlichen Kontrazeptivum	29
4.4	Einflussfaktoren auf das Interesse an der Pille für den Mann.....	33

4.4.1	Ausbildung	33
4.4.2	Religiosität	35
4.4.3	Beziehungsart	35
4.4.4	Aufklärungsgespräch.....	36
4.4.5	Verhütung.....	36
4.5	Vertrauen in Männer.....	36
5	Diskussion	38
5.1	Geschlechtsspezifischer Unterschied im Interesse an der Pille für den Mann	38
5.2	Einflussfaktoren auf das Interesse an der Pille für den Mann.....	39
5.3	Vertrauen in Männer.....	40
5.4	Die Rolle des Gesundheitssystems	41
6	Limitation	43
7	Literaturverzeichnis.....	44
8	Abbildungsverzeichnis.....	50
9	Anhang.....	51

1 Einleitung

Hormonale Kontrazeptiva für den Mann gewinnen immer mehr an Aufmerksamkeit und werden auch öffentlich in Zeitungen diskutiert (Die Presse, 2023; Pallinger, 2022; Science ORF, 2022). Die Forschung an der männlichen Pille ist allerdings kein neues Phänomen, da sie im gleichen Zeitraum wie die Forschung an der Pille für die Frau begonnen hat. Es existieren mehrere Studien diesbezüglich, welche sich zurzeit in der Endphase befinden, infolgedessen die Markteinführung der männlichen Pille uns bevorsteht. Nun stellt sich die Frage, ob die Nachfrage nach einem solchen Verhütungsmittel groß genug ist, um sich am Markt durchsetzen zu können. Männer und Frauen unterscheiden sich auf evolutionärer und biologischer Ebene unter anderem in der Reproduktion bzw. des Geschlechtsverkehrs.

Mithilfe verschiedener Ansätze, wie dem evolutionären oder biologischen, wird im Rahmen dieser Masterarbeit das Interesse an männlichen Kontrazeptiva analysiert.

1.1 Geschlechtsabhängige Reproduktionsstrategien

Seit vielen Jahrzehnten forschen Wissenschaftler an geschlechtsspezifischen Unterschieden am Menschen. Die Begründungen, weshalb diese bestehen, wurden im Laufe der Zeit unterschiedlich argumentiert. Von der sexuellen Selektion Darwins über das elterliche Investment Trivers bis zu dem unterschiedlichen Reproduktionspotentials zwischen Mann und Frau (Clutton-Brock & Vincent, 1991; Darwin, 1871; Trivers, 1972). All diese Ansätze beeinflussen die Geschlechtsdifferenzierung.

1.1.1 Zwischen Wettbewerb und Wahl

Darwin beschrieb schon 1871 die sexuelle Selektion, als den Wettbewerb zwischen Männern und das Wählen der Frauen und teilte sie in zwei Teilgebiete auf: die intersexuelle und die intrasexuelle Selektion. Die intrasexuelle Selektion inkludiert den Wettbewerb zwischen Mitgliedern des gleichen Geschlechts (meistens männliche Individuen) mit der Intention, Zugang zu dem gegenteiligen Geschlecht (meistens weibliche Individuen) zu bekommen. Dies kann durch Charakteristiken wie die Größe und die Stärke unterstützt werden. Im Gegensatz zur intrasexuellen Selektion beschreibt die intersexuelle Selektion das Wählen eines Mitglieds eines Geschlechts

(meistens weibliche Individuen) ein Mitglied des anderen Geschlechts (meistens männliche Individuen) anhand von Qualitäten und Charakteristiken. Da in vielen Tierarten das Weibchen die Rolle des Wählens einnimmt, nannte Darwin die intersexuelle Selektion auch „female choice“ (Darwin, 1871). Sie basiert auf den reproduktiven Vorteilen, die ein Mann einer Frau bieten kann. Diese Vorteile können einen genetischen, aber auch einen sozialen Hintergrund haben. Das bei der Wahl angestrebte Resultat sind gesunde Nachkommen und ein Zugang zu Ressourcen (Geary, 2006). Daraus folgend sollte der Reproduktionspartner in der Lage und willig sein Ressourcen in das weibliche Individuen und ihre Nachkommen zu investieren und sie zu schützen. Er sollte Charakteristiken eines guten Elternteils aufweisen und gleiche Ziele und Werte besitzen, ohne dass die Frau und das Kind hohe Kosten tragen müssen (Buss, 1994).

Die inter- und intrasexuelle Selektion stehen im direkten Zusammenhang zueinander und beeinflussen sich gegenseitig. Würden Männer beispielsweise um größere Territorien konkurrieren, würden Frauen mit einer großen Wahrscheinlichkeit daraus folgend eine Präferenz für größere Territorien entwickeln. Ebenso können Präferenzen von Frauen Wettbewerbe zwischen Männern auslösen (Buss, 2006).

1.1.2 Elterliches Investment

Zusätzlich ergänzte Trivers zum Ansatz der inter- und intrasexuellen Selektion, dass die Tendenz des Wettbewerbs und des Wählens in Verbindung mit dem elterlichen Investment steht. Die Tendenz wählerisch zu sein, steigt mit dem elterlichen Investment, während die Tendenz des Wettbewerbs mit einem geringen oder keinem elterlichen Investment assoziiert wird. Das Geschlecht, mit dem höheren elterlichen Investment wird zu einer wichtigen reproduktiven Ressource für das andere Geschlecht (Trivers, 1972). Dies wiederum zu einem Wettbewerb innerhalb des Geschlechtes mit dem niedrigeren elterlichen Investment, meistens den Männern, um die Eroberung des Geschlechts mit dem höheren elterlichen Investment, meistens den Frauen, führt. Durch die hohe Nachfrage des Geschlechts mit dem höheren elterlichen Investment ist dieses in der Position wählerisch zu sein (Geary, 2006), trägt jedoch auch die höheren Kosten bei der falschen Wahl des Reproduktionspartners (Trivers, 1972).

1.1.3 Reproduktionspotential

Das Geschlecht mit dem höheren Reproduktionspotential investiert vermehrt in Wettbewerbe als in elterliches Investment, während das Geschlecht mit dem niedrigeren Reproduktionspotential mehr in elterliches Investment als in Wettbewerbe investiert. Die Schwangerschaft und die verpflichtende weibliche postpartum Fürsorge wie das Stillen führen zu einer großen Differenz zwischen den Geschlechtern und ihrem Reproduktionspotential (Clutton-Brock & Vincent, 1991). Dieses Verhalten wird unter anderem damit begründet, dass das Geschlecht mit dem höheren Reproduktionspotential schneller auf die Suche nach neuen Geschlechtspartnern gehen kann und deshalb der Fokus bezüglich der Reproduktion auf den Wettbewerb liegt. Folgend hat das Geschlecht mit dem niedrigeren elterlichen Investment aufgrund des Wettbewerbs meistens mehr Nachkommen, während das Geschlecht mit dem höheren elterlichen Investment, durch das Wählen des Partners am meisten profitiert (Geary, 2006). Der Geschlechtsakt zwischen Mann und Frau führt bei der Frau zu einer Schwangerschaft, was einem Investment von neun Monaten entspricht. Beim Mann hingegen führt dieser zu einem niedrigen oder keinem Investment, weshalb der Mann innerhalb eines Jahres mit mehreren Frauen mehrere Nachkommen zeugen kann und eine Frau innerhalb des gleichen Zeitraums und mit der gleichen Anzahl an Männern nur einen Nachkommen gebären kann. Somit haben Männer in Bezug auf kurzfristiger Paarung einen reproduktiven Vorteil (Buss, 2006).

1.1.4 Sexualhormone

Die verschiedenen zuvor beschriebenen geschlechtsabhängigen Reproduktionsstrategien stehen unter einem bestimmten Einfluss, dem endokrinen System. Dieses beeinflusst Geschlechtsunterschiede, die unter anderem mit dem Verhalten und der Konkurrenzfähigkeit korrelieren.

Testosteron hat einen starken Einfluss auf den reproduktiven Erfolg bei Männern, in dem es die Morphologie, Physiologie und das Verhalten beeinflusst. Abgesehen von der Beeinflussung physikalischer Eigenschaften wie der Stimmfarbe, der Muskelkraft und gewisser Gesichtsscharakteristiken spielt Testosteron eine entscheidende Rolle in der Spermatogenese und lenkt zu einem gewissen Anteil auch die sexuelle Lust (Zilioli & Bird, 2017).

Anhand weiblicher Laubenvögel lässt sich dieser Einfluss beispielsweise zeigen. Sie wählen ihren Partner anhand der Größe und Qualität des gebauten Nests, da die Kenntnisse, die mit dem Nestbau verbunden sind, mit dem Alter, sozialen Lernen, sozialen Dominanz, aber auch den Sexualhormonen wie Testosteron korrelieren. Somit auch Testosteron stark mit der Quantität des Nests, wie der Anzahl der Äste, korreliert. Daraus schließend beeinflussen männliche Sexualhormone, neben der Erfahrung, auch den Nestbau und dadurch die intrasexuelle Selektion (Collis & Borgia, 1992).

Gettler et al., 2011 bestätigte, dass Männer mit einem erhöhten Testosteronspiegel mehr Reproduktionserfolg haben und dass eine vermehrte Teilnahme an der Kinderbetreuung mit einem niedrigen Testosteronspiegel assoziiert werden kann (Gettler et al., 2011). Denn ein niedriger Testosteronspiegel wird häufiger mit einem erhöhten elterlichen Investment in Verbindung gebracht, so wie ein erhöhter Testosteronspiegel mit einem höheren Investment in die Reproduktion (Zilioli & Bird, 2017).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das endokrine System und die inkludierten Hormone, welche teilweise in nicht menschlichen und menschlichen Arten vertreten sind, einen wichtigen evolutionären Einfluss auf das Verhalten haben, das die Reproduktion und das Überleben beeinflusst (Carré & Moreau, 2014).

1.2 Gametogenese

1.2.1 Oogenese

1.2.1.1 Der Ursprung im Embryo

Die Oogenese, die den Prozess der Differenzierung von Oogonien in reife Oozyten beinhaltet, beginnt im weiblichen Embryo. Sobald die embryonalen Urkeimzellen sich in den Gonaden befinden, differenzieren sie sich zu Oogonien, die sich dann mehrmals mitotisch teilen. Zum Ende des dritten Schwangerschaftsmonats arrangieren sie sich in Cluster, die von flachen Epithelzellen umgeben sind, die auch Follikelzellen genannt werden und ursprünglich vom Epithelium der Ovarien abstammen. Die Mehrheit der Oogonien setzen ihre mitotische Differenzierung weiter fort, jedoch arretieren manche in der Prophase der Meiose I und bilden somit die primären Oozyten. Innerhalb der nächsten Monate steigt die Anzahl der Oogonien bis in den fünften Monat der

pränatalen Entwicklung mit einer ungefähren Anzahl von sieben Millionen. Ab diesem Zeitpunkt setzt der Zelltod ein, wobei es zur Degeneration von Oogonien und primären Oozyten kommt, welche dadurch atretisch werden. Die Mehrheit der Oogonien kann bis zum Ende des siebten Monats degeneriert sein, überlebte primäre Oozyten ruhen umgeben von Follikelepithelzellen in der Prophase der Meiose I bis zum Einsetzen der Pubertät.

1.2.1.2 Die Pubertät

Während der Kindheit werden die meisten Oozyten atretisch, wodurch zu Beginn der Pubertät ungefähr 40 000 Oozyten präsent sind, von denen ungefähr 500 ovulieren. Mit Beginn der Pubertät schüttet der Körper das Follikel-stimulierende Hormon (FSH) aus, welches die Entwicklung und das Wachstum der Follikel anregt. In der Norm reift pro Monat ein Follikel heran. Die primäre Oozyte des Follikels schließt die Meiose I ab und die zweite mitotische Teilung wird eingeleitet, aber in der Metaphase gestoppt. Daraus entsteht die arretierte sekundäre Oozyte, die während des Eisprungs beim Platzen des Follikels freigesetzt wird. Die Meiose II wird nur fortgesetzt, wenn ein Spermium in die Oozyte eindringt und die beiden haploiden Kerne der Eizelle und der Samenzelle verschmelzen. Bei anderen Tierarten hat das Spermium auch in früheren oder späteren Stadien die Möglichkeit in die Eizelle einzudringen. Eine inäquale Cytokinese findet im Verlauf der beiden mitotischen Teilungen statt. Dabei werden die Zellteilungsprodukte zu den Polkörpern transportiert und dort degeneriert. Ein weiteres Produkt der inäqualen Cytokinese ist die Eizelle. Somit ist das Ergebnis der vollständigen Oogenese ein reifes funktionsfähiges Ei, welches einen Spermienkopf beinhaltet.

Der während des Eisprungs aufgeplatzte Follikel entwickelt sich zum Gelbkörper. Wenn die freigesetzte Oozyte nicht befruchtet wurde, wird die Oogenese nicht abgeschlossen und der Gelbkörper degeneriert.

Die Abnahme der Fruchtbarkeit, die mit zunehmendem Alter bei Frauen beobachtet wird, ist womöglich ein Resultat der ausgelasteten Oogonien und der Degeneration der Oozyten (Campbell & Reece, 2015; Sadler & Langman, 2012).

1.2.2 Spermatogenese

1.2.2.1 Die Pubertät

Die Spermatogenese beginnt mit der Pubertät. Während der frühen Embryogenese wandern Urkeimzellen in die Hoden und teilen sich dort in Spermatogonien-Stammzellen. Diese Stammzellen durchlaufen mehrere Mitosen und bilden reife Spermatogonien, die sich zu primären Spermatozyten differenzieren. Bei erwachsenen Männern werden etwa drei Millionen Spermatozyten täglich gebildet. Aus jedem diploiden Spermatozyten entstehen nach dem Durchlaufen der Meiose I zwei sekundäre haploide Spermatozyten. Nach der Meiose II werden vier haploide Spermatiden generiert. Somit entwickeln sich aus einem diploiden Spermatozyten durch die meiotische Zellteilung vier haploide Spermatiden, die sich durch die Veränderung der Zellform und der Organisation weiter zu reifen Spermien differenzieren. Weiteres erfolgt in den Hodenkanälchen, welche in ihrer epithelialen Auskleidung Stammzellen enthalten, schrittweise die Spermatogenese. Im Laufe der Spermatogenese bewegen sich die Zellen weiter ins Innere, wo reife Spermien ihre Beweglichkeit erlangen, indem sie sich durch das Lumen der Hodenkanälchen in den Nebenhoden transportieren (Campbell & Reece, 2015).

1.2.3 Die männliche und weibliche Reproduktion im Vergleich

Die Entwicklung von Spermien setzt beim Mann in der Pubertät ein und erfolgt ab dann kontinuierlich mit einer hohen Produktivität. Jeder Samenguss beinhaltet bis zu 400 Millionen Spermien, die jeden Tag ejakuliert werden können, ohne einer signifikanten Abnahme der Spermienzahl. Während der gesamte Prozess der Spermatogenese etwa sieben Wochen dauert, handelt es sich bei der Oogenese der Frau um einen längeren Vorgang, der im weiblichen Embryo beginnt und Jahre später endet. Des Weiteren unterscheiden sich die beiden Prozesse in ihren Produkten. Bei der Spermatogenese entwickeln sich die vier Meioseprodukte zu reifen Keimzellen, die Cytokinese der Oogenese ist hingegen inäqual und nahezu das gesamte Cytoplasma wird einer Oozyte II zugeordnet, welche zu einer Eizelle differenziert. Die restlichen Meioseprodukte, auch Polkörper genannt, werden degeneriert. Außerdem findet die Spermatogenese über das ganze Leben hinweg statt, während die Oogenese vor der Geburt der Frau abgeschlossen und die Produktion der Keimzellen der Frau ungefähr in einem Alter von 50 Jahren gestoppt wird (Campbell & Reece, 2015).

Neben der eingeschränkten bzw. ausbleibenden Produktion der weiblichen Keimzellen ab einem gewissen Alter steigt auch das Risiko von Schwangerschaftskomplikationen mit steigendem Alter der Frau. Obwohl das maternale Alter den bekannt größten Risikofaktor bezüglich Schwangerschaftskomplikationen darstellt, können andere Einflüsse wie genetische, hormonelle, immunologische und umweltbedingte Aspekte ebenso zu Problemen führen. Fehlgeburten treten auch bei jüngeren Müttern auf, jedoch steigt deren Wahrscheinlichkeit signifikant mit dem Alter. Mehrere Studien wie auch Magnus et al., 2019 zeigten, dass das Risiko eines Abortus in einem Alter von 25 bis 29 Jahren (9,8 %) am niedrigsten und ab einem Alter von 45 Jahren (53,6 %) am höchsten ist (Magnus et al., 2019). Dennoch ist in der Gesellschaft ein Trend zur Hinauszögerung von Schwangerschaften ins spätere Alter zu beobachten. In England stieg trotz Risiken wie Hypertonie, Schwangerschaftsdiabetes, Frühgeburten und Aborten zwischen 1990 und 2017 das Durchschnittsalter von Schwangeren von 27,7 auf 30,5 Jahre (Cao et al., 2022).

Im Gegensatz zur weiblichen Fruchtbarkeit, die durch natürliche Faktoren wie die Menopause limitiert ist, verändert sich die männliche Fruchtbarkeit über lange Perioden hinweg, die die Androgenproduktion, Spermatogenese, sexuelle Funktion etc. betreffen (Sartorius & Nieschlag, 2010). Immer mehr Studien zeigen, dass auch das steigende paternale Alter mit Veränderungen in der reproduktiven Funktion, die Aspekte wie die Produktion von reproduktiven Hormonen, die sexuelle Funktion, die Samenproduktion oder die Fruchtbarkeit inkludiert, einhergeht (Kühnert & Nieschlag, 2004). Männer nehmen mit steigendem Alter somit zwar auch reproduktive Veränderungen wahr, jedoch sind diese nicht so entscheidend für den Erfolg der Fortpflanzung wie die weibliche Fruchtbarkeit. De la Rochebrochard und Thonneau zeigten 2003 mit ihrer Studie, dass das Alter auch bei Männern eine Rolle in der Reproduktion und der Fruchtbarkeit spielt, jedoch dies mit steigendem Alter der Frau an Relevanz gewinnt (Rochebrochard & Thonneau, 2003). Somit ist die limitierte Reproduktionszeit der Frau der ausschlaggebende Faktor für eine erfolgreiche Reproduktion.

1.3 Verhütung

1.3.1 Wer verhütet in Österreich?

Es existieren verschiedene Verhütungsmethoden für Männer und Frauen, um Schwangerschaften zu verhindern. 2018 gaben 78 % der österreichischen Bevölkerung an, dass sie oder ihr Partner/-in verhüten, wobei 42 % der Frauen und 23 % der Männer allein verhüten. Dieses Verhältnis wurde durch die Zahlen der Männer, die angaben, dass nur ihre Partnerin verhütet (24 %) und die der Frauen, dass nur ihr Partner sich gegen eine Schwangerschaft schützt (15 %), bestätigt (Fiala & Parzer, 2019).

Neben dem Geschlecht existieren auch andere Faktoren wie Alter, Bildung oder Religiosität, die das Verhütungsverhalten beeinflussen. Laut des österreichischen Verhütungsreports von 2019 verhüten die Altersgruppen über 40 Jahren (70 %) und unter 20 Jahren (73 %) am wenigsten. Die Gruppe, die am häufigsten verhütet sind Personen im Alter von 20 bis 39 Jahren (84 %). Personen mit einem höheren Bildungsabschluss (Matura oder Universität mit 82 %) verhüten eher als Personen mit einem niedrigeren Abschluss (Lehr- oder Fachschulabschluss mit 78 % und Pflichtschulabschluss mit 69 %). Personen, die starke religiöse Werte vertreten, verhüten am wenigsten (59 %) (Fiala & Parzer, 2019).

1.3.2 Wie wird verhütet?

Das Kondom ist mit 38 % noch immer die meistverwendete Verhütungsmethode, am zweiten Platz befindet sich die Pille mit 34 %. Mit einer großen Differenz folgen die Hormonspirale mit 6 % und der Coitus Interruptus mit 5 %. Weitere Verhütungsmethoden wie die Dreimonatsspritze, die Vasektomie und die Kupferspirale werden seltener verwendet (4 %). Während im Alter zwischen 16 und 20 Jahren das Kondom (56 %) und die Pille (52 %) am häufigsten verwendet werden, ändert sich dieses Verhältnis bei Personen zwischen 21 und 29 Jahren etwas, da hier die Pille von 52 % und das Kondom von 46 % der Personen verwendet wird. Diese beiden Verhütungsmethoden unterscheiden sich in ihrer Häufigkeit der Verwendung nach Alterskategorie, werden jedoch von jeder Altersgruppe am häufigsten benutzt. Langzeitmethoden werden mit steigendem Alter interessanter (Fiala & Parzer, 2019).

Eine Umfrage im Rahmen eines Verhütungsreports 2019 zeigte einen Rückgang hormoneller Verhütungsmethoden in Österreich. 2012 gaben 60 % der befragten Personen an hormonell zu verhüten, 2015 waren es 57 % und 2018 nur noch 48 %. Die Befragten äußerten den Wunsch nach einem kostenlosen Zugang zu Verhütungsmitteln unabhängig von Alter, Bildung oder Geburtsland. Trotz der häufig erwähnten Angst vor Nebenwirkungen bei der Verwendung von hormonellen Verhütungsmethoden gaben 55 % der Frauen an, dass ihnen die Wirksamkeit des Verhütungsmittels wichtiger sei (Fiala & Parzer, 2019).

Im folgenden Abschnitt werden die verschiedenen Verhütungsmethoden kurz vorgestellt.

1.3.3 Pearl Index

Der Pearl Index ist ein Maß zur Beurteilung der Zuverlässigkeit und Sicherheit von Verhütungsmitteln mit dem beschrieben wird, wie viele Frauen von 100 innerhalb eines Jahres bei Verwendung einer bestimmten Verhütungsmethode ungewollt schwanger werden. Das Kondom hat einen Pearl Index von 2 bis 12. Daraus kann abgeleitet werden, dass 2 bis 12 von 100 Frauen innerhalb eines Jahres, trotz Verwendung von Kondomen schwanger werden. Somit impliziert ein niedriger Pearl Index eine sichere Verhütungsmethode (gesundheit.gv.at, 2023a).

1.3.4 Mechanische Verhütungsmittel

1.3.4.1 Kondome

Kondome werden schon seit der Antike als Kontrazeptivum verwendet. Die Hauptfunktion war und ist der Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten (STD) wie HIV. Abgesehen von einer lebenslangen Monogamie, ist das Kondom die einzige Verhütungsmethode, die das Risiko einer HIV Infektion und anderer sexuell übertragbarer Krankheiten minimiert (Anderson & Baird, 2002). Es handelt sich um eine weit verbreitete sowie günstige Methode der Kontrazeption (Reynolds-Wright & Anderson, 2019), deren Sicherheit stark von der korrekt durchgeführten Anwendung abhängt (Pearl Index 2 bis 12). Neben der richtigen Benutzung sollten Faktoren wie die Qualität, Haltbarkeit und Lagerung berücksichtigt werden (gesundheit.gv.at, 2023b). Die Mehrheit der Kondome besteht aus Latex und wird vor der

Markteinführung auf Langlebigkeit, Zugfestigkeit und Austritt von Flüssigkeiten getestet (Anderson & Baird, 2002).

Neben der Prävention vor sexuell übertragbaren Krankheiten wird der private Kauf ohne weiterer Interaktion mit Personal aus dem Gesundheitswesen als Vorteil angesehen (Kamran et al., 2015). Somit stellen die einfache Anwendung, der Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten, der mögliche Gebrauch während der Stillzeit und das Fehlen von Nebenwirkungen zentrale benutzerfreundliche Faktoren dieser Verhütungsmethode dar (gesundheit.gv.at, 2023b). Auf der anderen Seite wird das Kondom auch mit einer Reduktion von sexueller Lust und Sensibilität assoziiert (Ringheim, 1999) und es kommt wie schon zuvor erwähnt zu Anwendungsfehlern, die die Wirksamkeit behindern können. Außerdem sind Kondome licht- und wärmeempfindlich, weshalb die Lagerung für eine sichere Verhütung essentiell ist (gesundheit.gv.at (2022f)). Das Kondom ist trotz seiner Nachteile das von Frauen und Männern am meisten verwendete Verhütungsmittel (Heinemann et al., 2005).

1.3.4.2 Femidom

Das Femidom ist das Kondom für Frauen. Wie das männliche Pedant verhindert es Schwangerschaften und schützt vor sexuell übertragbaren Krankheiten. Die Sicherheit hängt wie beim Kondom für Männer von der korrekten Anwendung ab (Pearl Index 2 bis 12). Es besteht aus Kunststoff (Polyurethan), welches sich an die Innenwand der Scheide anschmiegt und Spermien daran hindert den Muttermund der Gebärmutter zu erreichen, weshalb es zu den Barrieremethoden zählt. Es ist im österreichischen Verkauf nicht erhältlich, kann jedoch zum Beispiel in Apotheken bestellt werden.

Vorteile sind der Schutz vor Schwangerschaften und sexuell übertragbaren Krankheiten, der Gebrauch vor dem Geschlechtsverkehr und während der Stillzeit sowie die Abwesenheit von Nebenwirkungen. Der Nachteil besteht darin, dass es umständlich zu kaufen und etwas komplizierter zu gebrauchen ist (gesundheit.gv.at, 2023b).

1.3.5 Chemische Verhütungsmethoden

Alle chemischen Verhütungsmethoden haben eine ähnliche Wirkung, werden jedoch in verschiedenen Formen vermarktet, beispielweise in Form von Zäpfchen, Gels oder

Tabletten. Da sie sich mithilfe der Körperwärme innerhalb der Scheide auflösen müssen, bestehen sie aus einer wachs- oder gelartigen Substanz, durch diese die Spermien getötet bzw. in ihrer Beweglichkeit gehemmt werden. Zusätzlich wird ein weiteres Hindernis für die Spermien vor dem Muttermund produziert. Sie werden als nicht zuverlässig eingestuft (Pearl Index 3 bis 21) und daher ohne Kombination mit einem anderen Verhütungsmittel nicht empfohlen. Die Sicherheit hängt stark vom verwendeten Produkt, der richtigen Anwendung, sowie der Einhaltung der Wartezeit ab. Chemische Verhütungsmittel sollten mindestens zehn Minuten vor dem Geschlechtsverkehr in die Scheide eingeführt werden, was jedoch stets vom verwendeten Produkt und den Angaben in der Packungsbeilage abhängt. Das Produkt schützt nur bei einmaligem Samenerguss.

Die Vorteile dieser Anwendung bestehen darin, dass es zu keinen Nebenwirkungen kommt und nicht in den Hormonhaushalt eingegriffen wird. Außerdem sind sie rezeptfrei und können während der Stillzeit verwendet werden. Jedoch werden sie aufgrund ihrer Unzuverlässigkeit als alleiniges Verhütungsmittel nicht empfohlen. Zusätzlich können diese Verhütungsmethoden manchmal ein Brennen oder Wärmegefühl in der Scheide oder am Glied hervorrufen (gesundheit.gv.at, 2019a).

1.3.6 Operative Verhütungsmethoden

1.3.6.1 Vasektomie

Die Vasektomie bezeichnet die Sterilisation des Mannes. Nur Männer ab dem 25. Lebensjahr, mit beendeter Familienplanung, bereits vorhandenen Kindern und weiteren Aspekten erfüllen die Kriterien, um eine Vasektomie durchführen zu lassen. Beim Prozess der Vasektomie wird der Samenleiter an zwei Stellen durchtrennt, das Zwischenstück wird entfernt und die freiliegenden Enden werden umgeklappt sowie mit einer Naht verschlossen oder mithilfe von Strom verödet. Dies führt dazu, dass die Spermien nicht mehr in die Samenflüssigkeit gelangen können. Abschließend werden die beiden Samenleiter an beiden Seiten am Hodensack befestigt. Die männliche Sterilisation ist einfacher durchzuführen als die weibliche und dauert durchschnittlich zwanzig Minuten. Nur selten kommt es zu Komplikationen wie Blutergüssen, Verletzungen des Hodens, Infektionen, o. Ä. Da Spermien noch über mehrere Monate im Samenleiter verweilen können, sollte nach einer Vasektomie etwa zwei bis drei Monate zusätzlich verhütet werden, da sich nach diesem Zeitraum keine Spermien

mehr in der Samenflüssigkeit befinden sollten. Dieser Prozess wird so lange ärztlich begleitet bis bei den Nachuntersuchungen keine Spermien mehr nachweisbar sind. Bei einer nicht korrekten Durchführung der Durchtrennung des Samenleiters, können Männer zeugungsfähig bleiben. Die Vasektomie ist eine sichere Verhütungsmethode (Pearl Index 0,1 bis 0,15), die in keiner Weise das Sexualleben, die Potenz oder die sexuelle Lust beeinflusst. Es handelt sich dabei um eine endgültige Entscheidung und sollte daher ausführlich überdacht werden. Durch eine weitere Option kann die Vasektomie rückgängig gemacht werden, indem die zuvor durchtrennten Samenleiter erneut verbunden werden. In etwa 70 % der Fälle ist die Refertilisierungsoperation (Vasovasostomie) erfolgreich, jedoch kann kein Erfolg garantiert werden. Außerdem ist eine erfolgreiche Schwangerschaft, trotz nachgewiesener Spermien im Ejakulat nach der Operation nicht gesichert. Deshalb sollte diese Verhütungsmethode trotz der großen Sicherheit und der langfristigen Lösung, gut überdacht werden (gesundheit.gv.at, 2019b).

1.3.6.2 Tubenligatur

Die Tubenligatur bezeichnet die Sterilisation der Frau, wodurch die Möglichkeit einer Schwangerschaft dauerhaft verhindert wird. Um den Weg der Spermien zur Eizelle zu unterbrechen, wird ein Teil von jedem Eileiter entfernt, die Eileiterenden werden unterbunden oder die Eileiter werden mit Titan- oder Kunststoff-Clips abgeklemmt oder mithilfe von Strom verödet. Die Operation erfolgt laparoskopisch durch kleine Schnitte in der Bauchdecke. Die geringen Risiken des Eingriffs bestehen vor allem in Verletzungen der inneren Organe wie dem Darm, Wundheilstörungen, Verwachsungen im Bauchraum oder in den typischen möglichen Komplikationen bei Verwendung von Vollnarkosen. Weder die Hormonproduktion noch die sexuelle Lust wird durch diesen Eingriff beeinflusst. Außerdem bleibt der Menstruationszyklus nicht aus, da die Eizelle lediglich aus dem Eierstock in der Bauchhöhle resorbiert wird. Auch diese Methode kann operativ rückgängig gemacht werden, jedoch sollte die Familienplanung vor der Entscheidung einer Sterilisation, abgeschlossen sein (gesundheit.gv.at (2022f)), da es sich um eine langfristige und sichere Verhütungsmethode handelt (Pearl Index 0 bis 0,5) (Felcher, 2019c).

1.3.7 Natürliche Verhütungsmethoden

1.3.7.1 Temperaturmethode

Die Temperaturmethode beschreibt das Ermitteln der fruchtbaren und unfruchtbaren Tage mittels Körpertemperatur. Dafür muss die Temperatur immer zur gleichen Tageszeit mit demselben Thermometer gemessen werden. Der beste Zeitpunkt für die Messung ist morgens, da die Frau mindestens fünf Stunden zuvor geschlafen haben muss und davor weder trinken, essen noch körperlich aktiv sein darf. Die resultierende Temperatur wird als Basaltemperatur bezeichnet. Steigt die gemessene Temperatur, deutet dies auf die fruchtbare Periode der Frau hin. Ist die Körpertemperatur an drei aufeinanderfolgenden Tagen um mindestens 0,2 Grad höher als an den sechs Tagen zuvor, ist das ein Zeichen dafür, dass der Eisprung eingetreten ist. Die Sicherheit dieser Verhütungsmethode schwankt jedoch stark (Pearl Index 3,8 bis 20) (Felcher, 2019b).

1.3.7.2 Symptothermale Methode

Diese Verhütungsmethode kombiniert die Temperaturmethode mit der Bestimmung des Zervixschleims, der von den Drüsen innerhalb des Gebärmutterhalskanals produziert und als Gradmesser für die Fruchtbarkeit genutzt wird. Da sich der Zervixschleim über den Zyklus hinweg in seiner Konsistenz und Farbe verändert, kann der Zyklus in vier Phasen unterteilt werden.

Phase 1 beginnt direkt nach der Periode. Hier wird aufgrund des niedrigen Östrogenspiegels wenig Zervixschleim ausgeschieden. Die zweite Phase umfasst den Zeitraum vor dem Eisprung, in dem der Östrogenspiegel steigt und der Zervixschleim in kleinen Mengen weißlich, trüb gelb und klebrig erscheint. Phase 3 besteht aus drei bis vier Tagen vor und nach dem Eisprung, welche auch als „die nassen Tage“ bezeichnet werden. Dies ist die fruchtbare Phase, in der der Östrogenspiegel hoch ist und der Schleim klar und zähflüssig wirkt. In Phase 4 ist der Schleim wieder trüb, klebrig und wird wieder weniger ausgeschieden und versperrt durch seine Konsistenz den Spermien den Eintritt in die Gebärmutter (Felcher, 2019b).

Die Ergebnisse der Messungen der Körpertemperatur und des Zervixschleims werden dokumentiert und eine Zyklustabelle wird zusammengestellt. Diverse Apps können dabei helfen den Überblick über diese Verhütungsmethode zu behalten. Diese Kombination aus der Messung der Temperatur und des Zervixschleims ist sicherer

(Pearl Index 0,4 bis 2,6) als die Temperaturmethode, erfordert jedoch viel Übung und die korrekte Deutung der Körpersymptome. Die fruchtbaren und unfruchtbaren Tage können nicht exakt gemessen, sondern nur eingegrenzt und geschätzt werden (Felcher, 2019b). Eine regelmäßige Anwendung, Aufzeichnung und Körperbeobachtung bilden die Grundlage für diese Verhütungsmethode, wobei Fehleinschätzungen immer möglich sind. Abgesehen von dem Zyklus kann der Körper außerdem durch andere Faktoren beeinflusst werden, wie zum Beispiel durch Krankheiten, welche sich auf die Körpertemperatur auswirken. Die Methode kann nicht nur zur Verhütung verwendet werden, sondern auch wenn ein Kinderwunsch erfüllt werden soll (gesundheit.gv.at, 2023b).

1.3.7.3 Coitus Interruptus

Coitus Interruptus zählt als natürliche Verhütungsmethode für den Mann. Während dieses Prozesses wird der Penis vor der Ejakulation aus der Scheide der Frau herausgezogen, um das Ejakulieren in der Frau zu vermeiden. Hiermit soll verhindert werden, dass die Spermien in die Gebärmutter gelangen und die Eizelle befruchtet werden kann. Diese Art der Verhütung wird als nicht sicher eingeschätzt (Pearl Index 4 bis 18). Wie fast alle natürlichen Verhütungsmethoden bietet auch diese keinen Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten (Felcher, 2019a).

1.3.8 Nicht-hormonelle Methoden

1.3.8.1 Kupferspirale, Kupferkette oder Kupferball

Die Kupferspirale gibt es in verschiedenen Ausführungen wie die Kupferkette oder den Kupferball, wobei es sich um unterschiedliche Konstrukte handelt, die die gleiche Wirkung aufweisen.

Die Kupferspirale ist ein von feinem Kupferfaden umwickeltes, weiches, T-förmiges Kunststoffstäbchen. Sie kann zwischen drei und zehn Jahren zur Verhütung in der Gebärmutter verbleiben, ist eine sehr sichere Verhütungsmethode (Pearl Index ca. 0,6 bis 0,8) und wird meistens während der Monatsblutung von Frauenärzten/-innen eingesetzt. Durch die kontinuierliche Abgabe der geringen Kupfermengen wird die Beweglichkeit und Befruchtungsfähigkeit der Spermien gehemmt und somit die Befruchtung verhindert. Da die falsche Positionierung der Spirale in der Gebärmutter

die Wirksamkeit der Verhütung beeinträchtigen könnte, sollte diese regelmäßig kontrolliert werden.

Die Kupferspirale bringt einige Vorteile wie die Sicherheit, die lange Verwendungszeit oder die hormonfreie Verhütung mit sich und kann auch während des Stillens verwendet werden. Allerdings gibt es auch Nachteile wie die Kosten, die bei mindestens 500 EUR liegen oder die Tatsache, dass die Monatsblutung und die daraus resultierenden Regelschmerzen verstärkt oder verlängert werden. Außerdem kann es zum Verrutschen oder Ausstoßen der Spirale kommen und die Kupferspirale schützt nicht vor sexuell übertragbaren Krankheiten (gesundheit.gv.at, 2023b).

1.3.9 Hormonelle Methoden

1.3.9.1 Hormonspirale

Die Hormonspirale ist T-förmig, elastisch und besteht aus Kunststoff. Diese Verhütungsmethode kombiniert die Wirkung der Kupferspirale mit der der Minipille. Der Hormonzylinder innerhalb der Hormonspirale setzt geringe Mengen an Gestagen in die Gebärmutter frei, die dann in den Blutkreislauf gelangen. Die Spirale unterscheidet sich von anderen hormonellen Verhütungsmethoden durch die geringe Hormonabgabe. Das ausgeschiedene Gestagen verdickt den Schleim im Gebärmutterhals, was dazu führt, dass die Spermien nicht in die Gebärmutter eindringen können. Des Weiteren wird das Wachstum der Gebärmutter Schleimhaut verhindert, wodurch es zu schwächeren und verkürzten Monatsblutungen kommt, wodurch Menstruationsbeschwerden gelindert werden können.

Die Hormonspirale ist eine sehr sichere Verhütungsmethode (Pearl Index 0,2 bis 0,4) und kann auch während der Stillzeit verwendet werden. Aufgrund der geringen Menge an abgegebenen Hormonen treten Nebenwirkungen nur selten auf.

Auch diese Art der Spirale schützt nicht vor sexuell übertragbaren Krankheiten. In seltenen Fällen kommen Nebenwirkungen wie Kopfschmerzen, Akne oder depressive Verstimmungen auf. Schmier- und Zwischenblutungen können auch bei der Hormonspirale vorkommen. Da diese Form der Spirale dicker ist als die Kupferspirale, kann bei Frauen, die noch kein Kind geboren haben, eine Gebärmutterhalsdehnung benötigt werden (gesundheit.gv.at, 2023b).

1.3.9.2 Die Pille

Die Pille ist die sicherste Art der Verhütung (Pearl Index 0,1 bis 0,9) und wird wie zuvor erwähnt neben dem Kondom am häufigsten verwendet. Die Voraussetzung ist die tägliche Einnahme zur selben Tageszeit. Es gibt unterschiedliche Arten von Pillen, die von unterschiedlichen Herstellern mit verschiedenen Dosierungen produziert werden. Es wird differenziert zwischen Kombinationspillen, welche die Ein-, Zwei- oder Dreiphasenpillen inkludieren und Minipillen, die östrogenfrei sind. Kombinationspillen beinhalten Östrogen oder Gestagene, welche den Eisprung unterdrücken, woraufhin der gesamte Zyklus der Frau aus unfruchtbaren Tagen besteht. Zusätzlich verdickt sich bei ihrer Einnahme der Zervixschleim im Gebärmutterhals und verhindert das Eindringen der Spermien.

Die erste Einnahme der Pille wird am ersten Tag der Monatsblutung durchgeführt und schützt bereits vom ersten Tag an. Ab diesem Zeitpunkt unterscheiden sich die Ein- und Zwei- und Dreiphasenpillen.

In der Einphasenpille ist in jeder Tablette die gleiche Menge an Östrogen und Gestagen enthalten und wird in der Norm 21 Tage lang eingenommen, woraufhin eine Unterbrechung der Einnahme von sieben Tagen erfolgt. Während dieser Pause kommt es zur Abbruchsblutung, bei der der Schutz vor Schwangerschaften jedoch weiterhin besteht. Am achten Tag wird die Einnahme der Pille fortgesetzt. Es existieren auch Einphasenpillen, die keine Pause benötigen, weil ein Anteil der Pillen keinen Wirkstoff enthält.

Die Zwei- und Dreiphasenpillen unterscheiden sich anhand der Zusammensetzung, da sie unterschiedliche Mengen an Östrogen und Gestagen während den verschiedenen Zyklusabschnitten beinhalten. Hier müssen die Pillen nach der korrekten Reihenfolge eingenommen werden, damit die gewünschte Wirkung eintritt.

Neben der Sicherheit und der sofortigen Wirksamkeit haben Frauen, die die Pille verwenden, oft auch schwächere oder kürzere Monatsblutungen mit leichteren Menstruationsbeschwerden, ein besseres Hautbild und eine gute Zykluskontrolle. Außerdem beeinflusst die Pille die Fruchtbarkeit nicht.

Wie die anderen hormonellen Verhütungsmittel schützt auch die Pille nicht vor sexuell übertragbaren Krankheiten. Sie muss konsequent jeden Tag um die gleiche Tageszeit eingenommen werden und ist nicht frei von Nebenwirkungen. Darunter fallen zum Beispiel Übelkeit, Erbrechen, sexuelle Lustlosigkeit, Gewichtszunahme oder ein

Spannungsgefühl in der Brust. Durch das beinhaltende Hormon Östrogen, welches Einfluss auf die Werte des Blutdrucks und der Blutgerinnung hat, beeinflusst sie somit das Herz-Kreislauf-System und darf dementsprechend nur von gesunden Frauen eingenommen werden. Deshalb dürfen Frauen mit einem erhöhten Risiko auf Thrombose oder Embolie die Pille nicht einnehmen. Bei Diabetikerinnen muss die Einnahme individuell geprüft werden. Raucherinnen wird von der Pille abgeraten, da die Kombination mit dem Rauchen zu Verengungen der Blutgefäße führen kann. Die Pille darf nicht während der Stillzeit verwendet werden, da eine zu große Hormonmenge in die Muttermilch gelangen würde (gesundheit.gv.at, 2023b).

Zurzeit steht sie nur dem weiblichen Markt zur Verfügung, während die Optionen zur Verhütung für Männer sich auf Kondome und Vasektomien beschränken.

1.4 Entwicklung der männlichen Kontrazeptiva

Kontrazeptiva sollten keine limitierte Ressource sein, sondern in vollem Ausmaß von jedem genutzt werden können. Für Männer ist dieser Zugang aktuell sehr limitiert und beschränkt sich auf Kondome und Vasektomien. Jedoch könnte sich dies mit der Entwicklung von männlichen hormonellen Kontrazeptiva bald ändern.

Diese begann zur gleichen Zeit wie die Entwicklung der weiblichen Kontrazeptiva. 1965 wurde das Programm „Development and Research Training in Human Reproduction“ (WHO-HRP) der WHO gegründet. Mit der Aufstellung der Entwicklungsgruppe der WHO-HRP wurde der Fokus daraufgelegt eine passende Methode zur Regulierung der männlichen Fruchtbarkeit zu entwickeln. Die Forscher konzentrierten sich auf klinische Studien, die sich mit Testosteron alleine oder in Kombination mit Progesteron beschäftigten und auf die Entwicklung sowie Förderung von Non-Skalpell-Vasektomien, welche sich global zur meistverwendeten Technik entwickelt hatten (Waites, 2003). Seit Mitte 1980 arbeitete die WHO-HRP an neuen Estern aus Testosteron mit der Intention, dass Partner der Industrie diese Entwicklung im Gebiet der männlichen Kontrazeptiva und zur Behandlung von Hypogonadismus einsetzen. Dazu kam es jedoch nicht, da unter anderem Bedenken bezüglich der Sicherheit des Patents, der Möglichkeit eines Rechtsstreits, einer zu kleinen Nachfrage und der Konkurrenz mit der existierenden weiblichen Pille geäußert wurden (World Health Organisation Task Force On Methods For The Regulation Of Male Fertility, 1990).

Im Rahmen von Studien, die sich in diesem Zeitraum mit männlichen Kontrazeptiva beschäftigten, wurden verschiedene Herangehensweisen verfolgt. Bei einer Studie lag der Fokus auf der Verwendung von Testosteron als mögliches hormonelles Kontrazeptivum für den Mann. Die WHO „Health Organisation Task Force“ verabreichte 157 Männern im Jahre 1990 wöchentliche Injektionen, die Testosteron Enantate beinhalten. 70 % der behandelten Männer zeigten bei einer Verabreichung von 200 mg/Woche Anzeichen einer Azoospermie. Die wöchentliche Injektion erwies sich als effektives Kontrazeptivum, da mit einer Wahrscheinlichkeit von 0,8 % auf 100 Personen pro Jahr gerechnet, eine ungewollte Schwangerschaft eintritt. Die Studie wurde hauptsächlich aufgrund des Nicht-Einsetzens der Azoospermie innerhalb von sechs Monaten und der als unangenehm empfundenen wöchentlichen Injektion eingestellt. Die Genesung der Azoospermie nach Abbruch der Injektionsvergabe lag bei drei bis sieben Monaten (World Health Organisation Task Force On Methods For The Regulation Of Male Fertility, 1990).

Ilani et al., 2012 befand sich mit ihrer klinischen Studie, welche das Nestoron-Testosterone Gel (NES/T) beinhalten, in der internationalen Phase IIb. Das Gel hat einen minimalen Einfluss auf die Androgenrezeptoren. Aufgrund der geringen Dosierung von Testosteron und Progesteron kommt es kaum zu Nebenwirkungen (Ilani et al., 2012). Einen ähnlichen Ansatz veröffentlichen auch Anawalt et al., 2019 in ihrer Studie, die ebenfalls von einer effektiven und sicheren Suppression des Gonadotropins zeigt (Anawalt et al., 2019).

Neben den hormonellen Kontrazeptiva, wurde auch an nicht-hormonellen Ansätzen geforscht. Ein Ansatz, um die Spermatogenese ohne Hormone zu beeinflussen, war mittels des Einsatzes von Bis-Dichloracetyl-Diamin. Die Umwandlung von Vitamin A in Retinsäure in den Testis ist für die Spermatogenese essenziell, da für die Initiation der Meiose Retinsäure benötigt wird. Die Transformation von Vitamin A wird beeinträchtigt durch Alkohol und Aldehyd-Dehydrogenase, die durch den Einfluss von Bis-Dichloracetyl-Diamin gehemmt werden können. Dieser Ansatz zeigte sich bei Hasen erfolgreich, wo eine Azoospermie induziert werden konnte. Die menschlichen Studienteilnehmer verspürten beim Konsum von Alkohol jedoch eine sogenannte Disulfiram-Reaktion. Disulfiram (Antabuse) ist ein Medikament, zur Therapie von Alkoholismus. Da es beim Konsum von Alkohol zu Symptomen wie Übelkeit, Erbrechen oder Kopfschmerzen kam, wurde diese Studie an Männern abgebrochen (Amory et al., 2011).

Ein anderer nicht-hormoneller Ansatz war die Manipulation des Bromodomain Hodenspezifischen Proteins (BRDTs), das während der Entwicklung gereifter Spermatozyten gebildet wird und eine wichtige Rolle in der Transformation von Chromatin spielt. BRDTs Inhibitoren zeigten bei ihrer Testung an Mäusen eine reversible Unfruchtbarkeit, ohne das Testosteron oder das Sexualverhalten zu beeinflussen (Matzuk et al., 2012).

Die meisten männlichen Kontrazeptiva in diesen Studien wurden von einer regelmäßigen Kontrolle und Analyse der Azoospermie bzw. der Oligospermie begleitet, um die Verlässlichkeit des Kontrazeptivums zu kontrollieren (Reynolds-Wright & Anderson, 2019), wobei es sich um eine routinierte klinische Analyse handelt. Jedoch beschäftigen sich einige Unternehmen bereits mit Technologien, die es möglich machen sollen die Fertilität bzw. Infertilität von zu Hause aus zu testen (Agarwal et al., 2018).

All diese verschiedenen Studien mit ihren unterschiedlichen Herangehensweisen müssen die gleichen Prinzipien erfüllen, um ein männliches Kontrazeptivum erfolgreich zu vermarkten. Barot fasste diese in fünf Kategorien zusammen.

1. Die Effizienz eines Kontrazeptivums muss sowohl in kontrollierter Umgebung als auch bei der Verwendung und Vermarktung hoch sein.
2. Die Wirkung des Kontrazeptivums zwischen der ersten Einnahme und des einsetzenden Schutzes muss so kurz wie möglich gehalten werden, da unerwünschte bzw. ungeplante Schwangerschaften vermieden werden sollten.
3. Der Umgang mit dem Kontrazeptivum muss leicht gestaltet sein, unabhängig davon, ob es sich dabei um eine Pille, ein Gel oder Injektionen handelt.
4. Die Nebenwirkungen sollten so minimal wie möglich gehalten werden, vor allem wenn es sich hierbei um die sekundären Geschlechtsmerkmale, sexuelle Funktion oder die sexuelle Lust handelt (Barot, 2013).

Obwohl aktuelle Studien diese Kriterien zu einem großen Teil erfüllen, ist die Wirkung der Kontrazeptiva noch immer etwas langsamer und tritt ähnlich wie bei der Vasektomie erst nach einigen Wochen nach der ersten Einnahme ein. Trotz der vielen Studien seit den 1970er Jahren ist die Entwicklung der Kontrazeptiva für den Mann durch verschiedene Faktoren verzögert worden. Darunter fällt unter anderem die ausreichende Finanzierung, die geringe industrielle Beteiligung, die langsame

Entwicklung von Testosteron-Präparaten und die Argumentation der unterschiedlichen Physiologien des Mannes, der Millionen von Spermien am Tag produziert und der Frau, bei der nur eine Oozyte pro Monat gehehmt werden muss. Nichtsdestotrotz ist die Wissenschaft erfolgreicher denn je dabei, eine neue hormonelle Methode für Männer zu vermarkten (Reynolds-Wright & Anderson, 2019).

1.5 Interesse an dem männlichen Kontrazeptivum

1.5.1 Männliches Interesse an dem männlichen Kontrazeptivum

Es gibt aktuell einige klinische Studien mit dem Fokus auf männlichen Kontrazeptiva, aber es stellt sich die Frage, ob Männer bereit wären diese auch zu verwenden. Amouroux et al. analysierte 2018 das Wissen zu und Interesse an männlichen Kontrazeptiva. Zwischen 58,4 % und 70,1 % der männlichen Studienteilnehmer zeigten Interesse daran männliche Kontrazeptiva innerhalb ihrer Beziehung zu verwenden. Die genannten Hauptgründe dafür, männliche Kontrazeptiva in Erwägung zu ziehen, waren die geteilte Verantwortung und die Vermeidung von Nebenwirkungen im Zusammenhang mit dem weiblichen Kontrazeptivum. Negative Gefühle und die Angst vor Nebenwirkungen waren bei den männlichen Befragten die ausschlaggebenden Gründe, kein Interesse an der Verwendung von männlichen Kontrazeptiva zu haben. Männer mit einem höheren Status bzw. einer höheren Ausbildung zeigten statistisch mehr Interesse an der Verwendung. Befragte mit religiösem Hintergrund waren weniger an dem Kontrazeptivum für den Mann interessiert als Befragte ohne religiösen Kontext. Im Allgemeinen wünschten sich die befragten Männer mehr Information in Bezug auf männliche Kontrazeptiva und eine größere Auswahl dieser (Amouroux et al., 2018). Auch die Gleichberechtigung in Bezug auf die Verhütung und eine Orientierung an modernen Genderrollen sind unter anderem Faktoren, weshalb Männer Interesse an einem hormonellen Kontrazeptivum haben. Zusätzlich erklärten Studienteilnehmer, dass ihnen und ihren Partnerinnen bezüglich ungeplanter Schwangerschaften hiermit mehr Kontrolle verschafft werden würde und sich dadurch eine stärkere Nähe und Intimität entwickeln könnte (Dismore et al., 2016).

Martin et al. untersuchten im Jahr 2000 493 Männer in Cape Town, 450 Männer in Hong Kong und Shanghai, sowie 436 Männer in Edinburgh, wobei sich ein signifikantes Resultat bezüglich der Unterstützung einer männlichen hormonellen

Verhütung zeigte. 44 % bis 83 % der befragten Männer würden in Form einer Pille verhüten (Martin et al., 2000).

Eine weitere Studie von Heinemann et al. von 2005 die auf fünf verschiedenen Kontinenten (Argentinien, Brasilien, Deutschland, Indonesien, Mexiko, Spanien, Schweden, USA und Frankreich) mit knapp 1000 Studienteilnehmern durchgeführt wurde, zeigte, dass 55,1 % der Befragten männliche Kontrazeptiva verwenden würden. Nur 20,7 % lehnten es ab. Auch in dieser Studie stellte sich ein starker Einfluss der Religion auf die Entscheidung, ob man gewillt wäre männliche Kontrazeptiva zu verwenden, heraus. 55 % bis 60 % der Christen und Juden sowie auch Personen, die sich keiner Religion zugehörig fühlten, zeigten Interesse an einer neuen Verhütungsmethode, wohingegen nur 40 % der Buddhisten und 29 % der Muslime zustimmend auf die Frage antworteten, ob sie an der Pille für den Mann interessiert wären. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Akzeptanz und der höheren Ausbildung war in Ländern wie Frankreich, USA, Mexiko und Indonesien auch in dieser Studie zu erkennen (Heinemann et al., 2005).

In einigen anderen Untersuchungen zum Thema gab zwar auch ein hoher Anteil der Befragten an, positiv gegenüber eines hormonellen Kontrazeptivums für Männer eingestellt zu sein, jedoch würden 70 % davon, keine Nebenwirkungen tolerieren (Brooks, 1998; Heinemann et al., 2005; Weston et al., 2002).

Männer in festen sexuellen Beziehungen haben eine positivere Einstellung gegenüber der Pille für den Mann (Eberhardt et al., 2009), während Kondome oft von Männern bevorzugt werden, die wechselnde Sexualpartner haben (Rossier et al., 1978-2000).

Viele internationale Studien haben das Interesse von Männern an einem Kontrazeptivum bewiesen, was durch unterschiedliche Faktoren wie das Streben nach Gleichberechtigung, die Sorge um Nebenwirkungen, die Religion oder die Ausbildung beeinflusst wird. Im nächsten Unterkapitel soll nun untersucht werden, wie Frauen zu männlichen Kontrazeptiva stehen.

1.5.2 Weibliches Interesse an dem männlichen Kontrazeptivum und das Vertrauen in Männer

Mit der Entwicklung der Pille für Frauen in den 60er Jahren in westlichen Ländern wurde mehr soziale Freiheit sowie Kontrolle über die eigene Reproduktion geschaffen (Kelly et al., 2017). Jedoch entwickelte sich daraus ein kulturelles Vorurteil gegenüber

den Frauen, die primär für die Schwangerschaftsprävention verantwortlich gemacht wurden (Oudshoorn, 2004). Aufgrund des Fakts, dass Frauen schwanger werden und mehr Konsequenzen davon tragen würden, erwarten Männer, dass Frauen sich um die sexuelle Verhütung kümmern (Brown, 2015).

Nun stellt sich die Frage, ob Frauen Interesse daran hätten diese Verantwortung abzugeben, und Männern hierbei vertrauen würden.

Eberhardt et al. konnte in einer Studie von 2009 einen signifikanten Geschlechtsunterschied bezüglich der Einstellung gegenüber der männlichen Pille zeigen. Frauen waren gegenüber der Pille für den Mann im Allgemeinen positiver eingestellt als die männlichen Befragten. Bei der Frage nach dem Vertrauen in Männer und ihre effektive Verwendung der Verhütungsmethode, hatten jedoch Männer ein größeres Vertrauen in sich selbst, als Frauen in Männer (Eberhardt et al., 2009).

Ein Rollentausch war bei über der Hälfte der befragten Frauen (60 %) ein positives Argument für hormonelle Kontrazeptiva für den Mann. Männer sollen die gleichen Erfahrungen machen wie Frauen, inklusive der Nebenwirkungen. Manche Studienteilnehmerinnen hinterfragten die Zuverlässigkeit und Verantwortung der Männer und stützten ihre Bedenken mit Argumenten wie „Männer wechseln oft ihren Sexualpartner“ oder „Männer verwenden keine Kondome“ (Marcell et al., 2005).

Marcell et al. zeigten mit ihrer Studie von 2005, dass bei 67 % der Frauen Interesse an einem hormonellen Kontrazeptivum für Männer besteht. Zusätzlich gaben 85 % der befragten Frauen an, dass sie ihrem Partner bei der Verwendung vertrauen würden und 40 %, dass ihr Partner das Verhütungsmittel verwenden würde (Marcell et al., 2005).

An anderer Stelle haben Männer selbst das Vertrauen in Männer bezüglich der korrekten Verwendung eines hormonellen Verhütungsmittels hinterfragt und Männer „im Allgemeinen“ als nicht vertrauenswürdig in dieser Hinsicht beschrieben, auch wenn sich die Befragten selbst nicht miteinbezogen haben (Dismore et al., 2016).

Im Verhütungsreport des Jahres 2019 wurde bereits hypothetisch gefragt, wie Frauen damit umgehen würden, wenn ihre Partner in Form einer Pille verhüten würden. 41 % der Frauen gaben an sich diesbezüglich auf den Partner verlassen zu können, während 59 % weiterhin selbst verhüten wollten. Frauen im Alter zwischen 16 und 19 Jahren würden sich weniger oft (31 %) auf ihren Partner verlassen können und würden

zusätzlich selbst verhüten wollen (69 %). Dahingegen stellte sich heraus, dass bei Frauen im Alter zwischen 30 und 49 Jahren das Vertrauen in den Partner zunimmt und dass 46 % mit ihrer Verhütungsmethode aufhören würden. Faktoren, die diese Entscheidung beeinflussten, waren unter anderem die Bildung und die Beziehungsqualität. Frauen mit höherem Bildungsniveau würden sich eher auf ihren Sexualpartner verlassen (47 % Frauen mit Matura oder Universitätsabschluss, 39 % mit Lehr- oder Fachabschluss, 33 % mit Pflichtschulabschluss). Außerdem würden Frauen ihrem Partner eher in einer stabilen Beziehung als in einer instabilen oder außerhalb einer Beziehung die Verhütung überlassen (Fiala & Parzer, 2019).

2 Hypothesen

Aufgrund der Studien und Theorien, welche in den vorherigen Kapiteln beschrieben worden sind, wird im Rahmen dieser Masterarbeit das Interesse an und Vertrauen in männliche Kontrazeptiva bei der Bevölkerung Wiens untersucht. Die Hypothesen, die sich aus dem evolutionären und biologischen Aspekt, sowie vergangenen Studien ableiten, lauten wie folgt:

Hypothese 1: Es besteht ein geschlechtsspezifischer Unterschied im Interesse an männlichen Kontrazeptiva. Männer haben ein größeres Interesse an männlichen Kontrazeptiva als Frauen.

Hypothese 2: Männer mit einer höheren Ausbildung haben mehr Interesse an männlichen Kontrazeptiva.

Hypothese 3: Frauen vertrauen Männern nicht bei der Anwendung von männlichen Kontrazeptiva.

3 Material und Methoden

3.1 Stichprobe

Im Rahmen dieser Studie wurden 330 Teilnehmer/-innen befragt, von denen 237 zur Auswertung kamen. 93 Fälle wurden unter anderem aufgrund von fehlenden oder nicht plausiblen Daten ausgeschlossen. Des Weiteren wurden keine Menschen außerhalb der Altersgrenze, welche sich zwischen 18 und 52 befand, oder mit diversem Geschlecht in dieser Studie inkludiert, da nur Personen, die sich dem binären Geschlecht zugehörig fühlen, untersucht werden sollten. Die sexuelle Orientierung (homo- oder bi-sexuell) war ein weiteres Ausschlusskriterium, weil aufgrund der Fragestellung nur heterosexuelle Personen miteinbezogen werden sollten. Personen, die noch nie einen/ eine Sexualpartner/-in hatten, konnten ebenfalls nicht an der Studie teilnehmen.

Die Datenerhebung fand an 237 Personen mit Wohnsitz in Wien statt. Die Stichprobe inkludierte 179 Frauen (75,5 %) und 58 Männern (24,5 %), deren durchschnittliches Alter bei 24,86 Jahren lag ($SD=6,573$).

3.2 Fragebogen

Der Fragebogen wurde mittels Soscisurvey zusammengestellt, was anstatt über einer Software im Internetbrowser verwendet wird und womit flexibel Fragebögen gestalten und durchgeführt werden können.

Der Fragebogen stand ausschließlich online zur Verfügung, war auf Deutsch und anonym, sodass Ergebnisse keinen konkreten Personen zugeordnet werden konnten. Er wurde zu Beginn mit einer kurzen Begrüßung eingeleitet und konnte infolgedessen in unter 10 Minuten beantwortet werden. Insgesamt umfasste er 39 Fragen, wobei die Anzahl abhängig von den jeweiligen Antworten und den daraus resultierenden Unterfragen abhing. So wurden beispielsweise nur Personen, die angaben, dass sie ein Aufklärungsgespräch hatten, nach ihrem Aufklärungsalter gefragt. Außerdem teilte sich der Fragebogen im letzten Abschnitt in zwei separate geschlechtsabhängige Befragungen auf, nachdem zu Beginn allgemeine Fragen wie zum Geschlecht, zum Alter, zur sexuellen Orientierung beantwortet werden mussten. Personen, die angaben sich nicht dem binären Geschlecht zugehörig zu fühlen, haben den Fragebogen mit dieser Frage abgeschlossen. Dies trifft ebenfalls auf Personen zu, die sich nicht als

heterosexuell definierten (homosexuell und andere) oder noch nie einen/ eine Sexualpartner/-in hatten. Sie wurden aus dem Fragebogen ausgeschlossen, da es sich hierbei um die Empfängnisverhütung handelt, welche den Geschlechtsverkehr zwischen einem Mann und einer Frau inkludiert. Zusätzlich wurden Ausbildung, Religion und Religiosität (1 = gar nicht religiös, 5 = neutral, 10 = sehr religiös), Zugehörigkeit, Kinderwunsch, Beziehungsstatus und Sexualpartner/-in erfragt. Nach dem allgemeinen Teil konzentrierte sich der Fragebogen auf die Aufklärung der befragten Person und das Thema der Verhütung, wobei es unter anderem um das Aufklärungsgespräch, die praktizierte Verhütung und die Wahl des Verhütungsmittels handelte. Außerdem wurde mithilfe von sechs verschiedenen Aussagen (1= Ist mir zu persönlich. 6= Aufgeschlossen, ich finde man sollte offener darüber reden können.) das allgemeine Empfinden der befragten Personen in Bezug auf das Thema Verhütung ermittelt. Nach diesem Teil des Fragebogens wurde dieser in zwei Teile geteilt: das männliche Wissen und Interesse auf der einen Seite und das weibliche Wissen, Interesse sowie Vertrauen auf der anderen.

3.3 Ablauf

Der Fragebogen wurde innerhalb des Zeitraums vom 30.11.2022 bis 13.02.2023 online an Personen, die ihren Wohnsitz in Wien haben, verschickt und von diesen beantwortet. Studienteilnehmer/-innen wurden über unterschiedliche soziale Medien (*WhatsApp, Facebook, Instagram, Studo*) auf den Link zum Fragebogen aufmerksam gemacht.

3.4 Statistische Datenauswertung

Die statistische Datenauswertung erfolgte mithilfe des Programms SPSS (Version 27) und die deskriptive Statistik wurde mittels Häufigkeiten und Kreuztabellen analysiert. Zusammenhänge zwischen dem Interesse von Männern und Frauen sowie anderen Parametern wie der Ausbildung oder der Religiosität wurden mit dem Chi-Quadrat-Test bzw. dem exakten Test nach Fisher bei einer erwarteten Häufigkeit kleiner 5 ausgewertet. Als Signifikanzniveau wurde $p < 0,05$ gewählt.

4 Ergebnisse

4.1 Soziodemographische Daten

Die soziodemographischen Fragen inkludierten die Themen Alter, Geschlecht, Ausbildung, Religionsgemeinschaft, Zugehörigkeit, Beziehungsstatus und eigene Kinder.

Der Großteil der befragten Personen hatten eine Matura (43,9 %, $n = 104$), einen Universitäts- oder einen Fachhochschulabschluss (44,7 %, $n = 106$). Die Minderheit schloss eine Pflichtschule (2,1 %, $n = 5$) oder eine Lehre bzw. eine berufsbildende mittlere Schule (9,3 %, $n = 22$) ab (siehe Abbildung 1).

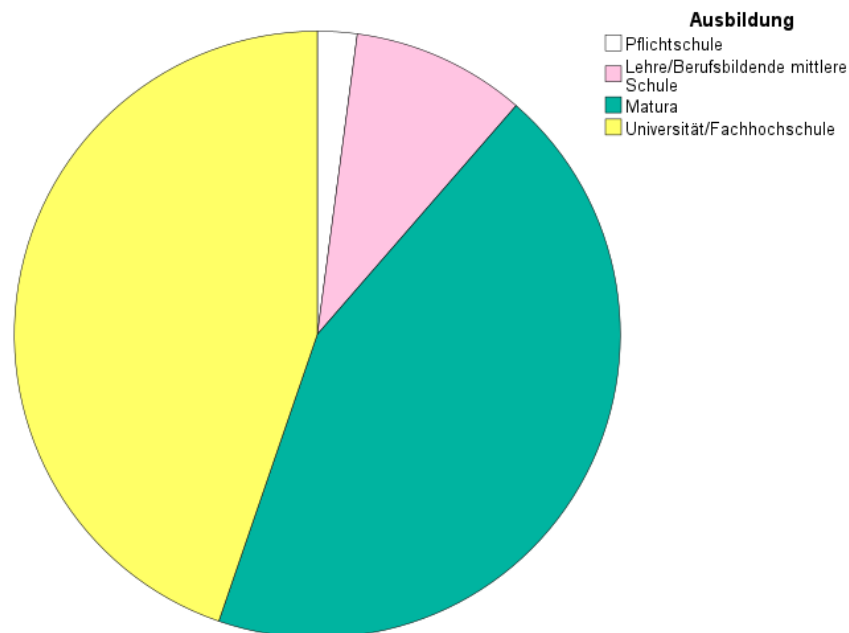


Abbildung 1 Ausbildung der Studienteilnehmer/-innen.

Die am stärksten vertretenen Studienrichtungen der Befragten, waren die Sozialwissenschaften (36,4 %, $n = 28$), die Geisteswissenschaften (20,8 %, $n = 16$) und die Rechtswissenschaften (13 %, $n = 10$). Dahinter folgten die Naturwissenschaften (10,4 %, $n = 8$), Medizin bzw. Gesundheitswesen und Wirtschaftswissenschaften (jeweils 7,8 %, $n = 6$) und die Technik (3,9 %, $n = 3$).

Das Christentum waren zu 59,9 % ($n = 142$), der Islam zu 3,4 % ($n = 8$) und andere Religionsgemeinschaften wie der Buddhismus, die Zeugen Jehovas und die FKÖ insgesamt mit einem Anteil von 1,3 % ($n = 3$) unter den Befragten präsent. 35,4 % der

Teilnehmer/-innen ($n = 84$) gaben an, keiner Religionsgemeinschaft zugehörig zu sein. 38,4 % ($n = 91$) der Personen, die einer Religionsgemeinschaft zugehörig waren, beschrieben sich als eher nicht religiös. Eher religiös schätzten sich 17,3 % ($n = 41$) der Studienteilnehmer/-innen ein, während 2,5 % ($n = 6$) sich als neutral bezeichneten.

Außerdem wurde die empfundene Zugehörigkeit der Personen abgefragt. 70,5 % der Personen ($n = 167$) vertraten die Ansicht, sich nur mit Österreich zu identifizieren. 21,1 % ($n = 50$) gaben an, sich neben Österreich zusätzlich mit einem anderen Land zu identifizieren, und 8,4 % ($n = 20$) identifizierten sich nicht mit Österreich, sondern mit einem anderen Land bzw. einer Minderheit (2,1 %), welche sich keinem Land zugehörig fühlte.

Der Großteil der Studienteilnehmer/-innen hatte keine Kinder (90,3 %, $n = 214$) und befand sich in einer Beziehung (73 %, $n = 173$).

4.2 Verhütung und Aufklärung

Unabhängig vom Geschlecht gaben 91,9 % der Personen ($n = 203$) an, dass ihr Partner oder sie selbst verhüten, während 8,1 % der Personen ($n = 18$) keine Verhütung praktizierten. Die Mehrheit der Personen, die nicht verhüteten, beantworteten die Frage, ob sie einen Kinderwunsch hätten, mit ja (27,3 %, $n = 6$). 22,7 % ($n = 5$) verhüteten nicht aufgrund der Nebenwirkungen und weitere 22,7 % ($n = 5$) waren mit den bisherigen Verhütungsmitteln unzufrieden. Nur ein geringer Anteil war gegen jegliche Verhütung (9,1 %, $n = 2$) oder praktizierte keine basierend auf dem Vertrauen in den/ die Partner/-in (9,1 %, $n = 2$).

Die Mehrheit gab an, dem Thema Verhütung gegenüber aufgeschlossen zu sein (35,4 %, $n = 62$) und 40 % ($n = 70$) wünschten sich, dass offen darüber geredet werden sollte. Die Minderheit der Studienteilnehmer/-innen (5 %, $n = 9$) empfanden das Thema Verhütung als unangenehm, zu persönlich oder nicht angemessen, um öffentlich darüber zu reden. 19,4 % ($n = 34$) zeigten eine neutrale Einstellung zur Thematik.

Das Kondom (49,6 %, $n = 127$) und die Pille (28,5 %, $n = 73$) erwiesen sich als die am häufigsten verwendeten Verhütungsmittel (siehe Abbildung 2). 17,2 % der Personen ($n = 44$) verwendeten laut der Studie das Kettchen oder die Spirale und 4,7 % ($n = 12$) benutzten andere Verhütungsmittel wie Vaginalringe, symptothermale Methoden,

Hormonstäbchen oder -implantate oder Kupferbälle. Die Häufigkeit der verwendeten Verhütungsmittel zeigte keinen geschlechtsspezifischen Unterschied.

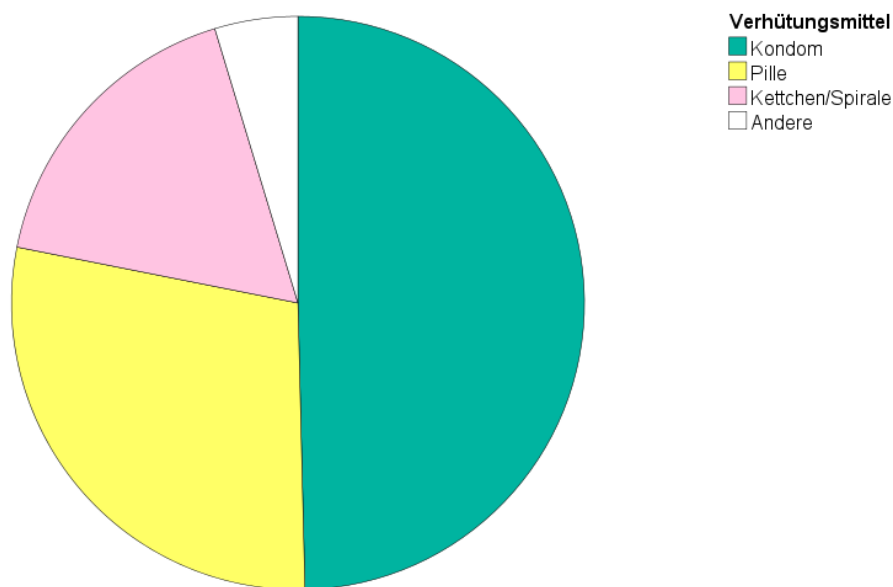


Abbildung 2 Verwendete Verhütungsmittel der Studienteilnehmer/-innen.

Eine Mehrheit von 55,3 % ($n = 110$) praktizierte in einem Zeitraum von ein bis fünf Jahren eine Verhütung. 23,6 % ($n = 47$) verhüteten über einen Zeitraum von bis zu zehn Jahren. Die Optionen länger als zehn Jahre (6,5 %, $n = 13$) sowie kürzer als ein Jahr (14,6 %, $n = 29$) wurden seltener gewählt. Bei der Entscheidung für ein Verhütungsmittel waren Faktoren wie die praktische (32,7 %, $n = 135$) und langfristige (18,2 %, $n = 75$) Anwendung sowie die Sicherheit (31,7 %, $n = 131$) entscheidend. Die Aspekte Kosten (7,5 %, $n = 31$) oder andere Gründe (9,9 %, $n = 41$) wie etwa das Vermeiden von hormoneller Verhütung wurden ebenfalls erwähnt. 91,2 % ($n = 198$) der befragten Männer und Frauen waren der Meinung, die Verhütung sollte zwischen beiden Sexualpartnern/-innen abgesprochen sein. Nur ein kleiner Anteil der Studienteilnehmer/-innen hielt es für angebracht, dass nur Frauen (8,3 %, $n = 18$) oder nur Männer (0,5 %, $n = 1$) verhüten sollten.

Die Mehrheit der Personen hatte im Alter zwischen 5 und 17 Jahren ein Aufklärungsgespräch (80,1 %, $n = 189$), wobei die Schule zu 44 % ($n = 164$) am stärksten beim Aufklärungsgespräch beteiligt war. Daneben spielten auch die Familie (26 %, $n = 96$), Freunde/-innen (21,4 %, $n = 79$), Ärzte/-innen (3,8 %, $n = 14$), Partner/-innen (2,7 %, $n = 10$) und anderen Personen (1,6 %, $n = 6$) eine Rolle. Die am häufigsten besprochenen Themen im Rahmen der Aufklärungsgespräche sind die

biologischen Grundlagen des Sexualaktes (20,6 %, $n = 153$), der Schwangerschaft sowie der Geburt (19,6 %, $n = 146$), die Verhütung (20,2 %, $n = 150$) und die Pubertät bei Jugendlichen (17,3 %, $n = 129$). Am wenigsten vertreten waren die Themen Geschlechtskrankheiten (12,4 %, $n = 92$), Partnerschaft und Liebe (6,7 %, $n = 50$) sowie sexuelle Orientierung (3,0 %, $n = 2$). 54 % der Studienteilnehmer/-innen ($n = 95$) empfanden ihre Aufklärung als ausreichend, wobei mehr Männer ihre Aufklärung als genügend beschrieben (73,8 %) als Frauen (47,8 %). Neben dem Aufklärungsgespräch wurden Informationen auch dem Internet (42,1 %, $n = 150$), Filmen und Serien (19,1 %, $n = 68$) oder Büchern (17,1 %, $n = 61$) entnommen oder aus der eigenen Erfahrung (19,7 %, $n = 70$) abgeleitet. Sieben Personen (2 %) gaben andere Quellen der zusätzlichen Aufklärung an. 53,3 % der Personen ($n = 24$), die kein Aufklärungsgespräch in der Jugend hatten, würden sich für ein Aufklärungsgespräch interessieren. Im Vergleich zu den Frauen mit 66,7 %, zeigten von den Männern nur 16,7 % Interesse daran. Studienteilnehmer/-innen ohne Aufklärung (19,9 %, $n = 47$), eigneten sich ihr Wissen am häufigsten mithilfe des Internets (28 %, $n = 26$) und durch eigene Erfahrungen (28 %, $n = 26$) an. Daneben wurden auch Bücher (15,1 %, $n = 14$) oder Filme und Serien (16,1 %, $n = 15$) verwendet. Zwölf Personen (12,9 %) verwiesen darüber hinaus auf andere Informationswege in Bezug auf die Aufklärung.

4.3 Interesse an dem männlichen Kontrazeptivum

Die Männer der Studie wurden nach ihrem Wissen zur Pille für den Mann gefragt, wobei 76 % ($n = 38$) angaben darüber gehört zu haben. Aufgrund von technischen Schwierigkeiten erschien diese Frage bei den Studienteilnehmerinnen nicht, sodass diesbezüglich keine Informationen dokumentiert wurden.

Männer und Frauen zeigten ein ähnliches Interesse in Bezug auf die Pille für den Mann, das zunächst in vier Stufen eingeordnet wurde: „Ja, sehr“, „Ja, vielleicht“, „Nein, ich bin mir unsicher“ und „Nein, gar nicht“. Der größte Anteil der Befragten (45,8 %, $n = 99$) antworteten auf die Frage „Würden Sie Interesse haben, eine Pille zur Verhütung zu verwenden?“ bzw. „Hätten Sie Interesse, dass Ihr Sexualpartner in Form einer Pille verhütet?“ mit „Ja, vielleicht“ (siehe Abbildung 3). Gar kein Interesse hatten 24,1 % ($n = 52$) der Studienteilnehmer/-innen, während die am seltensten gewählten Optionen „Nein, ich bin mir unsicher“ mit 17,6 % ($n = 38$) und „Ja, sehr“ mit 12,5 % ($n = 27$) waren.

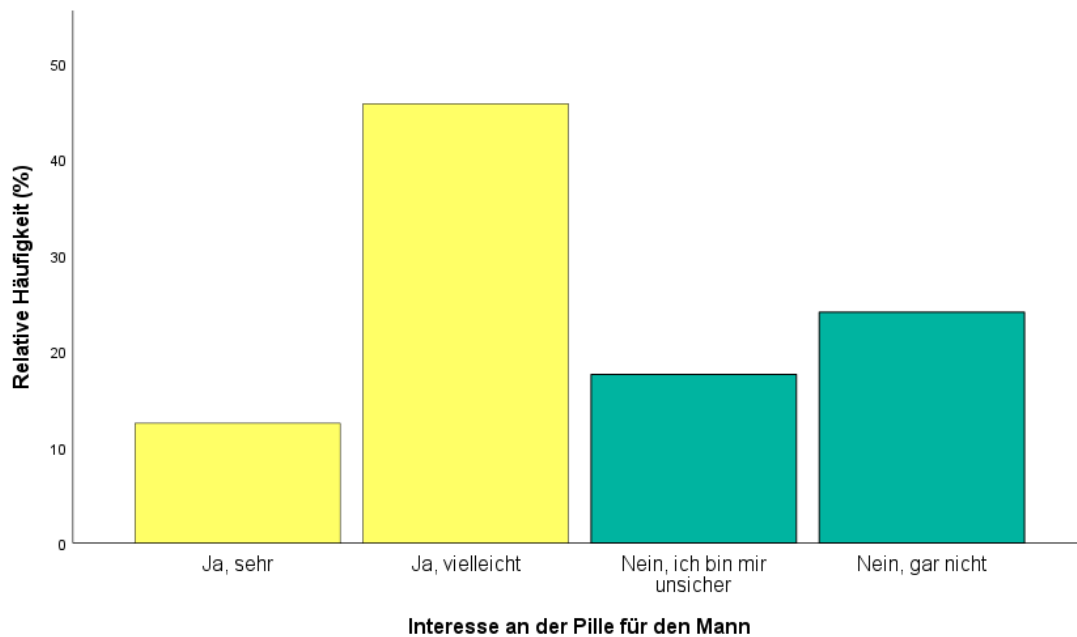


Abbildung 3 Weibliches und männliches Interesse an der Pille für den Mann.

Die Ergebnisse wiesen diesbezüglich kaum geschlechtsspezifische Unterschiede auf. Die häufigste Angabe war bei beiden Geschlechtern die Option „Ja, vielleicht“ mit einer prozentuellen Häufigkeit von 52 % bei den Männern ($n = 26$) und 44 % bei den Frauen ($n = 73$). Auch die Optionen „Nein, ich bin mir unsicher“ (Frauen: 16 %, $n = 30$; Männer: 18,1 %, $n = 8$) und „Nein, gar nicht“ (Frauen: 24,1%, $n = 40$; Männer: 24 %, $n = 12$) wurden ähnlich oft gewählt. Das größte Interesse, das mit der Antwortmöglichkeit „Ja, sehr“ verdeutlicht werden konnte, wurde von Frauen mit 13,9 % ($n = 23$) häufiger angegeben als von Männern (8 %, $n = 4$), was in Abbildung 4 dargestellt ist.

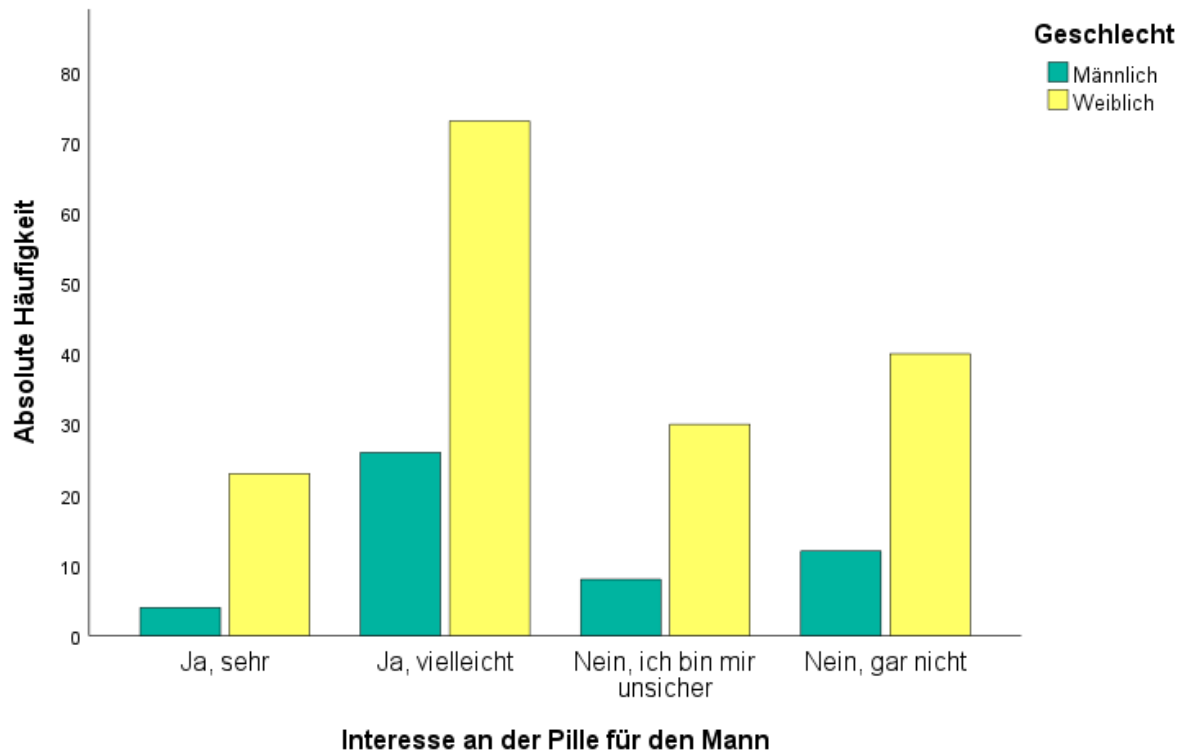


Abbildung 4 Männliches und weibliches Interesse an der Pille für den Mann im Vergleich.

Um die Tendenzen der Personen bei ihren Entscheidungen übersichtlicher darzustellen, wurden die vier Kategorien in zwei Kategorien „Ja, eher interessiert“ und „Nein, eher nicht interessiert“ aufgeteilt (siehe Abbildung 5). Somit waren 58,8 % ($n = 127$) der Studienteilnehmer/-innen an der Pille für den Mann eher interessiert und 41,2 % ($n = 89$) eher nicht.

Zwischen den Geschlechtern gab es keinen signifikanten Unterschied in Bezug auf das Interesse ($p = 0,844$), da 60 % der Männer ($n = 30$) und 58,4 % der Frauen ($n = 97$) Interesse an der Pille für den Mann zeigten.

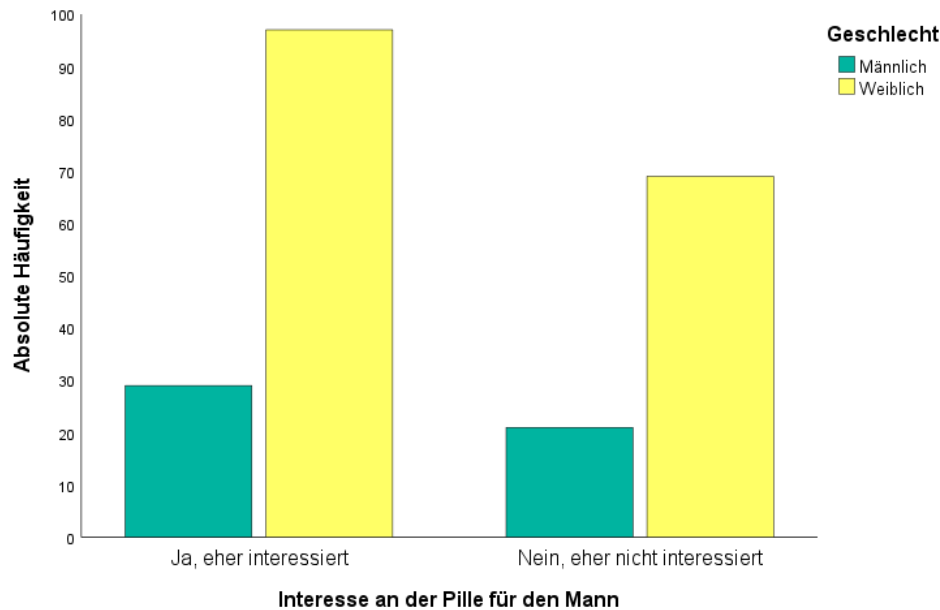


Abbildung 5 Weibliches und männliches Interesse innerhalb von zwei Kategorien im Vergleich.

Es besteht ebenfalls kein Zusammenhang zwischen dem Alter der Studienteilnehmer/-innen und dem Interesse. Um das zu untersuchen, wurden die Befragten in zwei Kategorien aufgeteilt, Personen über 30 Jahre und unter 30 Jahre. 58,9 % ($n = 113$) der Studienteilnehmer/-innen unter 30 Jahre und 54,2 % ($n = 13$) der Studienteilnehmer/-innen über 30 Jahre hatten eher Interesse an der Pille für den Mann. Auch in diesem Bezug gab es keinen geschlechtsspezifischen Unterschied (Männer: $p = 0,706$; Frauen: $p = 1,000$).

Männer begründeten ihr Interesse an der Pille für den Mann am häufigsten mit Selbstschutz (30 %, $n = 18$), Verantwortung (26,7 %, $n = 16$) und Gleichberechtigung (21,7 %, $n = 13$). 16,7 % ($n = 10$) würden aus alleinigem Interesse oder einem anderen Grund (5 %, $n = 3$) die Pille in Erwägung ziehen. Im Gegensatz zu den Männern, gaben Frauen am häufigsten die Gleichberechtigung (71,2 %, $n = 84$) als Grund für ihr Interesse an der Pille für den Mann an. Die Abgabe der Verantwortung (11,9 %, $n = 14$), finanzielle Gründe (9,3 %, $n = 11$) oder andere Motivationen (7,6 %, $n = 9$) wie unter anderem, dass es angenehmer oder praktischer für den Mann sein könnte oder dass jede Person die Verantwortung der Verhütung selbst tragen sollte, wurden ebenfalls erwähnt.

Ein fehlendes Interesse an dem männlichen Kontrazeptivum bei Frauen wurde mit Desinteresse ohne expliziten Grund (30,6 %, $n = 22$), einem fehlenden Vertrauen in Männer (23,6 %, $n = 17$) sowie Bedenken bezüglich der Nebenwirkungen (22,2 %, n

= 16) oder der Gesundheit (12,5 %, $n = 9$) erklärt. 11,1 % ($n = 8$) der weiblichen Befragten gaben andere Gründe wie eine Opposition gegen jegliche hormonelle Einnahmen oder eigene schlechte Erfahrungen an. Männer begründeten ihr Desinteresse an der Pille mit Bedenken bezüglich der Nebenwirkungen (32,3 %, $n = 10$), geringem Wissen über die Thematik oder mit der Zufriedenheit mit ihrer bisherigen Verhütungsmethode (je 19,4 %, $n = 6$). Finanzielle Gründe (3,2 %, $n = 1$) oder die Meinung, dass die Verhütung in den Verantwortungsbereich der Frau falle (9,7 %, $n = 3$), wurden ebenfalls als Erklärung für ihr ausbleibendes Interesse an diesem männlichen Kontrazeptivum herangezogen. 16,1 % ($n = 5$) gaben andere Gründe wie unter anderem den fehlenden Infektionsschutz, gesundheitliche Bedenken und eine Einstellung gegen Hormone an.

4.4 Einflussfaktoren auf das Interesse an der Pille für den Mann

4.4.1 Ausbildung

Es konnte weder in der Gruppe der Frauen ($p = 0,689$), noch der der Männer ($p = 0,099$) ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Aspekt der Ausbildung und dem Interesse an der Pille für den Mann bewiesen werden. Jedoch war die Gruppe der männlichen Studienteilnehmer, die eine Universität oder Fachhochschule besucht hatten, mit einer prozentuellen Häufigkeit von 76,5 % ($n = 13$) am meisten an der Pille für den Mann interessiert (siehe Abbildung 6). Von den Männern mit einer Matura waren 42,9 % ($n = 9$) an dem männlichen Kontrazeptivum interessiert. Bei denen, die eine Lehre absolviert oder eine berufsbildende mittlere Schule besucht hatten, waren es 66,7 % ($n = 8$).

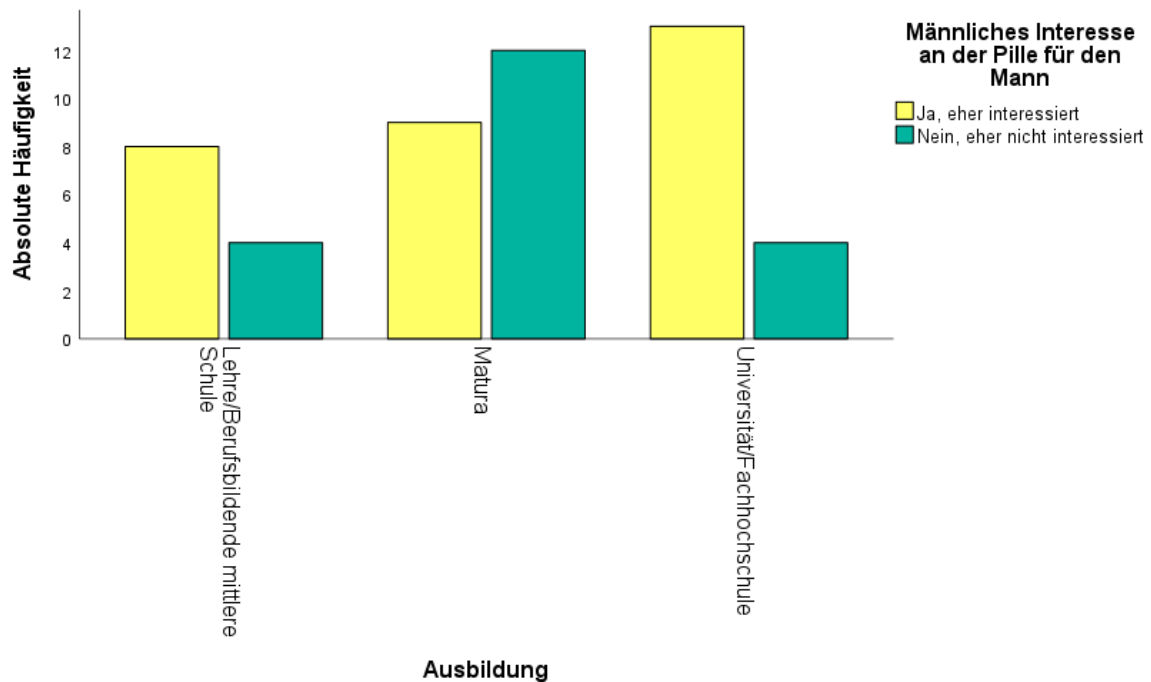


Abbildung 6 Männliches Interesse an der Pille für den Mann im Zusammenhang mit der Ausbildung.

In der Gruppe der an einem männlichen Kontrazeptivum interessierten Frauen waren die Ergebnisse der Personen mit einer Matura (58,3 %, $n = 42$) und einer laufenden oder abgeschlossenen Universitäts- oder Fachhochschulausbildung (58 %, $n = 47$) sehr ähnlich (siehe Abbildung 7). Andere Studienteilnehmerinnen, die eine Lehre oder berufsbildende mittlere Schule abgeschlossen haben, waren zu 75 % ($n = 6$) und diejenigen, die eine Pflichtschule besucht hatten, zu 40 % ($n = 2$) an der Pille für den Mann interessiert.

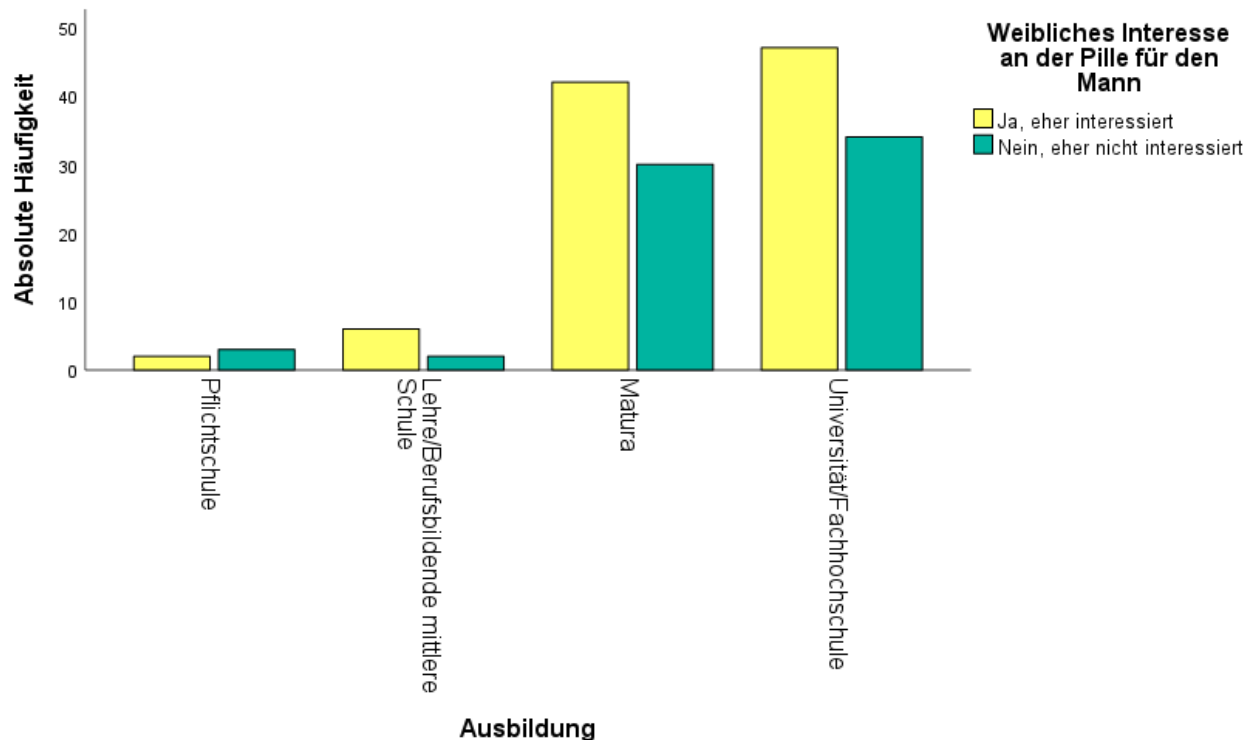


Abbildung 7 Weibliches Interesse an der Pille für den Mann im Zusammenhang mit der Ausbildung.

4.4.2 Religiosität

Es bestand kein signifikanter Zusammenhang ($p = 0,491$) zwischen der Religiosität der Studienteilnehmer/-innen und ihr Interesse an der Pille für den Mann. 55,6 % ($n = 47$) der Personen, die sich eher nicht religiös einschätzten, hatten eher Interesse an der Pille für den Mann. Tendenziell religiöse Personen hatten zu 51,3 % ($n = 20$) Interesse und Personen, die sich in Bezug auf die Religion neutral eingeschätzt haben, zeigten zu 80 % ($n = 4$) eher Interesse an der Pille für den Mann.

4.4.3 Beziehungsart

Zwischen der Beziehungsart und dem Interesse an dem männlichen Kontrazeptivum konnte kein Zusammenhang ($p = 0,511$) nachgewiesen werden. Die Personen, die in keiner Beziehung und somit „Single“ waren, zeigten am meisten Interesse (63,8 %, $n = 37$). Darüber hinaus hatten 58,8 % ($n = 80$) der Personen in einer Beziehung, 45 % ($n = 9$) der Verheirateten und 50 % ($n = 1$) der Befragten in einer eingetragenen Partnerschaft Interesse an der Pille für den Mann.

4.4.4 Aufklärungsgespräch

Das Interesse an der Pille für den Mann steht in keinem Zusammenhang mit einem erfolgten Aufklärungsgespräch ($p = 0,765$). Studienteilnehmer/-innen, die ein Aufklärungsgespräch hatten, waren zu 59,3 % ($n = 102$) eher interessiert und auch von den Befragten, die kein Aufklärungsgespräch hatten, zeigten 56,8 % ($n = 25$) Interesse.

4.4.5 Verhütung

Es ergab sich in Bezug auf das Interesse an dem männlichen Kontrazeptivum in den Resultaten der Studie kein Unterschied ($p = 0,998$) zwischen Personen, die eine Verhütung praktizierten (58,8 %, $n = 117$) oder Befragten, die nicht verhüteten (58,8 %, $n = 10$).

Studienteilnehmer/-innen, die selbst oder deren Partnerinnen bereits die Pille verwendet haben, zeigten mit einem Anteil von 74 % ($n = 54$) am meisten Interesse an der Pille für den Mann. 55,1 % der Personen, die unter anderem das Kondom als Verhütungsmittel angegeben haben ($n = 70$), interessierten sich daran. Studienteilnehmerinnen, die das Kettchen oder die Spirale verwendeten, hatten zu 52,3 % Interesse an dem männlichen Kontrazeptivum. Personen, die andere Verhütungsmittel verwendeten, interessierten sich zu 58,3 % ($n = 7$).

Außerdem bestand kein Zusammenhang zwischen dem Interesse an der Pille für den Mann und dem Grund, für die Wahl des aktuell verwendeten Verhütungsmittels wie etwa, dass es sich dabei um eine langfristige Lösung oder eine praktische Anwendung handelt.

4.5 Vertrauen in Männer

Frauen beantworteten die Frage, ob sie Männern die Verhütung überlassen und ihnen hierbei vertrauen würden, mehrheitlich (52,2 %, $n = 95$) mit ja, was jedoch von der Beziehung abhängen würde. 22 % ($n = 40$) gaben an Männern zwar zu vertrauen, jedoch weiterhin zusätzlich selbst verhüten zu wollen. Männern ohne weitere Kriterien die Verhütung zu überlassen und ihnen zu vertrauen, wurde am seltensten angegeben (9,9 %, $n = 18$). 15,9 % ($n = 29$) der Frauen würden beim Überlassen der Verhütung kein Vertrauen in Männer haben (siehe Abbildung 8).

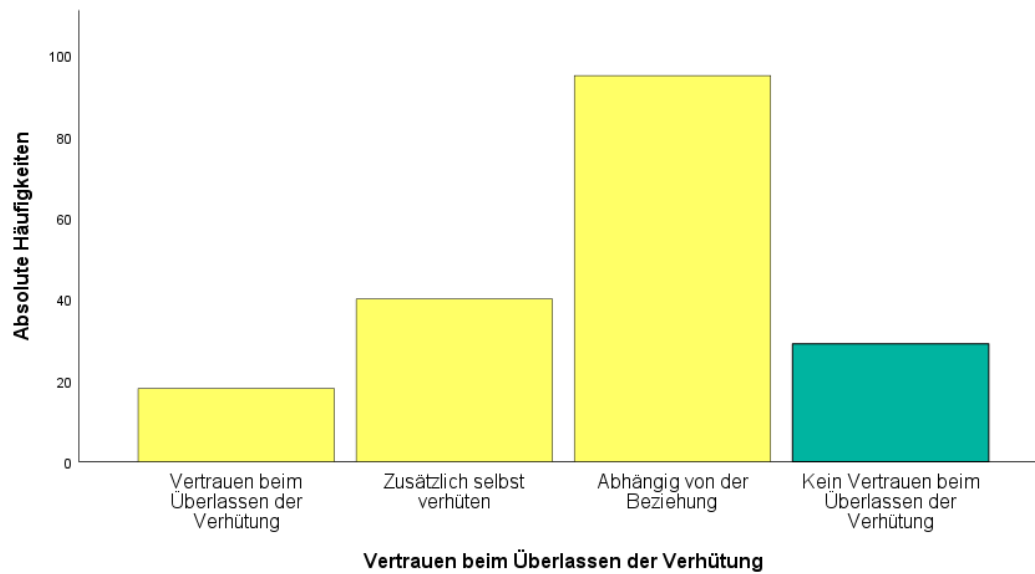


Abbildung 8 Weibliches Vertrauen in Männer beim Überlassen der Verhütung.

Die häufigsten Gründe für das fehlende Vertrauen bei Frauen waren der Wunsch eine Schwangerschaft zu vermeiden (42,2 %, $n = 19$) und die Kontrolle über die Verhütung selbst behalten zu wollen (42,2 %, $n = 19$). 6,7 % ($n = 3$) der befragten Frauen gaben an, einen unzuverlässigen Partner oder aus anderen Gründen kein Vertrauen zu haben (8,9 %, $n = 4$; siehe Abbildung 9).

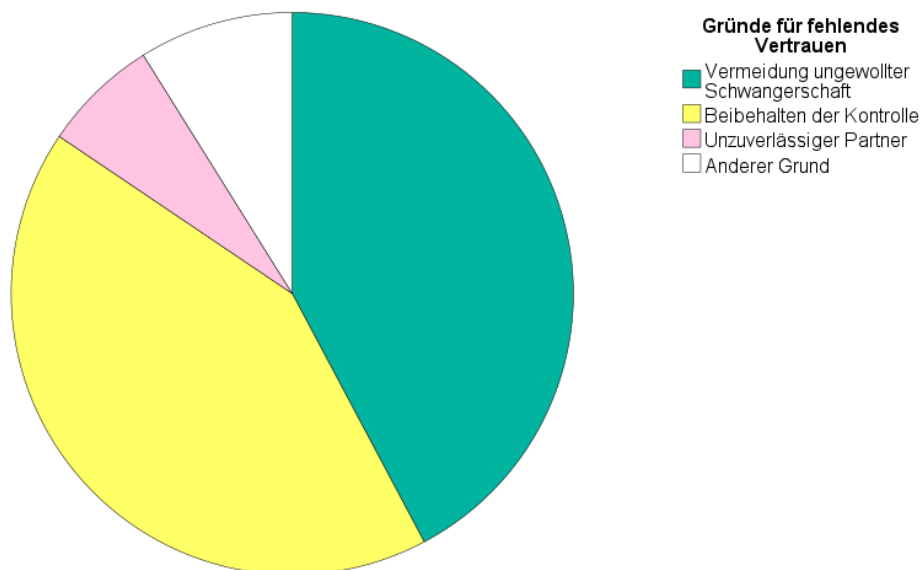


Abbildung 9 Gründe, weshalb das weibliche Vertrauen fehlte. .

5 Diskussion

Der Hauptfokus dieser Studie lag auf dem Interesse bezüglich eines hypothetischen männlichen Kontrazeptivums in Form einer Pille und der Evaluierung der Faktoren, die diese Entscheidung beeinflussen könnten.

Folgende Hypothesen wurden mithilfe der Studie überprüft:

Hypothese 1: Es besteht ein geschlechtsspezifischer Unterschied im Interesse an männlichen Kontrazeptiva. Männer haben ein größeres Interesse an männlichen Kontrazeptiva als Frauen.

Hypothese 2: Männer mit einer höheren Ausbildung haben mehr Interesse an männlichen Kontrazeptiva.

Hypothese 3: Frauen vertrauen Männern nicht bei der Anwendung von männlichen Kontrazeptiva.

Die Ergebnisse dieser Studie konnten Hypothese 1 und 3 nicht verifizieren. In Bezug auf Hypothese 2 wurde kein signifikanter Zusammenhang festgestellt, jedoch ließ sich ein erkennbarer Trend erkennen.

5.1 Geschlechtsspezifischer Unterschied im Interesse an der Pille für den Mann

Es wurde angenommen, dass Frauen aufgrund des evolutionären und biologischen Hintergrunds weniger Interesse an der Pille für den Mann haben. Die vorliegende Studie konnte zeigen, dass Männer und Frauen ein ähnliches Interesse in Bezug auf die Pille für den Mann haben. Bei den Befragten beider Geschlechter war die häufigste Antwort „Ja vielleicht.“ in Bezug auf die Frage „Würden Sie Interesse haben eine Pille zur Verhütung zu verwenden?“ bzw. „Hätten Sie Interesse, dass Ihr Sexualpartner in Form einer Pille verhütet?“ „.. Das deutlichste Interesse, das mit der Antwortmöglichkeit „Ja, sehr“ ausgedrückt werden konnte, wurde von Frauen häufiger angegeben als von Männern. Die hier erlangten Ergebnisse bestätigen Studien, wie die von Glasier et al. von 2000, in welcher ebenfalls die Mehrheit der Frauen positiv gegenüber der Pille für den Mann gestimmt waren und 84 % ihre Entscheidung mit mehr Gleichberechtigung im Bereich der Verhütung begründeten (Glasier et al., 2000). Auch in der vorliegenden Studie war dies mit 71,2 % der Hauptgrund für das Interesse der Frauen an der Pille für den Mann. Frauen wünschen sich Gleichberechtigung bzw. einen Rollentausch,

der es Männern ermöglicht, die gleichen Erfahrungen bezüglich hormoneller Einnahmen zu durchleben (Marcell et al., 2005). Weitere Gründe, aus denen Frauen die Pille für den Mann in Erwägung ziehen würden, waren die Abgabe der Verantwortung (11,9 %) und finanzielle Gründe (9,3 %).

Auch Eberhardt et al. zeigten in ihrer Studie von 2009, dass Frauen eine positivere Einstellung gegenüber der Pille für den Mann hatten als Männer. Gleichzeitig hatten Männer bezüglich der effektiven Verwendung der Pille mehr Vertrauen in sich selbst als Frauen Vertrauen in Männer (Eberhardt et al., 2009). Männer begründeten ihr Interesse in dieser Untersuchung mit Selbstschutz (30 %), Verantwortung (26,7 %, $n = 16$) und Gleichberechtigung (21,7 %).

Zusammenfassend werden die Resultate im Rahmen dieser Masterarbeit bezüglich der Tatsache, dass Frauen und Männer gleiches Interesse an der Pille für den Mann haben, von anderen Forschungsergebnissen unterstützt.

Weibliche Studienteilnehmerinnen, die kein Interesse an dem männlichen Kontrazeptivum hatten, begründeten dies unter anderem mit Desinteresse ohne expliziten Grund (30,6 %), fehlendem Vertrauen in Männer (23,6 %) sowie Bedenken bezüglich der Nebenwirkungen (22,2 %) oder der Gesundheit (12,5 %). Die männlichen Studienteilnehmer begründeten ihr Desinteresse mit Bedenken aufgrund von Nebenwirkungen (32,3 %), geringem Wissen über die Thematik oder der Zufriedenheit mit ihrer bisherigen Verhütungsmethode (je 19,4 %). Ähnliche Ergebnisse in Bezug auf Nebenwirkungen oder gesundheitliche Bedenken zeigten andere Studien (Heinemann et al., 2005).

5.2 Einflussfaktoren auf das Interesse an der Pille für den Mann

Auf Grundlagen der zuvor zitierten Studien, wurde die Hypothese, dass die Ausbildung bei Männern einen Einfluss auf das Interesse an der Pille für den Mann hat, aufgestellt und untersucht.

Es bestand weder bei Frauen noch bei Männern ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Ausbildung und dem Interesse an der Pille für den Mann. Ein Trend konnte jedoch bei den Männern mit einem Universitäts- oder Fachhochschulabschluss festgestellt werden, die sich mit 76 % am meisten für das männliche Kontrazeptivum interessierten. Die männlichen Befragten, die eine Lehre oder berufsbildenden mittleren Schule (66,7 %) abgeschlossen hatten und diejenigen mit einer Matura (42,9 %) interessierten sich im Vergleich weniger.

Heinemann et al. und Martin et al. konnten in ihren Forschungen einen Zusammenhang zwischen der Ausbildung und der Verhütung feststellen (Heinemann et al., 2005; Martin et al., 2000).

Darüber hinaus wurden weitere Faktoren, die das Interesse an der Pille für den Mann beeinflussen können wie das Alter, die Religion, der Beziehungsstatus, die Aufklärung oder die praktizierte Verhütung, innerhalb dieser Masterarbeit analysiert.

Das Alter hatte laut der hier durchgeführten Studie keinen Einfluss auf das Interesse, was auch durch die Studie von Heinemann et al. von 2005 bestätigt werden konnte. Auch der Beziehungsstatus korrelierte, gemäß der Ergebnisse der Studie von Heinemann et al., nicht mit dem Interesse (Heinemann et al., 2005). Zwischen der Religiosität der Personen und dem Interesse an der Pille für den Mann konnte kein Zusammenhang bewiesen werden. Die Befragten zeigten unabhängig davon, ob sie sich eher religiös oder eher nicht religiös einschätzten, ein ähnliches Interesse. Diese Ergebnisse wurden durch andere Studien bestätigt (Amouroux et al., 2018), wobei es Untersuchungen gibt, die einen Zusammenhang zwischen der Religiosität und dem Interesse an männlichen Kontrazeptiva fanden (Heinemann et al., 2005).

Laut der hier durchgeführten Studie besteht kein Zusammenhang zwischen der vorhandenen Aufklärung der Studienteilnehmer/-innen oder der praktizierten Verhütung und ihrem Interesse. Es fiel jedoch auf, dass Personen, die selbst oder ihre Partnerinnen mit der Pille verhüten, waren im Vergleich zu befragten Personen, welche andere Verhütungsmethoden verwenden, mit dem größten Anteil an der Pille für den Mann interessiert.

Darüber hinaus konnten keine signifikanten Zusammenhänge zwischen anderen Faktoren und dem Interesse an der männlichen Pille gefunden werden.

5.3 Vertrauen in Männer

9 % der Frauen innerhalb dieser Studie zeigten aufgrund des fehlenden Vertrauens in Männer kein Interesse an der Pille für den Mann. Ähnliche Ergebnisse veröffentlichten Amouroux et al. in deren Untersuchung von 2018 der entsprechende Anteil 7 % betrug (Amouroux et al., 2018). Bei der expliziten Frage, ob sie Männern beim Überlassen der Verhütung vertrauen würden, gab die Mehrheit (52,2 %) in der vorliegenden Studie an, Männern abhängig von der Beziehung zu vertrauen. Andere Studien wie der von Eberhardt et al. von 2009 zeigten sich auch Männer in festen Beziehungen gegenüber der Pille für den Mann eher aufgeschlossen (Eberhardt et al., 2009). Jedoch ging es

bei den Männern hierbei um den Komfort des Verhütungsmittels und nicht um das Vertrauen in den/ die Partner/-in. Obwohl Frauen Männern einerseits beim Überlassen der Verhütung vertrauen würden, gibt trotzdem die Mehrheit an, dass diese Entscheidung von dem Beziehungstyp abhängig sei, woraus sich schließen lässt, dass Frauen trotz ihres Vertrauens, Sicherheit benötigen. Die Studienteilnehmerinnen, die beim Überlassen der Verhütung kein Vertrauen in den Mann angegeben haben, begründeten dies vor allem mit dem Vermeiden einer ungewollten Schwangerschaft (42,2 %) und dem Wunsch des Beibehaltens der Kontrolle der Verhütung (42,2 %). Obwohl es sich hierbei um zwei verschiedene Gruppen der Studienteilnehmerinnen handelt, Frauen, die Männern vertrauen würden, und Frauen, die Männern nicht vertrauen würden, teilen beide Gruppen die Tatsache, dass sie eine gewisse Sicherheit haben wollen. Dies wiederum könnte auf das größere weibliche Investment zurückgeführt werden, das bei einer Frau in der Schwangerschaft beginnt, über neun Monate fortgeführt wird (Buss, 2006) und infolgedessen mit der verpflichtenden weiblichen postpartum Fürsorge wie dem Stillen einhergeht (Clutton-Brock & Vincent, 1991). Somit trägt das Geschlecht mit dem höheren elterlichen Investment auch die höheren Kosten bei der falschen Wahl des Reproduktionspartners (Trivers, 1972), was sich in den Ergebnissen dieser Studie und der Tatsache widerspiegelt, dass nur ein geringer Anteil der Frauen Männern ohne jegliche Bedingungen vertrauen würde und dieses Vertrauen bei den meisten von der jeweiligen Beziehung abhängig wäre. Zusammenfassend lässt sich schlussfolgern, dass die Mehrheit der Frauen Männern beim Überlassen der Verhütung vertrauen würde, was auch durch Ergebnisse anderer Studien bestätigt werden konnte (Amouroux et al., 2018; Glasier et al., 2000).

5.4 Die Rolle des Gesundheitssystems

Obwohl sowohl die Verhütung als auch die Familienplanung beide Geschlechter betreffen, sind Programme, die diese Thematik behandeln primär auf Frauen ausgerichtet. Einige Studien zeigten, dass Männer Interesse daran haben, Informationen über die Familienplanung zu erhalten. Ein positiver Effekt auf den Gebrauch männlicher Kontrazeptiva wurde dokumentiert, nachdem die verschiedenen Verhütungsansätze innerhalb der Programme besprochen wurden (Hardee et al., 2017). Den meisten Familienprogrammen bzw. Reproduktionszentren fehlt es an einer Gesundheitsinfrastruktur, einem Service und einer Politik, die sich auch auf den Mann bezieht (Adelekan et al., 2014). In Studien wie der von Kura et al. von 2013 wird unter

anderem erwähnt, dass die Kapazität des Personals im Gesundheitswesen nicht ausreicht, um Männer bezüglich Kontrazeptiva zu beraten (Kura et al., 2013). Männer wollen über ihr Sexualleben, Verhütungsmethoden, Schutz vor HIV und weiteren Themen informiert werden, jedoch sind die Ansprechpartner, an die sie sich wenden können, limitiert. Deshalb entnehmen sie ihre Informationen oft aus den Medien oder von männlichen Freunden, wobei leicht falsche Informationen weitergegeben werden können (Hardee et al., 2017).

In einer Studie wurden Männer gefragt, welchen Ansprechpartner sie bevorzugen würden, um Informationen in Bezug auf männliche Kontrazeptiva zu erhalten. Die Studienteilnehmer befanden sich bereits in klinischen Studien, die verschiedene Formen hormoneller männlicher Kontrazeptiva inkludierten. Die Mehrheit der Befragten gab an ihren/ ihre Allgemeinarzt/-ärztin (43,5 %) oder ihre/n bekannte/-n Apotheker/-in (17,7 %) vorzuziehen (Jacobsohn et al., 2022).

Bevor männliche Kontrazeptiva zur Verfügung gestellt werden, sollten verschiedene Bereiche wie die Erreichbarkeit und die gewissenhafte Aufklärung berücksichtigt werden. Außerdem sollten Männer im Allgemeinen mehr mit der Thematik Reproduktion konfrontiert und darüber informiert werden.

Des Weiteren würde eine Markteinführung der Pille für den Mann eine regelmäßige Kontrolle und Analyse der Azoospermie oder Oligospermie erfordern, um die Verlässlichkeit des Kontrazeptivums zu kontrollieren (Reynolds-Wright & Anderson, 2019). Das Gesundheitssystem sollte dementsprechend auf diese Situation vorbereitet und ausgestattet werden, da es sich hierbei um eine routinierte klinische Analyse handelt, die die benötigten Geräte zur Verfügung gestellt bekommen sollte, um Patienten bei der Verwendung bestmöglich zu unterstützen. Es existieren bereits Unternehmen, welche sich mit Technologien beschäftigen, die es möglich machen sollen, die Fertilität bzw. Infertilität von zu Hause aus zu testen (Agarwal et al., 2018).

6 Limitation

Das Ziel der hier durchgeführten Studie, einen Einblick in das weibliche und männliche Interesse an der Pille für den Mann zu verschaffen und eventuelle Einflussfaktoren zu erforschen, wurde erreicht. Jedoch existieren wie auch bei anderen Studien einige Limitationen, die erwähnt werden sollten.

Während für die vorliegende Untersuchung bewusst Personen mit einem Wohnsitz in Wien ausgewählt wurden, könnten im Rahmen zukünftiger Studien über den gesamten Raum Österreichs Befragungen bezüglich dieser Thematik durchgeführt werden, um eine repräsentativere Stichprobe zu erzielen.

Eine weitere Limitierung der Studie, die bei Untersuchungen mit Fragebogen häufig vorkommt, besteht in der begrenzten Anzahl an männlichen Probanden. 75,5 % der Studienteilnehmer/-innen waren Frauen und nur 24,5 % Männer. Mit einer gleichwertigen Stichprobengröße der Frauen und Männer könnte ein signifikanteres Ergebnis erzielt werden. Des Weiteren liegt das Durchschnittsalter der Studienteilnehmer/-innen bei 24,86 Jahren. Der Großteil ist somit unter 30 Jahre alt (88,6 %). Die Mehrheit der Befragten hat eine höhere Ausbildung in Form einer Matura (43,9 %) oder eines Universitäts- oder Fachhochschulabschlusses (44,7 %). Nur 2,1 % der Teilnehmer/-innen hatten eine Pflichtschule, eine Lehre oder berufsbildende mittlere Schule (9,3 %) abgeschlossen. Der große Anteil an Personen, die einen höheren Abschluss haben, kann einen Einfluss auf die Ergebnisse haben, da die Mehrheit vermutlich einen ähnlichen Lebensstil führt und eine ähnliche Meinung vertritt. Dies trifft ebenfalls auf die Altersgruppe mit einem Durchschnittsalter von 24,86 Jahren ($SD = 6,573$) zu, welche in dieser Studie stark vertreten ist. Zukünftige Studien sollten eine vielfältigere Stichprobe anstreben, um aussagekräftigere Ergebnisse zu erzielen.

Eine weitere Limitation war der technische Fehler, der dazu führte, dass eine gesamte Frage („Haben Sie schon über Verhütungsmittel in Form einer Pille für Männer gehört?“) bei den Frauen fehlte. Das Wissen von Frauen über diese Thematik wäre für die weitere Interpretation bzw. für die Ergebnisse von Interesse gewesen. Des Weiteren hatten die Studienteilnehmer/-innen die Möglichkeit Fragen zu überspringen, sodass nicht alle Frage von allen Studienteilnehmern/-innen beantwortet worden sind. Dies sollte in zukünftigen Projekten, in denen mit Fragebögen gearbeitet wird, vermieden werden, indem alle Fragen als verpflichtend markiert werden.

7 Literaturverzeichnis

Adelekan, A., Omoregie, P., & Edoni, E. (2014). Male Involvement in Family Planning: Challenges and Way

Forward. *International Journal of Population Research*, 2014, 1–9.

<https://doi.org/10.1155/2014/416457>

Agarwal, A., Panner Selvam, M. K., Sharma, R., Master, K., Sharma, A., Gupta, S., & Henkel, R. (2018).

Home sperm testing device versus laboratory sperm quality analyzer: Comparison of motile sperm concentration. *Fertility and Sterility*, 110(7), 1277–1284.

<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2018.08.049>

Amory, J. K., Muller, C. H., Shimshoni, J. A., Isoherranen, N., Paik, J., Moreb, J. S., Amory Sr, D. W., Evanoff,

R., Goldstein, A. S., & Griswold, M. D. (2011). Suppression of Spermatogenesis by

Bisdichloroacetyldiamines Is Mediated by Inhibition of Testicular Retinoic Acid Biosynthesis.

Journal of Andrology, 32(1), 111–119. <https://doi.org/10.2164/jandrol.110.010751>

Amouroux, M., Mieuxset, R., Desbriere, R., Opinel, P., Karsenty, G., Paci, M., Fernandes, S., Courbiere, B.,

& Perrin, J. (2018). Are men ready to use thermal male contraception? Acceptability in two

French populations: New fathers and new providers. *PLOS ONE*, 13(5), e0195824.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195824>

Anawalt, B. D., Roth, M. Y., Ceponis, J., Surampudi, V., Amory, J. K., Swerdloff, R. S., Liu, P. Y., Dart, C.,

Bremner, W. J., Sitruk-Ware, R., Kumar, N., Blithe, D. L., Page, S. T., & Wang, C. (2019). Combined

nestorone–testosterone gel suppresses serum gonadotropins to concentrations associated with effective hormonal contraception in men. *Andrology*, 7(6), 878–887.

<https://doi.org/10.1111/andr.12603>

Anderson, R. A., & Baird, D. T. (2002). Male Contraception. *Endocrine Reviews*, 23(6), 735–762.

<https://doi.org/10.1210/er.2002-0002>

Barot, S. (2013). *In Search of Breakthroughs: Renewing Support for Contraceptive Research and Development*. 16(1).

Brooks, M. (1998). Men's views on male hormonal contraception-a survey of the views of attenders at a fitness centre in Bristol, UK. *The British Journal of Family Planning*, 24(1), 7–17.

- Brown, S. (2015). 'They think it's all up to the girls': Gender, risk and responsibility for contraception. *Culture, Health & Sexuality*, 17(3), 312–325. <https://doi.org/10.1080/13691058.2014.950983>
- Buss, D. (2006). Strategies of Human Mating. *Psychological Topics*, 15.
- Buss, D. M. (1994). *The evolution of desire: Strategies of human mating*. New York: Basic Books.
- Campbell, N. A., & Reece, J. B. (2015). *Biologie*. Pearson Studium ein Imprint von Pearson Deutschland. <https://books.google.at/books?id=MMsfjgEACAAJ>
- Cao, J., Xu, W., Liu, Y., Zhang, B., Zhang, Y., Yu, T., Huang, T., Zou, Y., & Zhang, B. (2022). Trends in maternal age and the relationship between advanced age and adverse pregnancy outcomes: A population-based register study in Wuhan, China, 2010–2017. *Public Health*, 206, 8–14. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2022.02.015>
- Carré, J. M., & Moreau, B. J. P. (2014). Social neuroendocrinology: Functional role of testosterone dynamics. *New York: Linus Publications*.
- Clutton-Brock, T., & Vincent, A. (1991). Sexual Selection and the Potential Reproductive Rates of Males and Females. *Nature*, 351, 58–60. <https://doi.org/10.1038/351058a0>
- Collis, K., & Borgia, G. (1992). Age-Related Effects of Testosterone, Plumage, and Experience on Aggression and Social Dominance in Juvenile Male Satin Bowerbirds (*Ptilonorhynchus violaceus*). *The Auk*, 109(3), 422–434. <https://doi.org/10.1093/auk/109.3.422>
- Contraceptive efficacy of testosterone-induced azoospermia in normal men. (1990). *The Lancet*, 336(8721), 955–959. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(90\)92416-F](https://doi.org/10.1016/0140-6736(90)92416-F)
- Darwin, C. (1871). *The descent of man, and selection in relation to sex* (S. 1–456). John Murray. <https://doi.org/10.5962/bhl.title.110063>
- Die Presse, 15.02.2023. (2023, Februar 15). *Neue Fortschritte bei der Pille für den Mann*. Die Presse. <https://www.diepresse.com/6251740/neue-fortschritte-bei-der-pille-fuer-den-mann>
- Dismore, L., Van Wersch, A., & Swainston, K. (2016). Social constructions of the male contraception pill: When are we going to break the vicious circle? *Journal of Health Psychology*, 21(5), 788–797. <https://doi.org/10.1177/1359105314539528>

- Eberhardt, J., van Wersch, A., & Meikle, N. (2009). Attitudes towards the male contraceptive pill in men and women in casual and stable sexual relationships. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 35(3), 161–165. <https://doi.org/10.1783/147118909788707986>
- Felcher, C. (2019a, Januar 2). *Coitus interruptus: Was bedeutet er?* | *Focus Arztsuche*. <https://focus-arztsuche.de/magazin/verhuetungsmittel/coitus-interruptus-was-bedeutet-er>
- Felcher, C. (2019b, Januar 2). *Natürliche Verhütung: So sicher ist sie* | *Focus Arztsuche*. <https://focus-arztsuche.de/magazin/verhuetungsmittel/natuerliche-verhuetung-so-sicher-ist-sie>
- Felcher, C. (2019c, Januar 2). *Sterilisation der Frau (Tubensterilisation)* | *Focus Arztsuche*. <https://focus-arztsuche.de/magazin/verhuetungsmittel/sterilisation-der-frau-vor-und-nachteile-kosten>
- Fiala, C., & Parzer, E. (2019). *Österreichischer Verhütungsreport 2019* | *Österreichischer Verhütungsreport*. <http://www.verhuetungsreport.at/>
- Geary, D. C. (2006). *Sexual Selection and the Evolution of Human Sex Differences*.
- gesundheit.gv.at. (2019a, Mai 3). *Scheidenzäpfchen*. Gesundheitsportal. <https://www.gesundheit.gv.at/leben/sexualitaet/verhuetung/verhuetungsmittel-methoden/scheidenzaepfchen.html>
- gesundheit.gv.at. (2019b, Mai 3). *Vasektomie—Sterilisation des Mannes*. Gesundheitsportal. <https://www.gesundheit.gv.at/leben/sexualitaet/verhuetung/verhuetungsmittel/operative-verhuetungsmethoden/vasektomie.html>
- gesundheit.gv.at. (2023a, Mai 4). *Pearl Index*. Gesundheitsportal.
- gesundheit.gv.at. (2023b, Mai 4). *Tabelle der Verhütungsmethoden*. [Online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). <https://www.gesundheit.gv.at/leben/sexualitaet/verhuetung/verhuetungsmittel.html>
- Gettler, L. T., McDade, T. W., Feranil, A. B., & Kuzawa, C. W. (2011). Longitudinal evidence that fatherhood decreases testosterone in human males. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108(39), 16194–16199. <https://doi.org/10.1073/pnas.1105403108>
- Glasier, A. F., Anakwe, R., Everington, D., Martin, C. W., Ho, P. C., & Anderson, R. A. (2000). *Would women trust their partners to use a male pill?* 4.

- Hardee, K., Croce-Galis, M., & Gay, J. (2017). Are men well served by family planning programs? *Reproductive Health*, 14(1), 14. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0278-5>
- Heinemann, K., Saad, F., Wiesemes, M., & Heinemann, L. A. J. (2005). Expectations Toward a Novel Male Fertility Control Method and Potential User Types: Results of a Multinational Survey†. *Journal of Andrology*, 26(2), 155–162. <https://doi.org/10.1002/j.1939-4640.2005.tb01077.x>
- Heinemann, K., Saad, F., Wiesemes, M., White, S., & Heinemann, L. (2005). Attitudes toward male fertility control: Results of a multinational survey on four continents. *Human Reproduction*, 20(2), 549–556. <https://doi.org/10.1093/humrep/deh574>
- Ilani, N., Roth, M. Y., Amory, J. K., Swerdloff, R. S., Dart, C., Page, S. T., Bremner, W. J., Sitruk-Ware, R., Kumar, N., Blithe, D. L., & Wang, C. (2012). A New Combination of Testosterone and Nestorone Transdermal Gels for Male Hormonal Contraception. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 97(10), 3476–3486. <https://doi.org/10.1210/jc.2012-1384>
- Jacobsohn, T., Nguyen, B. T., Brown, J. E., Thirumalai, A., Massone, M., Page, S. T., Wang, C., Kroopnick, J., & Blithe, D. L. (2022). Male contraception is coming: Who do men want to prescribe their birth control? *Contraception*, 115, 44–48. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2022.04.014>
- Kamran, I., Tasneem, Z., Parveen, T., & Niazi, R. (2015). *Family planning through the lens of men: Readiness, preferences, and challenges*. Population Council. <https://doi.org/10.31899/rh9.1050>
- Kelly, M., Inoue, K., Barratt, A., Bateson, D., Rutherford, A., & Richters, J. (2017). Performing (heterosexual) femininity: Female agency and role in sexual life and contraceptive use – a qualitative study in Australia. *Culture, Health & Sexuality*, 19(2), 240–255. <https://doi.org/10.1080/13691058.2016.1214872>
- Kühnert, B., & Nieschlag, E. (2004). Reproductive functions of the ageing male*. *Human Reproduction Update*, 10(4), 327–339. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmh030>
- Kura, S., Vince, J., & Crouch-Chivers, P. (2013). Male involvement in sexual and reproductive health in the Mendi district, Southern Highlands province of Papua New Guinea: A descriptive study. *Reproductive Health*, 10(1), 46. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-10-46>

- Magnus, M. C., Wilcox, A. J., Morken, N.-H., Weinberg, C. R., & Håberg, S. E. (2019). Role of maternal age and pregnancy history in risk of miscarriage: Prospective register based study. *BMJ*, *364*, l869. <https://doi.org/10.1136/bmj.l869>
- Marcell, A. V., Plowden, K., & Bowman, S. M. (2005). Exploring older adolescents' and young adults' attitudes regarding male hormonal contraception: Applications for clinical practice. *Human Reproduction*, *20*(11), 3078–3084. <https://doi.org/10.1093/humrep/dei168>
- Martin, C. W., Anderson, R. A., Cheng, L., Ho, P. C., van derSpuy, Z., Smith, K. B., Glasier, A. F., Everington, D., & Baird, D. T. (2000). Potential impact of hormonal male contraception: Cross-cultural implications for development of novel preparations. *Human Reproduction*, *15*(3), 637–645. <https://doi.org/10.1093/humrep/15.3.637>
- Matzuk, M. M., McKeown, M. R., Filippakopoulos, P., Li, Q., Ma, L., Agno, J. E., Lemieux, M. E., Picaud, S., Yu, R. N., Qi, J., Knapp, S., & Bradner, J. E. (2012). Small-Molecule Inhibition of BRDT for Male Contraception. *Cell*, *150*(4), 673–684. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2012.06.045>
- Oudshoorn, N. (2004). “Astronauts in the Sperm World”: The Renegotiation of Masculine Identities in Discourses on Male Contraceptives. *Men and Masculinities*, *6*(4), 349–367. <https://doi.org/10.1177/1097184X03260959>
- Pallinger, J. (2022, Juni 17). *Kommt bald die Pille für den Mann?* DER STANDARD. <https://www.derstandard.at/story/2000136597124/kommt-bald-die-pille-fuer-den-mann>
- Reynolds-Wright, J. J., & Anderson, R. A. (2019). Male contraception: Where are we going and where have we been? *BMJ Sexual & Reproductive Health*, *45*(4), 236–242. <https://doi.org/10.1136/bmj.srh-2019-200395>
- Ringheim, K. (1999). Reversing the downward trend in men's share of contraceptive use. *Reproductive Health Matters*, *7*(14), 83–96. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(99\)90009-5](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(99)90009-5)
- Rochebrochard, E. de L., & Thonneau, P. (2003). Paternal age ≥ 40 years: An important risk factor for infertility. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *189*(4), 901–905. [https://doi.org/10.1067/S0002-9378\(03\)00753-1](https://doi.org/10.1067/S0002-9378(03)00753-1)
- Rossier, C., Leridon, H., & Cocon, E. (1978). The Pill and the Condom, Substitution or Association ? *Population*, *59*(3), 387–414.

- Sadler, T. W., & Langman, J. (2012). *Langman's medical embryology* (12th ed). Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Sartorius, G. A., & Nieschlag, E. (2010). Paternal age and reproduction. *Human Reproduction Update*, 16(1), 65–79. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmp027>
- Science ORF. (2022, März 24). *Möglicher Durchbruch bei Pille für Mann*. science.ORF.at. <https://science.orf.at/stories/3212155/>
- Trivers, R. (1972). Parental Investment and Sexual Selection. In *Sexual Selection and the Descent of Man* (S. 378).
- Waites, G. M. H. (2003). Development of methods of male contraception: Impact of the World Health Organization Task Force. *Fertility and Sterility*, 80(1), 1–15. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(03\)00577-6](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(03)00577-6)
- Weston, G. C., Schlipalius, M. L., Bhuienneain, M. N., & Vollenhoven, B. J. (2002). Will Australian men use male hormonal contraception? A survey of a postpartum population. *Medical Journal of Australia*, 176(5), 208–210. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2002.tb04374.x>
- World Health Organisation Task Force On Methods For The Regulation Of Male Fertility. (1990). Contraceptive efficacy of testosterone-induced azoospermia in normal men. *The Lancet*, 336(8721), 955–959. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(90\)92416-F](https://doi.org/10.1016/0140-6736(90)92416-F)
- Zilioli, S., & Bird, B. M. (2017). Functional significance of men's testosterone reactivity to social stimuli. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 47, 1–18. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2017.06.002>

8 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Ausbildung der Studienteilnehmer/-innen.	26
Abbildung 2 Verwendete Verhütungsmittel der Studienteilnehmer/-innen.	28
Abbildung 3 Weibliches und männliches Interesse an der Pille für den Mann.....	30
Abbildung 4 Männliches und weibliches Interesse an der Pille für den Mann im Vergleich.	31
Abbildung 5 Weibliches und männliches Interesse innerhalb von zwei Kategorien im Vergleich.....	32
Abbildung 6 Männliches Interesse an der Pille für den Mann im Zusammenhang mit der Ausbildung.	34
Abbildung 7 Weibliches Interesse an der Pille für den Mann im Zusammenhang mit der Ausbildung.....	35
Abbildung 8 Weibliches Vertrauen in Männer beim Überlassen der Verhütung.	37
Abbildung 9 Gründe, weshalb das weibliche Vertrauen fehlte.	37



Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

In meiner Masterarbeit befasse ich mich mit dem Thema Empfängnisverhütung und habe hierzu einen Fragebogen erstellt. Mit Ihrer Teilnahme an dieser Studie unterstützen Sie nicht nur mich persönlich, sondern beteiligen sich auch an einer aktuellen wissenschaftlichen Studie.

Der Fragebogen umfasst 39 Fragen, die in **5 – 10 min** beantwortet werden können. Für den Erfolg dieser Studie ist es wichtig den gesamten Fragebogen **vollständig und ehrlich** zu beantworten.

Alle Fragen werden **anonym erhoben**, sie können Ihrer Person nicht zugeordnet werden und werden **streng vertraulich** behandelt.

Ich danke Ihnen für Ihre Teilnahme und Ihre Zeit!

Seite 02

1. Geben Sie Ihr Alter (in Jahren) an:

(Alter in Jahren)

2. Geben Sie Ihr Geschlecht an:

Weiblich

Männlich

Divers

3. Wie würden Sie Ihre sexuelle Orientierung bezeichnen?

Heterosexuell

Homosexuell

Andere

**4. Was ist Ihr höchster
Ausbildungsabschluss?**

Pflichtschule

Lehre/ berufsbildende mittlere Schule

Matura

Universität/Fachhochschule

**5. Welche Studienrichtung/en haben Sie
abgeschlossen?**

Mehrere Antworten möglich.

Naturwissenschaften

Geisteswissenschaften

Sozialwissenschaften

Medizin/Gesundheitswesen

Rechtswissenschaften

Andere

**6. Welcher Religionsgemeinschaft sind
Sie zugehörig?**

Christentum

Islam

Judentum

Andere

Keiner Religionsgemeinschaft.

7. Wie religiös empfinden Sie sich selbst?

Gar
nicht
religiös.

Sehr
religiös.

8. Sehen Sie sich als Österreicher/In oder würden Sie sich eher mit einem anderen Land identifizieren (unabhängig von dem Geburtsort)?

Ja, ich identifiziere mich mit Österreich.

Ja, ich identifiziere mich mit Österreich, aber auch mit

Nein, ich identifiziere mich mit

9. Wie ist Ihr Beziehungsstatus?

Single

In einer Beziehung

Verheiratet

In eingetragener Lebenspartnerschaft

10. Wechseln Sie regelmäßig Ihre/n Sexualpartner/In?

Ja

Nein

Ich hatte noch nie eine/n Sexualpartner/In.

11. Haben Sie Kinder?

Nein.

Ja. Anzahl:

12. Möchten Sie in Zukunft (weitere) Kinder haben?

Ja. Wunschanzahl:

Nein.

Vielleicht, ich bin mir noch unsicher.

13. Wurden Sie als Kind oder Jugendliche/r über Sexualität aufgeklärt?

Ja.

Nein.

14. Mit wem hatten Sie dieses Aufklärungsgespräch?

Mehrere Antworten möglich.

Familie

Schule

Freunde

Partner/In

Arzt

Andere

15. In welchem Alter (in Jahren) hatten Sie Ihr Aufklärungsgespräch?

16. Welche Themen wurden besprochen?

Mehrere Antworten möglich.

Biologische Grundlage des Sexualaktes

Biologische Grundlage der Schwangerschaft und Geburt

Verhütung

Pubertät bei Jugendlichen

Geschlechtskrankheiten

Sexuelle Orientierung

Partnerschaft und Liebe

Andere

17. Empfinden Sie rückblickend Ihr Aufklärungsgespräch als ausreichend?

Ja.

Nein.

18. Welche Quellen haben Sie außer dem Aufklärungsgespräch genutzt?

Mehrere Antworten möglich.

Internet

Bücher

Filme/Serien

Durch die eigene Erfahrung.

Andere

Seite 12

19. Hätten Sie gerne ein Aufklärungsgespräch gehabt?

Ja.

Nein.

20. Wie sind Sie zu Ihrem Wissen ohne einem Aufklärungsgespräch gekommen?

Mehrere Antworten möglich.

Internet

Bücher

Filme/ Serien

Durch die eigene Erfahrung.

Andere

21. Was ist Ihre Einstellung zum Thema Verhütung?

Mehrere Antworten möglich.

Ist mir zu persönlich.

Ist mir unangenehm darüber zu sprechen.

Ist nicht angemessen und sollte man nicht öffentlich besprechen.

Neutral.

Aufgeschlossen, ist mir nicht unangenehm.

Aufgeschlossen, ich finde man sollte offener darüber reden können.

22. Verhüten Sie oder Ihr/e Sexualpartner/In?

Ja.

Nein.

23. Verwenden Sie oder Ihr/e Sexualpartner/In eines der angeführten Verhütungsmittel?

Mehrere Antworten möglich.

Kondom

Pille

Vasektomie

Kettchen/Spirale

Andere

24. Wie lange verhüten Sie schon mit diesem Verhütungsmittel?

Kürzer als 1 Jahr

1-5 Jahre

5-10 Jahre

Länger als 10 Jahre

25. Wieso haben Sie oder Ihr/e Sexualpartner/In sich für diese Verhütungsmethode entschieden?

Mehrere Antworten möglich.

Langfristige Lösung

Praktische Anwendung

Sichere Methode

Kosten

Andere

26. Wieso verhüten Sie nicht?

Mehrere Antworten möglich.

Ich bin gegen jegliche Verhütung.

Religiöse/kulturelle Gründe

Ich vertraue meinem/r Partner/In.

Kinderwunsch

Nebenwirkungen

Aus eigener Erfahrung war kein
Verhütungsmittel zu meiner
Zufriedenheit.

Andere

**27. Wer sollte Ihrer Meinung nach über
die Verhütung entscheiden?**

Der Mann

Die Frau

Abgesprochen zwischen beiden
Parteien.

**28. Haben Sie schon von einem
Verhütungsmittel in Form einer Pille für
Männer gehört?**

Ja.

Nein.

**29. Würden Sie Interesse haben eine
Pille zur Verhütung zu verwenden?**



Nein, gar nicht.	Nein, bin mir unsicher.	Ja, vielleicht.	Ja, sehr.
---------------------	-------------------------------	--------------------	-----------

30. Warum würden Sie eine Pille als Verhütungsmittel in Betracht ziehen?

Mehrere Antworten möglich.

Gleichberechtigung

Selbstschutz

Interesse

Verantwortung

Anderer Grund:

31. Warum würden Sie eine Pille als Verhütungsmittel nicht in Betracht ziehen?

Mehrere Antworten möglich.

Zufrieden mit bisheriger Verhütung

Nebenwirkungen

Verantwortung der Frau

Religiöse/ Kulturelle Gründe

Finanzielle Gründe

Geringes Wissen über die Thematik

Anderer Grund:

32. Haben Sie schon über Verhütungsmittel in Form einer Pille für Männer gehört?

Ja.

Nein.

33. Hätten Sie Interesse, dass Ihr Sexualpartner in Form einer Pille verhütet?



Nein, gar nicht.	Nein, bin mir unsicher.	Ja, vielleicht.	Ja, sehr.
------------------	-------------------------	-----------------	-----------

34. Warum würden Sie eine Pille für Ihren Sexualpartner als Verhütungsmittel in Betracht ziehen?

Mehrere Antworten möglich.

Abgabe der Verantwortung

Gleichberechtigung

Finanzielle Gründe

Andere:

35. Warum würden Sie eine Pille für Ihren Sexualpartner als Verhütungsmittel nicht in Betracht ziehen?

Mehrere Antworten möglich.

Kein Vertrauen

Kein Interesse

Religiöse/ Kulturelle Gründe

Andere:

36. Würden Sie Männern die Verhütung überlassen und Ihnen hierbei vertrauen?

Mehrere Antworten möglich.

Ja.

Ja, aber würde selbst zusätzlich verhüten.

Ja, abhängig von der Beziehung.

Nein.

37. Ich würde Männer nicht die Verantwortung überlassen, weil ...

Mehrere Antworten möglich.

Ich eine ungewollten Schwangerschaft vermeiden möchte.

Ich selbst die Kontrolle behalten möchte.

Mein Sexualpartner unzuverlässig ist.

Andere:

Liebe Teilnehmer/Innen, Sie haben den Fragebogen erfolgreich abgeschlossen. Hiermit bedanke ich mich bei Ihnen herzlichst. Ihre Daten werden streng vertraulich und anonym behandelt, sodass sie Ihrer Person nicht zugeordnet werden können. Für weitere Fragen oder ein Feedback, können Sie mich gerne unter meiner E-mail: a01630671@unet.univie.ac.at kontaktieren.

Ihre Antworten wurden gespeichert, Sie können das Browser-Fenster nun schließen.

Möchten Sie in Zukunft an interessanten und spannenden Online-Befragungen teilnehmen?

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie Ihre E-Mail-Adresse für das SoSci Panel anmelden und damit wissenschaftliche Forschungsprojekte unterstützen.

E-Mail:

Die Teilnahme am SoSci Panel ist freiwillig, unverbindlich und kann jederzeit widerrufen werden.

Das SoSci Panel speichert Ihre E-Mail-Adresse nicht ohne Ihr Einverständnis, sendet keine Werbung und gibt Ihre E-Mail-Adresse nicht an Dritte weiter.

Sie können das Browserfenster selbstverständlich auch schließen, ohne am SoSci Panel teilzunehmen.