



DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Das Thema Schwangerschaft im Biologieunterricht

Empirische Forschung über geschlechtsspezifische und schulstufenspezifische
Unterschiede im Wissen über Schwangerschaft und in der Einstellung zur Abtreibung in
Oberstufenklassen

Verfasserin

Sabine Putz

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat)

Wien, im Mai 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt

A 190 445 299

Studienrichtung lt. Studienblatt

Lehramtsstudium: Unterrichtsfach Biologie und Umweltkunde

Betreuerin

Ao. Univ.-Prof. MMag. Dr. Sylvia Kirchengast

Vorwort

Die Sexualerziehung in der Schule stellt für die meisten Lehrer eine große Herausforderung dar. Das Thema „Schwangerschaft“ und so auch die Verhütung einer ungewollten Schwangerschaft werden für die Schülerinnen und Schüler mit zunehmendem Alter und so insbesondere in der Oberstufe immer wichtiger. Die Aufgabe der Lehrkräfte ist es den Jugendlichen auf diesem Gebiet ein breites Spektrum an Informationen zu bieten. Wobei die Sexualerziehung laut Lehrplan des Biologieunterrichts der Oberstufe nur in der 10. Schulstufe vorgesehen ist.

Um eine ungewollte Schwangerschaft und so auch eine Abtreibung zu vermeiden, ist ein grundlegendes Wissen über den weiblichen Zyklus, die Verhütung und die Schwangerschaft unerlässlich.

Die vorliegende Diplomarbeit soll aufzeigen, auf welchem Wissensstand die Schülerinnen und Schüler in der 9. Schulstufe stehen. Für die Lehrkräfte ist es gut zu wissen, worauf sie in der 10. Schulstufe aufbauen können und wie sich das Wissen nach der Sexualerziehung bis zum Ende der Oberstufe weiterentwickelt. Außerdem sollen Geschlechtsunterschiede und Zusammenhänge mit vorhandenen sexuellen Erfahrungen festgestellt und die persönliche Einstellung zur Abtreibung aufgezeigt werden.

Für mich als zukünftige Lehrerin und auch für andere Lehrkräfte sind die Ergebnisse dieser empirischen Forschung von großer Bedeutung. So kann aufgezeigt werden, auf welchen Gebieten der Unterricht noch einer Verbesserung bedarf, ebenso kann auf mögliche geschlechtsspezifische Unterschiede besser eingegangen werden.

*Eine gute Sexualerziehung kann für das zukünftige Leben
echte Lebenshilfe bieten.*

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Sabine Putz, erkläre hiermit, dass ich diese Diplomarbeit eigenständig verfasst, keine anderen als die im Literaturverzeichnis angegebenen Quellen benützt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.

Außerdem versichere ich, dass ich diese Diplomarbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit abgegeben habe.

Sabine Putz

Danksagung

Zu allererst möchte ich mich bei Frau Ao. Univ.-Prof. MMag. Dr. Sylvia Kirchengast für die fachliche und organisatorische Unterstützung, die hilfreichen Ratschläge und die Betreuung während meiner Diplomarbeit bedanken.

Weiters danke ich den Direktoren Mag. Johann Gebetsberger aus dem ORG Vöcklabruck und Mmag Manfred Kienesberger aus dem BRG Schloss Wagrain, die mir die vorliegende Umfrage in ihren Schulen genehmigt haben.

Den Biologielehrerinnen des ORG, Frau Mag. Ulrike Ozlberger und Frau Mag. Maria Fuchsberger, sowie dem Biologielehrer des BRG Herrn Mag. Roman Auer danke ich herzlichst für ihre Kooperationsbereitschaft und die Möglichkeit, meine Umfrage während ihrer Unterrichtsstunden durchzuführen. Sie ermöglichten mir die reibungslose Erhebung der Daten.

Großer Dank gilt auch den Schülerinnen und Schülern, die mir durch das gewissenhafte Ausfüllen der Fragebögen eine gute Grundlage für diese Diplomarbeit gaben.

Ganz besonderer Dank gilt meinen Eltern für ihre Unterstützung. Ich bin sehr froh, dass sie mir dieses Studium ermöglichten und mir immer viel Geduld und Verständnis entgegenbrachten.

Außerdem danke ich auch meinen Geschwistern, Großeltern, Freunden und vor allem Christoph, der immer ein offenes Ohr für mich hatte.

INHALTSVERZEICHNIS

1	ZUSAMMENFASSUNG.....	8
2	ABSTRACT	9
3	EINLEITUNG.....	10
3.1	Sexualkunde im Biologieunterricht.....	10
3.1.1	Der Lehrplan	10
3.1.2	Der Sexualkundeunterricht.....	10
3.2	Der Schwangerschaftsabbruch.....	12
3.2.1	Geschichte der Abtreibung.....	12
3.2.2	Motive für eine Abtreibung.....	22
3.2.3	Indikationen.....	22
3.2.4	Abtreibungsmethoden	23
3.2.5	Pflanzliche Abortiva.....	27
3.3	Abtreibung heute	31
3.3.1	Gesetzeslage in Österreich	31
3.3.2	Methode.....	32
3.3.3	Psychologische Aspekte	35
3.3.4	Häufigkeit in Österreich	36
3.3.5	Häufigkeit in Deutschland.....	36
3.3.6	Relevanz von Abtreibung im Unterricht	40
4	FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN	41
4.1	Wissensstand	41
4.2	Persönliche Einstellung	42
5	MATERIAL UND METHODEN.....	43
5.1	Die Datenerhebung	43
5.1.1	Organisation und Bewilligung.....	43
5.1.2	Die Schulen	43
5.1.3	Elternbrief und Fragebogen.....	43
5.2	Die Probanden.....	44
5.3	Der Fragebogen.....	45
5.4	Statistische Auswertung	46

6	ERGEBNISSE.....	47
6.1	Beschreibung der Stichprobe.....	47
6.2	Sexuelle Erfahrungen der Stichprobe	48
6.3	Wissen bezüglich Sexualkunde	50
6.3.1	Eintrittsalter Geschlechtsreife	50
6.3.2	Fruchtbarkeit der Frau.....	51
6.3.3	Fruchtbarkeit des Mannes	52
6.3.4	Dauer des Menstruationszyklus.....	54
6.3.5	Fruchtbare Tage der Frau	55
6.3.6	Eisprung	57
6.3.7	Am Zyklus beteiligte Hormone	59
6.3.8	Schwangerschaftsdauer	60
6.3.9	Schwangerschaftshinweis.....	60
6.3.10	Verhütungsmethoden.....	64
6.3.11	Sicherheit der Verhütungsmethoden.....	68
6.3.12	Zuständigkeit für Verhütung.....	76
6.3.13	Pille-danach	78
6.3.14	Schwangerschaftsabbruch straffrei	83
6.3.15	Risiken nach einem Abbruch.....	85
6.3.16	Andere Möglichkeiten	86
6.4	Einstellung zu Schwangerschaft und Abtreibung	89
6.4.1	Kind in jetziger Lebenssituation behalten	89
6.4.2	Bei jeder ungewollten Schwangerschaft.....	90
6.4.3	Bei ungewollter Schwangerschaft vor dem 18. Geburtstag.....	93
6.4.4	Bei ungewollter Schwangerschaft vor dem 24. Geburtstag.....	94
6.4.5	Bei ungewollter Schwangerschaft vor der Matura	96
6.4.6	Bei ungewollter Schwangerschaft während weitere Ausbildungen.....	97
6.4.7	Bei Schwangerschaft eines ehemaligen Partners.....	99
6.4.8	Bei körperlicher Behinderung	101
6.4.9	Bei geistiger Behinderung	102
6.4.10	Im Falle einer Vergewaltigung	103
7	DISKUSSION	105
7.1	Merkmale der Stichprobe	105
7.2	Wissen bezüglich Schwangerschaft	105
7.2.1	Eintrittsalter Geschlechtsreife:	105
7.2.2	Der weibliche Zyklus	106
7.2.3	Schwangerschaft.....	108
7.2.4	Verhütung.....	110
7.2.5	Die Pille-danach	113
7.2.6	Schwangerschaftsabbruch	115
7.3	Persönliche Einstellung	116
7.3.1	Zuständigkeit für Verhütung	116
7.3.2	Das Kind behalten	117
7.3.3	Schwangerschaftsabbruch	117

8	SCHLUSSFOLGERUNG	121
8.1	Wissen	121
8.1.1	Weiblicher Zyklus	121
8.1.2	Schwangerschaft.....	122
8.1.3	Verhütung.....	122
8.1.4	Pille-danach.....	123
8.1.5	Schwangerschaftsabbruch	124
8.2	Persönliche Einstellung	124
8.2.1	Zuständigkeit Verhütung.....	124
8.2.2	Das Kind behalten	125
8.2.3	Schwangerschaftsabbruch	125
9	LITERATURVERZEICHNIS	127
10	ANHANG	132
10.1	Tabellenverzeichnis.....	132
10.2	Abbildungsverzeichnis.....	132
10.3	Der Fragebogen.....	136
10.4	Genehmigung.....	144
11	LEBENS LAUF	145

1 Zusammenfassung

Im Rahmen dieser Diplomarbeit wurde mit Hilfe eines eigens erstellten Fragebogens eine Umfrage zum Thema Schwangerschaft durchgeführt. Insgesamt waren 286 Probanden, 67,5% Mädchen und 32,5% Burschen, aus 12 Schulklassen der Oberstufe an der Befragung beteiligt. Untersucht wurde das Wissen über die Geschlechtsreife, den weiblichen Zyklus, Verhütung, Schwangerschaft und die persönliche Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch.

Bezüglich des weiblichen Zyklus zeigte sich, dass abgesehen von der Dauer sehr wenig Wissen vorhanden ist, wobei die Mädchen diesbezüglich deutlich besser informiert sind als die Burschen. Über die Dauer einer Schwangerschaft wissen die Probanden durchwegs Bescheid, wobei sie auch allfällige Hinweise auf eine Schwangerschaft mit hoher Sicherheit einschätzen können.

Die Pille, das Kondom und weitere Methoden mit hormoneller Wirkung sind dem Großteil der Probanden bekannt. Dies zeigt, dass den Probanden bereits eine Vielfalt an Verhütungsmöglichkeiten vertraut ist. Von der Pille-danach haben die meisten zwar gehört, ihre Wirkungsweise ist ihnen aber eher fremd.

Der Sexualkundeunterricht der 10. Schulstufe bewirkt nur selten einen deutlichen Anstieg des Wissens. Ist dies jedoch trotzdem der Fall, geht ein beträchtlicher Teil der erworbenen Kenntnisse im Laufe eines Jahres wieder verloren. Diese Ergebnisse zeigen, dass der Sexualkundeunterricht einiger Veränderungen bedarf, um die Informationen nachhaltiger und geschlechtsunabhängiger zu festigen.

Die meisten Probanden sind der Ansicht, dass beide Partner für die Verhütung zuständig sind. Die Einstellung zur Abtreibung ist sehr unterschiedlich und unabhängig von Geschlecht und Alter, da diese Frage von höchst persönlichen und moralischen Grundeinstellungen geprägt ist.

2 Abstract

For the purposes of this diploma thesis a questionnaire dealing with the topic of pregnancy had been created. In total 286 study participants took part in this survey, of whom 67,5 % were girls and 32,5 % boys. In the course of this survey their knowledge concerning sexual maturity, female cycle, contraception, and their personal opinion regarding abortion was tested.

Apart from the duration of the female cycle, the subjects only showed little knowledge concerning this topic, although it has been shown that the standard of knowledge of girls is significantly higher than that of boys. At the same time knowledge about the duration of pregnancies is prevalent with almost every subject. The subjects also showed satisfying knowledge concerning the certainty of various indicators of pregnancies.

It has also been shown that the majority of subjects were already familiar with a broad variety of contraceptives: Most subjects knew about contraceptive pills, condoms and further forms of hormonal contraception. Regarding the knowledge of the contraceptive pill it has to be remarked that although most of the subjects had already heard about it, only few of them really knew about its principle of operation.

Another result of the survey was the fact that sex ed in 10th form only seldom ensured a significant rise in knowledge. And in those cases of knowledge increase, a decrease could be observed within a year`s time. These results show that changes in the way of teaching sex ed have to be made to guarantee longer-lasting and gender-independent knowledge of sexuality.

Most subjects took the view that contraception is both partners` responsibility. The subjects` attitudes towards abortion are unequally distributed and not dependent on age or sex, because this decision seems to be depending on the personal and moral opinion of the subjects.

3 Einleitung

3.1 Sexualkunde im Biologieunterricht

Ein sehr wichtiges und unerlässliches Thema des Biologieunterrichts ist die Sexualkundeerziehung.

3.1.1 Der Lehrplan

Im Unterrichtsfach Biologie und Umweltkunde ist die Sexualerziehung im Lehrplan in der Unterstufe in der ersten und vierten, in der Oberstufe in der sechsten Klasse AHS vorgesehen. (vgl. Unger 2003)

Die vorliegende Forschung beschränkt sich auf das Thema Schwangerschaft im Biologieunterricht der Oberstufe.

3.1.2 Der Sexualkundeunterricht

Sexualerziehung soll nicht als punktuelles Ereignis, sondern als ganzheitlicher Prozess angesehen werden. Von Bedeutung wäre, dass dieser Prozess bereits in der frühen Kindheit beginnt und sich über mehrere Jahre erstreckt. Außerdem wäre von Vorteil, wenn die Sexualerziehung von den drei Säulen, den Eltern, der Schule und von außenstehenden Beratern wie zum Beispiel Ärzten, getragen wird.

Mit zunehmendem Alter der Jugendlichen wird die Bedeutung der Eltern als Informationsquelle immer geringer. In dieser Zeit soll nun die Schule diese Rolle übernehmen und die Aufklärung der Eltern erweitern. (vgl. Weidinger et al. 2004)

Valtl (1998) nennt als Ziele der Sexualpädagogik die sexuelle Selbstbestimmung, Partnerschaftlichkeit, Achtung vor der Würde der Person, Förderung des Zusammenlebens und Achtung vor dem Leben.

3.1.2.1 Grundsatzерlass

Der Erlass „Sexualerziehung in den Schulen“ vom 24. November 1970 beinhaltet genaue gesetzliche Richtlinien für die Sexualerziehung in Schulen. Dieser wurde 1990 überarbeitet und aktualisiert.

Die Aufgabe der Schule ist es nicht nur fachliche Informationen, sondern echte Lebenshilfe zu bieten. Die Sexualerziehung soll nicht wertfrei, sondern sachlich dargelegt und mit gegenseitiger Achtung diskutiert werden. Die Zusammenarbeit mit den Eltern ist

hierbei von großer Bedeutung, da es Aufgabe der Schule ist, vorhandenes Wissen zu ergänzen, zu vertiefen und gegebenenfalls zu berichtigen. Von Vorteil wäre, wenn der Themenbereich von unterschiedlichen Unterrichtsgegenständen (wenn möglich fächerübergreifend) aufgegriffen und der Unterricht bei Möglichkeit von außerschulischen Fachleuten unterstützt wird. (vgl. Erlass des Bundesministeriums für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten 1994)

3.1.2.2 Sexualität als Tabu?

Sexualerziehung ist nun schon seit 40 Jahren ein verbindlicher Teil des Bildungsauftrages der Schule. Dennoch gibt es auch heutzutage kaum ein anderes Thema, das zu unterrichten den Lehrerinnen und Lehrern so schwer fällt. (vgl. Valtl 1998)

„Der Enttabuisierungsprozeß hinsichtlich des Sprechens über Fragen und Probleme menschlicher Sexualität ist noch nicht abgeschlossen. Er wird es auch in absehbarer Zeit nicht sein.“ (Kluge 1998, S.9)

Die Sexualerziehung ist ein von vielen Lehrkräften gefürchtetes Thema, das in der Schule oft so schnell wie möglich abgehandelt wird. Jedoch wäre es für den Fortschritt des Enttabuisierungsprozess in der Gesellschaft von grundlegender Bedeutung, dass die Schülerinnen und Schüler bereits in der Schule lernen, offen mit diesem Thema umzugehen.

Eine besonders große Herausforderung für die Lehrkräfte ist das Thema Abtreibung, das in der Schule meist im Rahmen der Sexualerziehung besprochen wird. Der Schwangerschaftsabbruch ist ein sowohl in der Vergangenheit als auch in der Gegenwart heftig diskutiertes Thema, welches interdisziplinär den Fachbereich Biologie mit Religion und Philosophie verbindet. Der Unterricht sollte daher von den Lehrkräften nicht nur rein wissenschaftlich aufbereitet werden, sondern den Schülerinnen und Schülern zudem die Möglichkeiten bieten, ihre religiösen Gefühle zum Ausdruck zu bringen.

Da dieses heikle und emotionale Thema auf Grund der ethischen Problematik ebenso im Biologieunterricht (wenn möglich fächerübergreifend) aufgegriffen werden muss, wird im folgenden Kapitel noch näher auf den Schwangerschaftsabbruch eingegangen.

3.2 Der Schwangerschaftsabbruch

Dieses Kapitel liefert zuerst einen Überblick über die Geschichte der Abtreibung. Danach werden die unterschiedlichen Abtreibungsmethoden, insbesondere die pflanzlichen Abortiva näher betrachtet. Am Ende wird ein Bezug zur heutigen Gesetzeslage in Österreich und zur Häufigkeit der Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland hergestellt.

3.2.1 Geschichte der Abtreibung

Wann und wo zum ersten Mal künstliche Mittel zur Abtreibung verwendet wurden, ist nicht genau bekannt, da diesbezüglich Quellen erst ab dem Zeitalter der schriftlichen Aufzeichnungen zu finden sind.

Auf einem altägyptischen Papyrus aus der Zeit 1600 v.Chr. wurden bereits sowohl Kräutertränke auf der Grundlage von aromatischen Drogen als auch Scheideneinspritzungen erwähnt. (vgl. Jütte 1993)

3.2.1.1 Antike

Nach der griechischen und römischen Gesetzeslage hatte das Kind im Mutterleib keine menschlichen Rechte und war gleichsam wie ein Neugeborenes das Eigentum des Vaters. (vgl. Lewin 1925)

3.2.1.1.1 Griechenland

Die allgemeine Lebenserwartung war damals eher gering und falls die Kinder die ersten kritischen Lebensjahre überlebten, dann wurden sie kaum älter als 35 Jahre. Schätzungen zufolge brachte eine Ehe ungefähr vier Kinder hervor, wobei ein männlicher Erbe besonders wichtig war.

Nach den bevölkerungspolitischen Plänen von Platon und Aristoteles sollte der Staat weder zu klein noch zu groß sein. Aristoteles meinte dazu, dass eine frühe Abtreibung eine geeignete Möglichkeit sei, um eine gleichbleibende Bevölkerungszahl zu erzielen.

Das ungeborene Kind hatte noch kein Lebensrecht. Die entscheidende Frage war, wann bei einem ungeborenen Kind die Beseelung einsetzte. Nach Empedokles war der Fötus schon ein Lebewesen, das jedoch noch „odemlos“ sei. Die Seele tritt beim ersten Einatmen bei der Geburt aus dem Wind in den Körper des Kindes ein. Nach biblischer Auffassung erreichte die Seele den männlichen Embryo am vierzigsten, den weiblichen am achtzigsten

Tage nach der Empfängnis. Aristoteles war der Ansicht, dass der Körper aus dem Menstruationsblut und die Seele aus dem Samen entstehen. (vgl. Jütte 1993)

Im antiken Griechenland wurde der Schwangerschaftsabbruch eher von Hebammen als von Ärzten durchgeführt. Besonders für unverheiratete Frauen war die Abtreibung eine Möglichkeit den guten Ruf zu bewahren. Straffrei war eine Abtreibung für verheiratete Frauen nur, wenn sie auf Wunsch des Mannes durchgeführt wurde. (vgl. Göd 1999)

Die von Hippokrates empfohlenen Mittel ließen sich in drei Gruppen einteilen.

1. Innere Mittel: Dazu zählten starke Diuretika, Brechmittel und Abführmittel.
2. Mittel mit direktem Einfluss auf den Uterus: Dazu gehörten Pessare mit scharfen, reizenden Substanzen.
3. Mechanische Mittel: Das waren Methoden wie das Drücken des Leibes, Stöße, das Tragen schwerer Lasten und Erschütterungen des Körpers durch Springen.

Meist wurde eine Kombination aller drei Mittel empfohlen, die zuerst den Embryo schwächen, dann den Uterus öffnen und schlussendlich den Embryo vom Uterus trennen sollten. (vgl. Jütte 1993)

3.2.1.1.2 Rom

Die Politik in Rom hatte im Gegensatz zu Griechenland das Ziel, die Bevölkerung zu vermehren. Da die Kindersterblichkeit sehr hoch war, erhielten römische Eltern von mindestens drei Kindern viele Privilegien. Für die Unterschicht jedoch war eine Abtreibung oft die einzige Möglichkeit um die Gefährdung ihrer Existenz zu vermeiden. Für die Oberschicht war sie hilfreich um Ehre und gegebenenfalls Heiratschancen zu erhalten. (vgl. Jütte 1993) Neben der Abtreibung war bei den Römern auch das Aussetzen Neugeborener weit verbreitet. (vgl. Erbguth 1964)

Ebenso wie die Griechen sahen die Römer den Fötus nicht als vollwertiges Lebewesen, sondern als Teil des Körpers der Mutter da die Beseelung erst mit dem ersten Atemzug einsetzte. (vgl. Jütte 1993)

Forschungen haben ergeben, dass die Abtreibung zu dieser Zeit nicht bestraft wurde. Erst im 2. und 3. Jahrhundert nahmen die Abtreibungen stetig zu, sodass Kaiser Septimius Severus diesbezüglich Gesetze erließ. Eine Abtreibung war für ihn ein Vergehen der Frau gegen ihren Mann, der sie wegen der Zeugung von Nachkommen geheiratet habe und den

sie aber so um das Recht der Nachkommenschaft betrüge. Die Strafe beinhaltete Vermögenszug bis Verbannung. (vgl. Baumeister & Semts 1955, S.8)

Neuesten Forschungen zufolge waren in dieser Zeit bereits 200 Abortiva bekannt, die zu ungefähr 90% wirksam waren. (vgl. Jütte 1993) Bekannte Ärzte dieser Zeit waren Dioskurides, Soran und Galen, die einige Bücher über Verhütungs- und Abtreibungsmethoden veröffentlichten. (vgl. Göd 1999)

3.2.1.2 Mittelalter

Die Bewertung der Abtreibung erfolgte im Mittelalter unter dem starken Einfluss des Christentums. Ungewünschten Nachwuchs abzutreiben oder zu verhüten war das Privileg des „pater familias“, der über Leben und Tod der Nachkommen entschied.

Christen waren konsequente Gegner der Abtreibung, da auch Maria ein uneheliches Kind gebar und die Unehelichkeit seinerzeit das Hauptmotiv für einen Abbruch war. In einer Bibelübersetzung vom 3.Jh.v.Chr. heißt es:

„Raufen zwei Männer und würde dabei eine Schwangere so verletzt, dass ihr das noch ungeformte Kind abging, so muss der Täter dem Mann der Frau Schadensersatz in Geld leisten. Schien das Kind bereits als geformt, so soll die Talionsstrafe 'Auge um Auge, Zahn um Zahn' gelten.“ (Jütte, 1993, S.46)

Der ungeformte Embryo, der „nondum formatus“, war also noch kein Mensch im Vergleich zum geformten, der bereits phänotypisch menschlich gestaltet war. Das Abtreibungsverbot war also eine Fristenlösung, bei der Beseelung und Belebung bereits gleichgesetzt waren.

Der Kreatianismus vertrat die Ansicht, die Seele werde - egal zu welchem Zeitpunkt - von Gott erschaffen und eingeflößt. Der Generationismus meinte, die Seele entstehe im Augenblick der Zeugung durch die Eltern. Für Augustinus handelte es sich - egal ob vor oder nach der Beseelung - um einen schweren Verstoß gegen das Sakrament der Ehe, denn ihm waren geburtenkontrollierende Maßnahmen als Folge purer Fleischeslust zuwider.

Die Kirche war sich nämlich bezüglich der grundsätzlichen Einstellung zur Empfängnisverhütung und der Abtreibung relativ einig. Die Frage nach dem Zeitpunkt der Beseelung blieb offen.

Der Ehre kam damals eine hohe Bedeutung zu. Dies wurde sichtbar in den immensen Höhen der Bußgelder, die zur Wiederherstellung der Ehre zu bezahlen waren. Es wurden

Bußbücher verfasst, die einen Überblick über das Tarifbußsystem boten. Sie behandelten Themen wie Abtreibung und Verhütung als bußwürdige Sünden und übernahmen das Fristenmodell der Septuaginta, in der vierzig Tage als Zeitraum angegeben wurden. Ab dem vierzigsten Tag hatte die Abtreibende die gleiche Buße wie bei Totschlag zu leisten, jedoch von geringerer Dauer.

Bei männlichen Föten erfolgte die Beseelung ab dem vierzigsten, bei weiblichen ab dem achtzigsten Tag nach der Empfängnis. Im kanonischen Recht galt also eine geschlechtsspezifische Fristenlösung, die abhängig war vom Zeitpunkt der Beseelung und so klar darlegte ab wann eine Abtreibung einem Totschlag gleichkomme. (vgl. Jütte 1993)

Hinsichtlich des Strafausmaßes wurde zwischen einem Abbruch auf Grund von Existenzschwierigkeiten und einem mit dem Ziel der Verheimlichung eines Vergehens unterschieden.

Mit der Zeit wuchs die Akzentuierung der Schuldzumessungspunkte und es wurden Schuldminderungsgründe wie die Art des Vergehens, der Rang der Täterin, Armut, Charakter, Brauch und Reue angeführt.

Tatsache ist, dass sowohl Abtreibung als auch Verhütung als Methoden der Geburtenkontrolle allgemein bekannt und auch weit verbreitet waren. Die Rezepte waren hauptsächlich von magischer Natur, da die Erfolge sehr unsicher waren.

Der Arzt und Philosoph Avicenna nannte als Möglichkeiten einer Abtreibung häufig den Geschlechtsverkehr. Außerdem erwähnte er das Überfeuchten des Muttermunds, Bäder und körperliche Betätigungen wie Schläge, Sprungtechniken und das Sich-auf-den-Boden-Werfen.

Im Hochmittelalter wurde versucht die Beichtsummen zu vereinheitlichen. Thomas von Aquin bezog sich auf Aristoteles' Sukzessivbeseelung und auf die Fristenlösung (40/80). Für ihn war klar, dass das eigene Leben hoch über dem Leben Dritter stand und so das Leben einer Schwangeren den Vorrang vor dem des Fötus hatte.

Die Beseelung stellte die Grenze zwischen den unterschiedlichen Bewertungen des Abortus dar. Dennoch war der Termin nicht von großer Bedeutung, da die damalige Medizin weder den Reifegrad bestimmen noch eine Leibesfrucht von einer Fehlgeburt unterscheiden konnte. Das Ausmaß der Strafe wurde allein auf Grund der Aussage der Schwangeren festgelegt.

Ein exaktes Gesetz wurde erst 1572 verabschiedet, wonach die Todesstrafe ab dem Zeitpunkt drohte, da die ersten Kindsbewegungen spürbar waren, also ab der Schwangerschaftsmitte. (vgl. Jütte 1993)

3.2.1.3 Frühe Neuzeit

Diese Zeit war eine Phase des Umbruchs, in der das Individuum statt der Geistlichkeit in den Mittelpunkt des öffentlichen Interesses rückte. Die Kirche verlor an Macht und der Glaube wurde immer häufiger hinterfragt. Christoph Kolumbus entdeckte die Neue Welt, der Buchdruck, Kepler, Galilei und viele andere änderten das Weltbild. Soziale Unruhen wie zum Beispiel Bauernkriege belasteten die Länder und zahlreiche neue Gesetze wurden zur Bewältigung der neuen Weltsicht erlassen. Dadurch wurde auch das Delikt Abtreibung zu einem weltlichen Thema.

Die Constitutio Criminalis Carolina wurde 1532 von Kaiser Karl V. festgelegt, in der im Artikel 133 die Abtreibung behandelt wurde. Strafbar war demnach der Abbruch sowohl gegen den Willen der Schwangeren („Fremdabtreibung“) als auch die „Selbstabtreibung“.

Auf Grund der starken Pestepidemien wurden erste Medizingesetze festgesetzt. So erhielten fast alle Hebammen den Befehl, keine Beihilfe zur Abtreibung zu leisten, und in Apotheken wurde die Abgabe von abortiven Mitteln nur bei behördlicher Genehmigung oder ärztlicher Verschreibung erlaubt.

Trotz dieser Gesetze blühte der Handel mit Abtreibungsmitteln, wobei das effizienteste Abortivum dieser Zeit der Sadebaum war, der auf Grund der immergrünen Blätter ironischerweise auch als Lebensbaum bezeichnet wurde. Daher war der Handel mit Sadebaum bei Todesstrafe verboten. (vgl. Jütte 1993)

Um Unzucht vorzubeugen, wurde eine verstärkte Sozialkontrolle eingeführt. Wer im 16. Jahrhundert bei Unzucht ertappt wurde, musste mit harter Strafe rechnen. Zur Verstärkung der Kontrolle wurden zudem Belohnungen auf Hinweise in Aussicht gestellt. Da eine versteckte Abtreibung eine heimliche Schwangerschaft voraussetzte, wurden oft bereits geheime Schwangerschaften geahndet.

Im 16. Jahrhundert wurden neben Kräuterbüchern auch die ersten Hebammenbücher veröffentlicht, die Ratschläge zur Schwangerschaft und zur Versorgung von Neugeborenen enthielten. Um diese Bücher so weit wie möglich zu verbreiten, wurden sie häufig kostenlos ausgeteilt, wobei man Analphabeten empfahl, sich die Kapitel vorlesen zu lassen.

Aus der Zeit, in der außereheliche Sexualität und künstlicher Schwangerschaftsabbruch Tabuthemen waren, gibt es kaum Statistiken über Abtreibungen. Für Unverheiratete galt das strenge Gebot der Enthaltsamkeit und daher waren indirekte Methoden wie Tanzen, Springen oder Heben von schweren Gegenständen als Abbruch weit verbreitet. Eine ledige Mutter zerstörte mit einer Schwangerschaft ihre gesamten Lebensaussichten und musste mit großer öffentlicher Schande rechnen.

Vor allem Damen von höherem Rang dürften gewusst haben, an wen man sich bei einer unerwünschten Schwangerschaft wenden könnte. Abtreibungen wurden viel seltener gerichtlich ausgehandelt als Kindsmorddelikte. Da die vollkommene Tat letztendlich nicht ganz sicher nachweisbar war, wurden die Frauen meist wegen versuchter Abtreibung mit 14 Tagen Gefängnis, Geldbußen oder Stadtverweis bestraft. Waren Männer im Prozess verwickelt, so wurden diese gern zu Kriegsdiensten verpflichtet. Generell landeten Abtreibungen sehr selten vor Gericht und wenn, dann wurden sie sehr milde bestraft. Der Großteil der Abtreibungen blieb jedoch unentdeckt, da die Geheimhaltung der Schwangerschaft in den ersten Monaten sehr leicht möglich war.

Die Medizin war kaum in der Lage zwischen einer natürlichen und künstlichen Fehlgeburt zu unterscheiden und so fehlte für eine Verurteilung meist das Corpus delicti. (vgl. Jütte 1993)

3.2.1.4 Zeitalter der Aufklärung

Nicht mehr die Bestrafung allein, sondern die Verhinderung von Abtreibungen war das große Ziel. Es galt noch immer der von Karl V. verfasste Artikel 133, wonach, die Abtreibung einer lebendigen Frucht mit dem Tode bestraft werden soll. Der genaue Zeitpunkt der Lebendigkeit hatte sich mit der Zeit verändert und wurde im 18. Jahrhundert mit den ersten Kindsbewegungen definiert.

Artikel 131 sollte Kindsmord eigenständig und unabhängig von dem Delikt der Abtreibung angesehen und mit dem Tode bestraft werden. Kindsmord war das häufigste Tötungsdelikt im aufklärerischen Weltbild. Diese Tat wurde nicht als gegen Gott, sondern gegen den Staat gerichtet gesehen, da dem Staat dadurch Schaden entstand.

Im Laufe der Zeit dienten die Erkenntnisse der Gerichtsmedizin verstärkt als Grundlage ihrer Beweisfindung. Der Kindsmord wurde häufig als „verspätete Abtreibung“ bezeichnet, weil er oft einem außerehelichen Geschlechtsverkehr folgte. Da der Staat die Bürgerzahl

vermehren wollte, war jedes ermordete Kind ein enormer Verlust für den Staat. Das Kind entging dem Staat, aber auch die Frau, die infolgedessen zum Tode verurteilt wurde.

In der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts ging durch die staatliche Kontrolle die Ausbildung der Hebammen in die Hände der Mediziner über. Die Handgriffe von Hebammen sollten bei Geburten geregelt sein, da viele sehr unwissend und ungeschickt waren und so dem Staat Schaden zufügten.

Zur Ehe sollten nur diejenigen zugelassen werden, die der Verpflichtung der Zeugung nachkommen konnten, wobei zu großer Altersunterschied oder Hinweise auf Krankheiten bei beiden Geschlechtern hinderlich waren.

Die zweite Hälfte des 18. Jahrhunderts wird als „Wende zur sicheren Schwangerschaftsdiagnose“ bezeichnet. Es setzte sich immer mehr die Meinung durch, dass die abtreibende Frau nicht die Hure, sondern das Opfer oder die Verführte sei, da dem Mann die größeren Triebe zugesprochen wurden.

Die Motive für eine Abtreibung waren meist Angst vor Schande und Armut. Ein großes Ziel war die Erziehung der Kinder in diesem Bereich, indem Mädchen ab 14 Jahren über die Vorgänge bei Empfängnis und Geburt unterrichtet wurden. Das Miterleben einer Geburt verbunden mit Schmerzen sollte als Abschreckung unehelichen Geschlechtsverkehrs dienen.

Es wurden erstmals Entbindungs- und Findelhäuser eingerichtet, um Hebammen auszubilden, wo sie erste Erfahrungen bei der Geburt sammeln konnten. (vgl. Jütte 1993)

3.2.1.5 Das 19. Jahrhundert

Im 19. Jahrhundert war Vorbeugung ein wichtiges Thema, um so den Kindsmord zu verhindern. Einerseits stand an der Tagesordnung immer noch das Auspeitschen lediger Schwangerer, andererseits wurde den Junggesellen nahe gelegt, den Schritt in die Ehe zu wagen, um ledige Schwangerschaften zu vermeiden. In der Zeit der literarischen Bewegung „Sturm und Drang“ war es kaum möglich, sich dieses damals aktuelle Thema wegzudenken.

Neue wissenschaftliche Erkenntnisse prägten diese Zeit. Die Präformationslehre wurde durch die epigenetischen Theorien ersetzt und die Keimblatttheorie wurde durch eine künstliche Besamung am Hund bewiesen. Da mikroskopische Beobachtungen bereits vor dem 40. Schwangerschaftstag menschenähnliche Umrisse ergaben, kamen Wissenschaftler

zu dem Ergebnis, dass die Frucht von der Empfängnis an belebt sein müsse. Die vorher unbestimmte Zeitspanne einer Schwangerschaft wurde nun mit ungefähr 280 Tagen festgelegt. Es setzte sich immer mehr die Ansicht durch, dass der Fötus bereits mit dem 7. Monat lebensfähig sei. All diese Ergebnisse bewirkten eine Änderung der weltlichen Gesetzgebung.

Trotz der neuesten Erkenntnisse war im Volk die Meinung noch weit verbreitet, dass die Beseelung erst nach der Hälfte der Schwangerschaft einsetze.

Einerseits wurde die Abtreibung als schweres Verbrechen deklariert, andererseits wurde die große Anzahl unehelicher Kinder bedauert.

Ärzte lehnten entschieden alle Eingriffe zur Verkürzung eines Lebens ab. Die erste heftige Diskussion wurde über die Einleitung einer künstlichen Frühgeburt bei einem zu engen Becken einer Frau geführt. Die Würzburger Schule stellte als erste eine Liste an Indikationen (Erkrankungen) für einen legalen Schwangerschaftsabbruch auf.

Die Bestimmungen bezüglich der Abtreibung waren im §218 festgelegt und besagten, dass eine Mutter, die ihr Kind vorsätzlich abtreibt, mit 5 Jahren Zuchthaus bestraft werden solle. Nicht eindeutig klar war, ob Ärzten ein derartiger, medizinisch notwendiger Eingriff erlaubt sei. Bei absoluter Gebärfähigkeit oder akuter Lebensgefahr für die Mutter wurde den Ärzten Handlungsfreiheit gegeben.

Frauen empfanden eine Abtreibung am Beginn der Schwangerschaft kaum als etwas Unrechtes, da noch keine Kindsbewegungen spürbar waren. Frauen sozial höherer Stände ließen die Abtreibungen gern durch einen Arzt durchführen, während die einfache Bevölkerung meist entweder selbst abtrieb, oder es von Hebammen machen ließ.

Laut §218 hatte die Frau ethisch gesehen ein Recht auf ihren Körper, jedoch war die Fortpflanzung nicht als Privat- sondern als Gesellschaftsangelegenheit beschrieben. andererseits

Juristen befürworteten die Freigabe der Abtreibung innerhalb der ersten Schwangerschaftsmonate, wobei eine 3-Monatsgrenze als nicht sinnvoll erachtet wurde, da Frauen Zeit haben sollten, sich die Tat genau zu überlegen. (vgl. Jütte 1993)

3.2.1.6 Das 20. Jahrhundert - Teil 1

Während des Ersten Weltkriegs stieg die Frauenerwerbsbeteiligung an und sowohl der Feminismus als auch das 1918 eingeführte Frauenwahlrecht stellten einen drastischen

Umschwung dar. Um diesen entgegenzusteuern, wurde die Frau verstärkt als Mutter verherrlicht, der Muttertag als nationale Institution eingeführt, um so den Geburtenrückgang samt Abtreibung Einhalt zu gebieten.

Für viele Familien war eine effektive Verhütung auf Grund der Inflation und Versorgungskrise sehr wichtig, aber gerade ledige und ärmere Paare hatten meist Schwierigkeiten Verhütungsmittel zu finanzieren. Da 60% den sehr unsicheren Coitus interruptus wählten, war die Abtreibung eine selbstverständliche Alternative und ein letzter Versuch, eine ungewünschte Geburt zu verhindern. Anfang der 30er-Jahre kam auf fast jede Geburt eine Abtreibung.

Um eine Abtreibung durchführen zu lassen, gingen viele Frauen zu Ärzten, manche zu Engelmacherinnen und einige führten die Abtreibung selbst durch. Die Techniken der Engelmacherinnen unterschieden sich kaum von denen der selbstabtreibenden Frauen und sie verlangten aber zwischen 20 und 50 Mark.

Abtreibungen wurden meist instrumentell durch Erweiterung des Muttermundes mit folgender Curettage („Auskratzen“) - oft sogar ohne Betäubung - durchgeführt, um abschreckend zu wirken. Dabei blieben Plazentaresten in der Gebärmutter und verursachten Blutungen, Fieber und Infektionen. Weil es noch keine Antibiotika gab, führte dies häufig zu Blutvergiftungen, Unfruchtbarkeit und nicht selten zum Tod.

In den 20er-Jahren entstanden viele Verbände für Geburtenregelung, die Vortragsveranstaltungen organisierten und Beratungsstellen einrichteten. Das Reichsgericht erklärte 1927 eine Abtreibung im Falle einer medizinischen Notlage für zulässig.

Der Geburtenrückgang setzte in Deutschland bereits um 1900 ein und erreichte 1932 den Tiefstand von 1,6 Kindern pro Frau. Da die niedere Geburtenziffer den nationalen Wiederaufstieg behinderte, wurde eine Abtreibung als Pflichtverletzung betrachtet. Im Mittelpunkt stand nicht der Schutz des werdenden Lebens, sondern die Steigerung der Geburtenrate.

Ende der 20er-Jahre nahm auf Grund der wirtschaftlichen Situation die Zahl der Abtreibungen dramatisch zu und viele Dichter wie Bertolt Brecht nahmen sich dieses Themas an. Ende 1931 erreichte die SPD in Deutschland eine mildere Bestrafung der Abtreibung.

Als erstes Land der Welt legalisierte die Sowjetunion im Jahre 1917 den Schwangerschaftsabbruch. (vgl. Jütte 1993)

3.2.1.7 Das 20. Jahrhundert – Teil 2

Die Leibesfrucht war nach der aktuellen Auffassung nicht mehr Teil der Eingeweide, sondern galt als eigenständiges Rechtsgut. Außerdem war das ungeborene Geschöpf dem Leben und der Gesundheit der Mutter untergeordnet.

Das Erbgesundheitsgesetz vom 26. Juni 1935 bot den künstlichen Aborten eine gesetzliche Grundlage. Demnach war eine Abtreibung zulässig, wenn ein Arzt eine Gefahr für die Mutter feststellen konnte. Es ging nicht um den Schutz des Fötus, sondern um eugenische, rassische und bevölkerungspolitische Ziele, da diese Gesetze nur für deutsche Staatsangehörige galten.

Als in den Besatzungszonen massenhaft Vergewaltigungen durchgeführt wurden, hob man das Erbgesundheitsgesetz wieder auf, um in diesen Fällen Abtreibungen zu ermöglichen.

Abtreibung wurde unter medizinischer Indikation legal praktiziert, wobei die Indikation sehr unklar definiert war. Straflose Abtreibung durch einen Arzt musste durch eine Gutachterstelle genehmigt werden. Der medizinische Fortschritt bewirkte, dass es immer mehr Möglichkeiten gab, eine Schwangerschaft zu erhalten und gleichzeitig das gesundheitliche Risiko der Mutter zu verringern.

Es wurde erstmals versucht, die höhere Stellung der Mutter gegenüber dem Kind zu begründen, indem man auf die soziale Nutzfunktion der Mutter verwies. (Auf Grund dieser wurden damals auch behinderte Menschen als minderwertig betrachtet.)

In den 60er- und 70er-Jahren waren Nidationshemmer, die die Einnistung einer befruchteten Eizelle verhindern, weit verbreitet. Die Anwendung war juristisch problematisch, weil sie den nach §218 beschriebenen Tatbestand erfüllte. Man einigte sich auf die Formulierung, dass eine Abtreibung die Zerstörung der Verbindung zwischen Mutter und Eizelle sei. Daher erfüllten Nidationshemmer nicht den Tatbestand einer Abtreibung. (vgl. Jütte 1993)

Aus ethischen und medizinischen Gründen lehnte man die Abtreibung durch Ärzte ohne medizinische Indikation ab. Es wurde jedoch vermehrt beobachtet, dass Abtreibungen, die zwar medizinisch nicht vertretbar waren, auf Grund psychiatrischer Indikation (zum Beispiel Depression) durchgeführt wurde.

Der Alternativentwurf von 1970 enthielt eine Fristenregelung, wonach eine Abtreibung in den ersten drei Monaten nach der Empfängnis straffrei sein sollte. Bedingung war, dass sie von einem Arzt vorgenommen werden und die Schwangere vorher eine Beratungsstelle besucht hatte. Eine Minderheit war der Meinung, dass eine Abtreibung nur dann legal sein sollte, wenn die Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gesamten Lebensumstände nicht zumutbar wäre.

Emanzipationsgruppen forderten in Deutschland eine völlige Abschaffung des §218. So wurde nun die Abtreibung in den ersten drei Monaten als straffrei erklärt und die Fristenregelung von SPD und FDP durchgesetzt.

Die Fristenregelung wurde am 26. April 1974 im Bundestag mit einer Mehrheit von 247 gegen 233 Stimmen verabschiedet. (vgl. Jütte 1993)

3.2.2 Motive für eine Abtreibung

Als Motive der Vergangenheit als auch der Gegenwart können zusammenfassend folgende genannt werden:

- Wirtschaftliche Notlage.
- Furcht vor Schande auf Grund der unehelichen Schwangerschaft.
- Furcht vor Verlust der Attraktivität.
- Gefährdung der Gesundheit.
- Das bereits erreichte hohe Alter der Schwangeren oder des Erzeugers.
- Eine hohe Kinderzahl in der Familie.
- Furcht vor Verlust des Partners, da während der Schwangerschaft und Stillzeit der Geschlechtsverkehr untersagt war.
- Furcht vor Einschränkung des bisherigen sehr freizügigen Lebens.(vgl. Arndt 1984)

3.2.3 Indikationen

Während des Prozesses der Legalisierung der Abtreibung wurden immer mehr Beispiele gefunden, die einen Grund für eine legale Abtreibung darstellen sollten. Es galten – und gelten noch heute - einige Indikationen, bei deren Bestehen ein Abbruch straffrei bleiben sollte.

3.2.3.1 Medizinische Indikation

Ist das Leben der Mutter bedroht oder wird durch die Schwangerschaft eine bestehende Krankheit der Mutter verschlimmert, so besteht eine medizinische Indikation.

Früher zählten dazu Krankheiten wie Herzfehler, Lungentuberkulose oder Multiple Sklerose. Da es heutzutage schon viele Behandlungsmöglichkeiten gibt, trifft diesbezüglich die medizinische Indikation immer seltener zu.

Die psychiatrische Indikation ist der medizinischen untergeordnet und kommt erst dann zum Tragen, wenn bei der Mutter durch das Eintreten der Schwangerschaft Depressionen entstehen und sie in suizidale Zustände verfällt.

3.2.3.2 Notzuchts- oder Schändungsindikation

Diese bezieht sich auf Schwangerschaften, die als Folge einer Vergewaltigung hervorgingen.

3.2.3.3 Kindliche Indikation

Dazu zählen Schwangerschaften, die mit einer schweren Schädigung oder Lebensunfähigkeit des Kindes verbunden sind. Das ist zum Beispiel der Fall, wenn in den ersten Schwangerschaftsmonaten Röteln auftreten oder das Kind mit hoher Wahrscheinlichkeit an Mongolismus leiden wird.

3.2.3.4 Soziale Indikation

Ob eine soziale Indikation einen Schwangerschaftsabbruch rechtfertigt, ist heftig umstritten. Dennoch spielen wirtschaftliche Faktoren sowohl in der Vergangenheit als auch in der Zukunft eine wichtige Rolle bei der Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch. (vgl. Beckel 1972)

3.2.4 Abtreibungsmethoden

Die Verwendung von pflanzlichen und mineralischen Stoffen beschränkte sich in der Geschichte nicht nur auf die Heilung von Krankheiten. Ein wichtiger Anwendungsbereich war die Beeinflussung der Vorgänge im weiblichen Körper. (vgl. Göd 1999)

Schwangerschaftsunterbrechungen wurden auf unterschiedliche Art durchgeführt und die Zahl der bekannten Mittel und Methoden ist unermesslich. Allgemein können diese in äußerlich bzw. innerlich angewandte und intrauterine Eingriffe eingeteilt werden. Diese drei Möglichkeiten wurden unterschiedlich häufig praktiziert. Im Allgemeinen waren äußerlich angewandte Mittel eher untauglich, die innerlichen bedingt tauglich und die intrauterinen Eingriffe sehr effizient. (vgl. Fischer 1966)

3.2.4.1 Intrauterine Eingriffe

Als intrauterine Eingriffe werden Handlungen bezeichnet, die gezielt gegen den Uterus eingesetzt werden. Dazu wurden im Laufe der Geschichte allerlei Instrumente verwendet, die meist sehr effektiv waren, da direkte Eingriffe in die Gebärmutter immer wirksam sind.

Diese Methode wurde hauptsächlich durch Fremdabtreiber vorgenommen, weil es für Eigenabtreiber kaum derartige Möglichkeiten gab. Einzig der sogenannte Eihautstich wurde auch von Eigenabtreiberinnen durchgeführt. Dazu wurden oft Instrumente wie Stricknadeln, Fahrradspeichen, Holzstäbe und Fischbeinstäbe verwendet, wobei für diese Frauen zur Abtreibung jeder Gegenstand geeignet schien, der die Fruchtblase öffnete.

Der Erfolg war nicht immer gegeben, da sich eine kleine Öffnung von selbst wieder schließen konnte und das Fruchtwasser erst bei einem sehr großen Einstich abging. Dadurch wurde dem Fötus jede Lebensmöglichkeit genommen und er starb ab.

Als Eigenabtreibungen wurden außerdem Mutterduschen (Scheideneinspritzungen) mit Alaun, Lysol Kaliumpermanganat oder anderen Mitteln durchgeführt. Die Flüssigkeit reizte die Gebärmutter und löste die Eiblaste von der Wand. (vgl. Fischer 1966)

3.2.4.1.1 Folgen

Diese Methoden brachten große Risiken mit sich: Durch das Einführen unsauberer Instrumente und Hände gelangten oft Keime in die Genitalien, was nicht selten zu Infektionskrankheiten wie Tetanus, bis hin zum Tod führte.

Zudem verursachten die benutzten Instrumente häufig Risswunden an der Portio vaginalis und Verletzungen der Cervixhöhle. Gelegentlich durchbohrten die Instrumente auch das Scheidengewölbe und drangen bis in die Bauchhöhle vor. Derartige Verletzungen führten zu Peritonitis, einer Entzündung des Bauchfells.

Ein großes Risiko der Mutterduschen war die Luftembolie. Die Einspritzungen in den Uterus erfolgten unter hohem Druck. Dabei konnte es passieren dass Luft in die Gefäße eindrang, die dann in das Herz und die Arterien gelangten und zum Tod führten. (vgl. Lewin 1925)

3.2.4.2 Magische Mittel

Früher vertrauten die Menschen auch auf magische Mittel, um eine Schwangerschaft zu beenden. Man setzte sich unter einen bestimmten Baum, aß oder trank gewisse verbotene Speisen oder trug ein bestimmtes Amulett. Die magischen Mittel beruhten sehr häufig auf

der Übertretung eines Gesetzes. Bei den Hopi-Indianern soll es sogar ein Mittel gegeben haben, das psychosomatisch wirkte, und so allein der Wunsch abzutreiben eine Abtreibung bewirkte. (vgl. Boltanski 2007)

3.2.4.3 Äußere Mittel

Die Schwangere versuchte mit Hilfe äußerlich anwendbarer Mittel einen Abgang des Fötus zu bewirken.

3.2.4.3.1 Körperliche Anstrengungen

Körperliche Anstrengungen wie Bergsteigen, Radfahren auf holprigen Straßen, Springen, Heben schwerer Lasten, Abschnüren aber auch das Massieren, Kneten und Drücken des eigenen Leibes sollten einen Abort verursachen. Versucht wurden ebenfalls heiße Fuß- oder Wannenbäder sowie Kalt-Warm-Duschen.

Die Schwangeren vermuteten, dass sich durch Erschütterungen und mechanische oder thermische Reize das an der Gebärmutterwand haftende Ei löst. Dies war jedoch ein Irrtum, da das Kind im Fruchtwasser in der Gebärmutter von Natur aus dermaßen geschützt ist, dass es durch solche Erlebnisse nicht gefährdet wird. Bei einer intakten und natürlich verlaufenden Schwangerschaft einer gesunden Frau führten diese Mittel also zu keinem Erfolg. Nur eine spezielle Massageform, die so genannte „Schwedische Massage“, die mit genug Ausdauer und Geschicklichkeit durchgeführt wurde, konnte zu einem Abbruch der Schwangerschaft führen.

Dennoch wurden diese Versuche am häufigsten unternommen, da die Durchführung einfach, unauffällig und billig war. Würden diese äußeren Mittel jedoch mit genügender Ausdauer betrieben werden, wäre es schon möglich gewesen, dadurch einen Abgang zu bewirken. (vgl. Fischer 1966)

Oft wurde auch vermutet, dass häufiger Geschlechtsverkehr das Austreiben des Fötus herbeiführen könnte. (vgl. Lewin 1925)

3.2.4.3.2 Röntgenstrahlen

Die Bestrahlung einer Frau im dritten Monat führte nach 25 Sitzungen mit je 5-10 Minuten zu einem spontanen Abort. Die Erfolgsrate dieser Methode wurde an Kaninchen getestet und bestätigt. (vgl. Lewin 1925)

3.2.4.3.3 Elektrischer Strom

Bereits im 18. Jahrhundert wurde vermutet, dass ein elektrischer Schlag eine Schädigung des Fötus bewirken kann. (vgl. Lewin 1925)

3.2.4.4 **Innerliche Mittel**

Innerlich angewandte Mittel wurden entweder oral eingenommen oder in die Scheide eingeführt. Sehr oft wurden innerliche mit äußeren Mitteln kombiniert, um die Erfolgsrate zu erhöhen.

In diesem Bereich ist eine sehr große Menge an Rezepten über Jahrhunderte hinweg überliefert worden. Die Mittel können in pflanzliche, tierische, mineralische und chemische unterteilt werden. Mit Ausnahme der chemischen konnten die meisten in der Natur, in Kräuterhandlungen oder Apotheken leicht gefunden werden. Es gab kaum eine Pflanze, die nicht den Ruf hatte, eine Abtreibung herbeizuführen. (vgl. Fischer 1966)

3.2.4.4.1 Tierische Mittel

Auch einigen Tieren wurde eine abtreibende Wirkung zugeschrieben. Spanische Fliegen, Tausendfüßler, Küchenschaben, Mehlwürmer und Rosenkäfer wurden getrocknet, pulverisiert und aufgenommen. (vgl. Fischer 1966) Die abortive Wirkung von Kantharidin, eine Substanz die in der spanischen Fliege und einigen Käferarten vorkommt, wurde schon von Hippokrates erwähnt. Dennoch sind nicht viele erfolgreiche Abbrüche bekannt. (vgl. Lewin 1925)

3.2.4.4.2 Chemische und mineralische Mittel

Sie wurden entweder flüssig oder fest als Scheidentampon angewendet und bewirkten durch ihre Reizwirkung Kontraktionen und infolgedessen eine Abstoßung des Fötus. Anilin, Arsen, Blausäure, Brom, Chinin, Jod, Kalium, Seife und viele mehr sind zum Teil lebensgefährliche Mittel, deren Anwendung immer ein Spiel mit dem Leben war. Durch Resorption seitens der Scheide gelangten diese Stoffe in die Blutbahn und konnten zum Tod der Schwangeren führen. (vgl. Fischer 1966)

3.2.4.4.3 Pflanzliche Mittel

Da es sehr viele Aufzeichnungen über die Anwendung pflanzlicher Abortiva gibt, wird auf diese speziellen Abtreibungsmittel noch näher eingegangen.

3.2.5 Pflanzliche Abortiva

Früher verwendeten Frauen oft bestimmte Kräuter, um eine verspätete bzw. verstopfte Periode einzuleiten. Es war meist nicht feststellbar, warum die Periode ausgeblieben war, und daher gab es einen fließenden Übergang von den Periode- zu den Abtreibungsmitteln. (vgl. Beckmann & Beckmann 1990)

Die meisten Mittel führten nur über schwerste Schädigungen des mütterlichen Körpers zu einem Abgang. Die Pflanzen wurden als Tee abgekocht, wobei einige sehr gefährlich waren und oft sogar zum Tod führten. Die giftigen Stoffe der Pflanzen gehen über den mütterlichen Blutkreislauf auf den Embryo über. Dennoch wurde die Frucht nur in Verbindung mit einer Vergiftung der Mutter abgetötet. (vgl. Fischer 1966)

3.2.5.1 Alkaloide

„Alkaloide sind natürliche stickstoffhaltige Verbindungen, die vor allem in Pflanzen auftreten. Der Name leitete sich davon ab, dass alle Alkaloide charakteristische basische (Alkali-ähnliche) Eigenschaften zeigen. (...) Viele Alkaloide sind von außerordentlich starker pharmakologischer Wirkung.“ (Vollhardt et al. 2000, S.1265)

Bei einjährigen Pflanzen sind die Alkaloide bis zur Blütezeit vor allem in den vegetativen Organen angereichert. Mit zunehmender Reife sind Alkaloide auch in Frucht oder Samen zu finden. (vgl. Beck 1992)

3.2.5.1.1 Mutterkorn

Als Mutterkorn wird der Pilz *Claviceps purpurea* bezeichnet. Dieser Pilz befällt vor allem Roggen (*Secale cereale*), aber auch andere Getreidearten wie Dinkel und Gerste. Der Name „Mutterkorn“ kommt aus dem lateinischen „mutare“ und soll „verändertes Korn“ bedeuten. (vgl. Steinbüchel & Oppermann-Sanio. 2003)

Während einer Epidemie im Jahres 1813 ernährten sich Frauen mit Brot, das durch Mutterkorn verunreinigt war. Wurden neben diesem Brot keine anderen Nahrungsmittel gegessen, erfolgte der Abort bereits nach 3 Tagen. Waren jedoch andere Nahrungsmittel genossen worden, erfolgte der Abort erst nach 8 bis 14 Tagen. (vgl. Lewin 1925)

Das Mutterkorn beinhaltet eine Mischung von Alkaloiden die Ergot-Alkaloide genannt werden. Da im Mittelalter der Roggen ein sehr wichtiges Getreide war, führte das

Mutterkorn in dieser Zeit oft zu Massenvergiftungen. (vgl. Steinbüchel & Oppermann-Sanio 2003)

Die Wirkung dieser Pflanze auf den Uterus ist schon seit Jahrhunderten bekannt. Aus der Pflanze können wasserunlösliche Peptidalkaloide sowie wasserlösliches Ergometrin isoliert werden. (vgl. Beck 1992)

Trotz der hohen Giftigkeit wurde Mutterkorn seit dem Mittelalter von Hebammen zum Einleiten einer Geburt benutzt. Kurz vor dem Geburtstermin war die Wirkung der Mutterkornalkaloide auf den Uterus am stärksten. Ergotamin verursachte Dauerkontraktionen, während Ergometrin eine weniger effiziente Wirkung hatte und daher vermehrt eingesetzt wurde. (vgl. Friedrich 2002) Außerdem wirkte das wasserlösliche Ergometrin schneller und war weniger toxisch als das wasserunlösliche Peptidalkaloid. (vgl. Beck 1992)

Der abortive Effekt von Mutterkorn wurde sehr oft an Tieren erfolgreich durchgeführt. In seinem Werk „Die Fruchtabtreibung durch Gifte und andere Mittel“ beschreibt L. Lewin (1925) diesbezüglich Beispiele von Hündinnen, Kaninchen und zahlreichen anderen Tieren.

3.2.5.1.2 Germer

Veratrum sp. kommt in Form von *Veratrum album* und *Veratrum nigrum*, vor.

Die Alkaloide wirkten auf die sensiblen Nervenenden und verursachten ein Jucken, Brennen und Niesreiz. Zudem wurden die Schleimhäute des Uterus gereizt, was zu einer Abtreibung führen konnte.

Die Esteralkaloide von *Veratrum* greifen die Zellmembran an und fördern dort den Natriumeinstrom und Kaliumausstrom. Dadurch wird die Kontraktion der quergestreiften Muskulatur verstärkt und verlängert. (vgl. Beck 1992)

3.2.5.2 **Glykoside**

„Glykoside (griech. *glykys* = süß), bezeichnet die Gruppe pflanzlicher Stoffe, die aus einer Zuckerart und einer anderen organischen Verbindung bestehen.“ (Wiesenauer & Kerckhoff 2005, S. 240)

„Ein Disaccharid entsteht durch Ausbildung einer Glykosidbindung zwischen zwei Monosacchariden. Eine Glykosidbindung wird zwischen der Hydroxylgruppe eines Halbacetals und einer zweiten OH-Gruppe (...) unter Wasserabspaltung geknüpft. Dabei entsteht ein Glykosid.“ (Kreutzig 2001, S. 152)

3.2.5.2.1 Safran

Die getrockneten Narben des *Crocus sativus* waren ein oft verwendetes Abortivmittel.

Die Hauptkomponente des ätherischen Öls der Pflanze ist das sehr wirksame Safranal. Es verursacht den charakteristischen Safrangeruch und entsteht bei der Trocknung. Safranal bewirkt bei einer erhöhten Dosis eine Reizung der Schleimhäute in Mund, Magen, Darm und Uterus und erregt Wehen. (vgl. Beck 1992)

Anhand von Tierversuchen wurde die Wehen erregende Wirkung bestätigt. (vgl. Lewin 1925)

3.2.5.3 **Ätherische Öle**

„Ätherische Öle stellen leicht flüchtige Stoffe dar, sie sind für den charakteristischen Geruch der verschiedensten Heilpflanzen verantwortlich.“ (Wiesenauer & Kerckhoff. 2005, S. 21)

Setzt der monatlich erwartete Zyklus aus, so gibt es dafür zwei unterschiedliche Erklärungen:

1. Der Zyklus ist verschoben. Ätherische Öle können den Zyklus wieder herbeiführen.
2. Die Vermutung einer Schwangerschaft wird bestätigt. Ätherische Öle können die Uterusschleimhaut reizen und eine innere Anwendung kann zu einer Abstoßung führen. (vgl. Beck 1992)

3.2.5.3.1 Petersilie

In der Antike wurde zwischen unserer heutigen Petersilie, *Apium montanum*, und dem *Apium saxatile* unterschieden. Bereits damals wurde sie als Periodemittel beschrieben und im 17. Jahrhundert gegen Unfruchtbarkeit eingesetzt. Bereits Hildegard von Bingen verwendete die Pflanze als Heilkraut. (vgl. Beckmann & Beckmann 1990)

Die Samen sind sehr giftig und bei erhöhter Dosierung treten Rauschzustände auf. Apiol ist der Hauptbestandteil des in der Petersilie vorkommenden ätherischen Öls.

Dieses ätherische Öl beträgt je nach Art 1-6% des Ölanteils und ist vor allem aus Phenylpropanen zusammengesetzt. Die Früchte werden in drei chemische Gruppen aufgeteilt und die drei wichtigsten Hauptkomponenten sind p-Apiol, Myristicin und 1-Allyl-2,3,4,5-tetramethoxybenzol.

- Myristicin-Gruppe: Sie enthält 49-77% Myristicin, 0-3% Apiol und 1-23% Allyltetramethoxybenzol.

- Apiol-Gruppe: Sie enthält 58-80% Apiol, 9-30% Myristicin und 0-6% Allyltetramethoxybenzol.
- Allyltetramethoxybenzol-Gruppe: Sie enthält 50-60% Allyltetramethoxybenzol, 26-37% Myristicin und Apiol in ganz geringen Mengen.

Von der Petersilie wurden die Früchte, das Kraut, die Wurzeln und das Fruchtöl verwendet.

Apiol und Myristicin sind in den Früchten und dem Öl der Früchte enthalten und wirken spasmolytisch und uteruserregend. Diese Erregung kann zu Kontraktionen der glatten Muskulatur von Blase, Darm und Uterus führen. Eine Überdosis von Apiol wirkt auf Grund einer Blutüberfüllung im kleinen Becken abortiv, wobei wässrige Auszüge aus den Früchten einen sehr geringen Öl-anteil aufweisen und so kein Risiko besteht.

Um einen Abgang der Frucht zu bewirken wurde entweder einmal 10g oder täglich 1g Öl der Apiol-Gruppe über 2 Wochen lang aufgenommen. (vgl. Friedrich 2002)

3.2.5.3.2 Sadebaum

Juniperus sabina L. ist das in der Geschichte am häufigsten verwendete Abtreibungsmittel. (vgl. Lewin 1925) Es kann als die „Königin“ der verbreiteten Abortiva in Österreich bezeichnet werden. Das ätherische Öl dieses Strauches befindet sich in den jungen Triebspitzen hoch konzentriert.

Tierversuche bestätigen die Reizwirkung des Sabinols auf die Schleimhäute und die Uteruserregung. In einem frühen Stadium der Schwangerschaft ist die benötigte Dosis, um eine Schwangerschaft abzubrechen, noch geringer als in einem späteren Stadium. (vgl. Beck 1992)

Es wird angenommen, dass bei zarten Frauen ein Aufguss von 50-70g der Sadebaumspitzen eine Abtreibung verursacht hat. (vgl. Lewin 1925)

3.2.5.3.3 Lebensbaum

Der Lebensbaum kommt in Form von zwei Arten vor: *Thuja occidentalis L* und *Thuja orientalis L*. Das wirkende ätherische Öl dieser Pflanze ist das Thujaöl, welches in Thujon und Fenchon zerlegt werden kann. Das Thujaöl ist in den Zweigspitzen hoch konzentriert und verursacht eine Reizung. (vgl. Lewin 1925)

Teeaufgüsse waren ein sehr weit verbreitetes Mittel zur Abtreibung. (vgl. Beck 1992)

3.2.5.3.4 Poleiminze

Wurde ein Aufguss von *Mentha pulegium* getrunken, sollte dies zu einer Abtreibung der Nachgeburt und der Leibesfrucht führen. Im 17. Jahrhundert wurde sie als Periodemittel verwendet, da sie die Menstruation fördern sollte. Die hohe Toxizität dieser Pflanze führte in der Geschichte zu einigen Todesfällen.

Das ätherische Öl der Poleiminze wird Pulegon genannt und kann sowohl bei Tier als auch bei Menschen schon in sehr geringen Mengen einen Abort bewirken. (vgl. Friedrich 2002)

3.3 Abtreibung heute

Derzeit ist das geschichtlich kontroverse Thema „Abtreibung“ gesetzlich mit der Fristenregelung festgelegt.

3.3.1 Gesetzeslage in Österreich

Der Schwangerschaftsabbruch ist in Österreich mit den §96, §97 und §98 StGB geregelt.

3.3.1.1 §96 StGB Schwangerschaftsabbruch

„(1) Wer mit Einwilligung der Schwangeren deren Schwangerschaft abbricht, ist mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr, begeht er die Tat gewerbsmäßig, mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren zu bestrafen.

(2) Ist der unmittelbare Täter kein Arzt, so ist er mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren, begeht er die Tat gewerbsmäßig oder hat sie den Tod der Schwangeren zur Folge, mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.

(3) Eine Frau, die den Abbruch ihrer Schwangerschaft selbst vornimmt oder durch einen anderen zulässt, ist mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr zu bestrafen.“

(Strafgesetzbuch (StGB) Österreich, Stand 1. März 2011)

3.3.1.2 §97 StGB Straflosigkeit des Schwangerschaftsabbruches

„(1) Die Tat ist nach § 96 nicht strafbar,

- 1. wenn der Schwangerschaftsabbruch innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn der Schwangerschaft nach vorhergehender ärztlicher Beratung von einem Arzt vorgenommen wird; oder*
- 2. wenn der Schwangerschaftsabbruch zur Abwendung einer nicht anders abwendbaren ernsten Gefahr für das Leben oder eines schweren Schadens für die körperliche oder seelische Gesundheit der Schwangeren erforderlich ist oder eine ernste Gefahr besteht, daß das Kind geistig oder körperlich schwer geschädigt sein*

werde, oder die Schwangere zur Zeit der Schwängerung unmündig gewesen ist und in allen diesen Fällen der Abbruch von einem Arzt vorgenommen wird; oder

- 3. wenn der Schwangerschaftsabbruch zur Rettung der Schwangeren aus einer unmittelbaren, nicht anders abwendbaren Lebensgefahr unter Umständen vorgenommen wird, unter denen ärztliche Hilfe nicht rechtzeitig zu erlangen ist.*

(2) Kein Arzt ist verpflichtet, einen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen oder an ihm mitzuwirken, es sei denn, daß der Abbruch ohne Aufschub notwendig ist, um die Schwangere aus einer unmittelbar drohenden, nicht anders abwendbaren Lebensgefahr zu retten. Dies gilt auch für die im Krankenpflegefachdienst, in medizinisch-technischen Diensten oder im Sanitätshilfsdienst tätigen Personen.

(3) Niemand darf wegen der Durchführung eines straflosen Schwangerschaftsabbruchs oder der Mitwirkung daran oder wegen der Weigerung, einen solchen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen oder daran mitzuwirken, in welcher Art immer benachteiligt werden.“

(Strafgesetzbuch (StGB) Österreich, Stand 1. März 2011)

3.3.1.3 §98 StGB Schwangerschaftsabbruch ohne Einwilligung

„(1) Wer ohne Einwilligung der Schwangeren deren Schwangerschaft abbricht, ist mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren, hat die Tat den Tod der Schwangeren zur Folge, mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.

(2) Der Täter ist nach Abs. 1 nicht zu bestrafen, wenn der Schwangerschaftsabbruch zur Rettung der Schwangeren aus einer unmittelbaren, nicht anders abwendbaren Lebensgefahr unter Umständen vorgenommen wird, unter denen die Einwilligung der Schwangeren nicht rechtzeitig zu erlangen ist.“

(Strafgesetzbuch (StGB) Österreich, Stand 1. März 2011)

3.3.2 Methode

Um einen Schwangerschaftsabbruch in Österreich durchführen zu lassen, haben Frauen die Wahl zwischen einem medikamentösen und einem chirurgischen Abbruch.

3.3.2.1 Medikamentös mit Mifegyne ®

Seit 1999 besteht in Österreich die Möglichkeit, eine Schwangerschaft mit der Abtreibungspille Mifegyne ® abubrechen die früher als RU-486 bezeichnet wurde und auf dem Wirkstoff Mifepriston basiert. (vgl. Simhofer 2005) Es ist ein in Frankreich entwickeltes Präparat, das einen medikamentösen Schwangerschaftsabbruch in den ersten

sieben Wochen ermöglicht. Dieses wird oral eingenommen und blockiert die Progesteronrezeptoren im Uterus, sodass die Wirkung des Progesterons gehemmt ist. (vgl. Campbell & Reece 2006) Dadurch wird veranlasst, dass die Entwicklung des Embryos gestoppt und die Gebärmutterschleimhaut abgestoßen wird.

In Kombination dazu wird noch das Hormon Prostaglandin verabreicht, das die Wehen fördert und so durch Kontraktionen in der Gebärmutter den Abstoßungsvorgang unterstützt. (vgl. Simhofer 2005)

Im Jahre 2000 wurden in Deutschland etwa 4100, also etwa 3% aller Abtreibungen, mit Mifegyne ® durchgeführt. (vgl. Campbell & Reece 2006)

3.3.2.2 Chirurgisch

Der chirurgische Schwangerschaftsabbruch erfolgt unter Lokalanästhesie des Muttermundes oder unter Vollnarkose. Bei der Vakuumaspiration wird ein Plastikröhrchen in die Gebärmutterhöhle eingeführt, wodurch der Fötus und die Gebärmutterschleimhaut abgesaugt werden. Am Ende wird mit Hilfe von Ultraschall die Gebärmutter überprüft, um das Verbleiben von Endometriumresten oder einer Schwangerschaft ausschließen zu können. (vgl. Fiala 2009)

Bei der Curettage wird mit einer scharfen oder stumpfen Kürette, die dem Abtragen von Gewebe dient, der Fötus entfernt und die Gebärmutterschleimhaut abgestrichen. Als Drittes besteht auch die Möglichkeit einer Kombination von Absaugung und Curettage, genannt Saugcurettage. (vgl. Spacek 2004)

Im Jahre 2000 entschieden sich in Deutschland 134.600 Frauen für einen chirurgischen Schwangerschaftsabbruch. (vgl. Campbell & Reece 2006)

3.3.2.3 Vergleich der Methoden

	Chirurgischer Abbruch	Medikamentöser Abbruch
Durchführung	Erfolgt durch einen erfahrenen Arzt, der die Verantwortung trägt.	Die Frau nimmt die Medikamente selbst und trägt viel Eigenverantwortung.
Verlauf	Der Abbruch erfolgt in wenigen Minuten.	Der Abbruch zieht sich über mehrere Tage. Erster Tag: Mifegyne Dritter Tag: Prostaglandin Danach erfolgt der häufig unbemerkte Abstoß.
Zusätzliche Medikation	Durch örtliche Betäubung oder Vollnarkose.	Eventuell sind Schmerzmittel nötig.
Blutung	Eher schwach	Meist stärker und länger als eine normale Regelblutung.
Komplikationen	Sehr selten treten Verletzungen der Gebärmutter, oder Infektionen auf.	Es wurden keine schweren Komplikationen beobachtet.
Nebenwirkungen	Eventuelle Übelkeit nach der Narkose.	Krampfartige Schmerzen, Übelkeit und Durchfall sind möglich.
Auswirkungen auf die Fruchtbarkeit	Auswirkungen auf die Fruchtbarkeit sind nur möglich, wenn Komplikationen auftreten.	Es wurden keine Komplikationen beobachtet.
Zeitraum der Zulassung	Ab der 6. bis zur 14. Woche	Ab einem positiven Schwangerschaftstest (hcG-Test) bis spätestens zur 7. Woche.
Vorteil	Durchführung erfolgt schnell und es treten kaum körperliche Beschwerden auf.	Dieser kann bereits sehr früh durchgeführt werden und es ist keine Narkose nötig.
Nachteil	Ist erst ab der 6. Woche möglich und die Frau gibt die Verantwortung an den Arzt ab. Meist ist eine Narkose nötig.	Etwas mehr Zeit wird benötigt, da sich die Behandlung über Tage zieht; Blutungen und Schmerzen können auftreten.

Tab.1: Vergleich der Abtreibungsmethoden (vgl. Fiala 2009)

3.3.3 Psychologische Aspekte

Abtreibungsgegner betonen insbesondere die möglichen psychischen Folgen des Schwangerschaftsabbruchs. (vgl. Rohrer-Werneck & Werneck 2000) Zu den psychologischen Folgen einer Abtreibung liegen viele Untersuchungen vor. Allgemein bekannt ist, dass Frauen trotz einer bewussten Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch häufig langfristige psychologische Probleme beim Verarbeiten der Erfahrungen haben.

Beim Abbruch auf Grund medizinischer Indikation wurde beobachtet, dass Frauen, die sich aktiv mit dem schmerzlichen Prozess auseinandersetzen, seltener Probleme bei dessen Bewältigung haben, als Frauen, die versuchen den Prozess zu verdrängen. Der Anblick des abortierten Kindes erleichtert die Verarbeitung. (vgl. Dudenhausen et al. 2003)

Dabei kann eine Seelsorge unterstützend wirken. Die traumatischen Störungen nach einer Abtreibung werden auch als Post Abortion Syndrom (PAS) bezeichnet. Symptome des PAS sind

- Verleugnung, Verdrängung und Vermeidung bei der Verarbeitung von Gefühlsreaktionen.
- Neuerliches Erleben der schmerzlichen Gefühle, die mit dem Trauma des Schwangerschaftsabbruchs zusammenhängen.
- Auffälligkeiten, die vor der Abtreibung nicht beobachtet wurden.

(vgl. Rohrer-Werneck & Werneck 2000)

Forschungen zufolge leiden 20% der Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch an kurzfristigen psychischen Beschwerden. Diese psychischen Beschwerden sind noch kein sicherer Hinweis auf langfristige Komplikationen, da sie oft Teil des Verarbeitungsprozesses sind. (vgl. Knopf et al. 1995)

Etwa 10% der Frauen leiden an langfristigen psychischen Komplikationen, zu denen sexuelle Dysfunktion, depressive Phasen, Schuldgefühle, psychosomatische Dekompensation oder sogar Suizid zählen. (vgl. Dudenhausen et al. 2003)

Dieter Bönitz (1979) schildert in seinem Werk „Zur Psychologie der Abtreibung“ diesbezüglich verschiedene Forschungen. Das dabei von Autoren am häufigsten genannte Problem ist das Schuldgefühl. Ein Teil der Frauen bereut den Verlust des Kindes, ein weiterer Teil bereut zwar, ist aber auch froh das Problem aus der Welt geschafft zu haben, und ein letzter Teil zeigt weder Schuldgefühle noch Reue. Bezüglich

der Schuldgefühle kann wiederum zwischen den bewusst erlebten und den verdrängten unterschieden werden. (vgl. Bönitz 1979)

Hinderlich bei der Verarbeitung einer Abtreibung sind fehlende Unterstützung und Begleitung durch den Partner. Außerdem sollen Frauen keine Angst haben, ihre Trauer zu zeigen und sich nicht für ihre Entscheidung schämen. (vgl. Knopf et al. 1995)

Abschließend ist zu sagen, dass es viele verschiedene Forschungen zu psychologischen Folgen einer Abtreibung gibt, welche – je nach Schwerpunktsbezug – unterschiedliche Ziele verfolgen. Da es sowohl Pro-Abtreibungs- als auch Kontra-Abtreibungs-Bücher gibt, die sehr widersprüchliche Häufigkeiten der psychischen Folgebeschwerden darlegen, ist es äußerst schwierig darüber genaue Angaben zu machen.

Tatsache ist, dass einige Frauen nach einem Abbruch psychische Beschwerden aufweisen. Es soll jedoch angemerkt werden, dass die Verfassung danach immer von der jeweiligen Persönlichkeit, von der Lebenssituation, den Umständen, in der die Abtreibung durchgeführt wurde, von der familiären Unterstützung und vom Umgang (eventuelle Therapie von anfänglichen psychischen Problemen.) abhängt.

3.3.4 Häufigkeit in Österreich

Über die Anzahl der in Österreich durchgeführten Abtreibungen gibt es keine zuverlässigen Daten, da ein Abbruch nicht meldepflichtig ist und die Krankenkassen dazu aus Kostengründen keine Daten sammeln. Vorliegende Schätzungen, die auf Statistiken über die Anwendung effektiver Verhütungsmethoden und den Erfahrungen in der gynäkologischen Praxis beruhen, besagen, dass 30.-40.000 Abbrüche pro Jahr realistisch erscheinen. Diese Zahl würde bedeuten, dass drei von vier Frauen einmal in ihrem Leben einen Abbruch durchführen lassen. (vgl. Fiala 2009)

3.3.5 Häufigkeit in Deutschland

In Deutschland werden seit einigen Jahren im Rahmen der „Gesundheitsberichtserstattung des Bundes“ Daten zu Abtreibungen gesammelt. Da es von Österreich keine aktuellen Daten gibt, wird nun etwas näher auf die Daten Deutschlands eingegangen.

Es ist jedoch wichtig anzumerken, dass in Deutschland eine andere Gesetzeslage herrscht und die Daten daher nicht hundertprozentig auf Österreich übertragen werden können.

3.3.5.1 Statistische Werte

Die in den folgenden Graphiken angegebenen Werte entstammen der deutschen “Gesundheitsberichtserstattung des Bundes”.

3.3.5.2 Häufigkeit der Abtreibungen

Die Häufigkeit ist in Deutschland seit dem Jahre 2000 von 134.609 bis zum Jahre 2010 auf 110.431 Schwangerschaftsabbrüche pro Jahr zurückgegangen. Einen großen Einfluss darauf hat die mittlerweile weit verbreitete Pille-danach.

Die vorliegende Graphik (Abb.1) veranschaulicht diesen Rückgang.

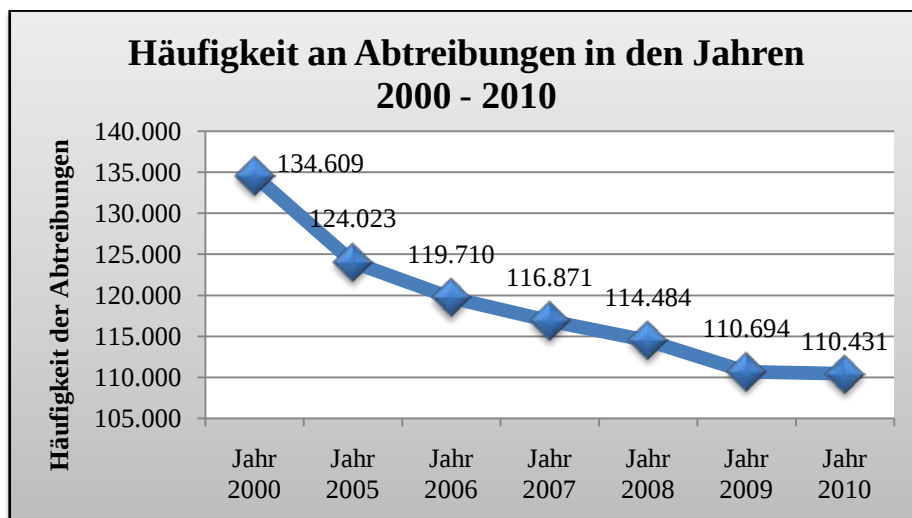


Abb.1: Häufigkeit an Abtreibungen in den Jahren 2000 – 2010.

3.3.5.3 Häufigkeit der Abtreibungsmethoden

Sowohl vor der Einführung von Mifegyne® im Jahre 1996 als auch im Jahre 2010 ist die mit Abstand am häufigsten angewandte Methode die Vakuumaspiration, auch Absaugung genannt. Im Jahr 2010 wurden insgesamt 79.432 Absaugungen durchgeführt.

Die Methode der Curretage, auch als Ausschabung bezeichnet, wurde sowohl im Jahre 1996 als auch im Jahre 2010 eher selten durchgeführt. Die Häufigkeit veränderte sich über diese Zeitspanne kaum und schwankte zwischen 11.000 – 15.000 Anwendungen pro Jahr.

Die Häufigkeit der Anwendung von Mifegyne® ist seit der Einführung im Jahr 1996 kontinuierlich am Steigen und übersteigt seit dem Jahre 2008 die Anzahl der Anwendungen der Curretage. Im Jahr 2010 wurden 16.074 Abtreibungen mit Mifegyne® durchgeführt.

Abbildung 2 vergleicht die Anzahl der Anwendungen der drei Schwangerschaftsabbruchmethoden Vakuumaspiration, Curettage und Mifegyne®.

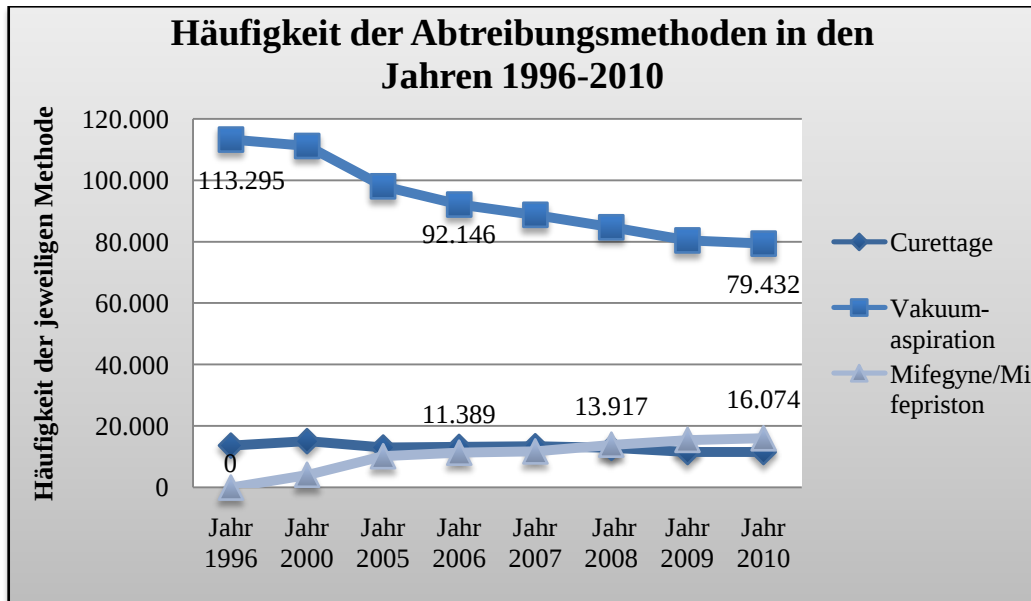


Abb.2.: Häufigkeit an Abtreibungen in den Jahren 1996 – 2010.
Differenziert nach der Abtreibungsmethode.

3.3.5.4 Häufigkeit der Abtreibungen in Abhängigkeit von den vorangegangenen Lebendgeburten

Die Anzahl der Abbrüche, abhängig von der Anzahl der vorangegangenen Lebendgeburten, ist in der Zeit von 1996 bis 2010 mit einigen wenigen Schwankungen eher gleich geblieben. Es gibt keine signifikanten Änderungen über diesen Zeitraum.

Im Jahr 2010 wurden mit 37,7% am häufigsten Abtreibungen von kinderlosen Müttern durchgeführt. 24,1 % der Abtreibungen wurden von Müttern mit einer vorangegangenen Lebendgeburt und 21,2% von Müttern mit zwei vorangegangenen Lebendgeburten durchgeführt.

Der Abbildung 3 ist zu entnehmen, dass mit der steigenden Anzahl an vorangegangenen Lebendgeburten die Anzahl an Abbrüchen sinkt.

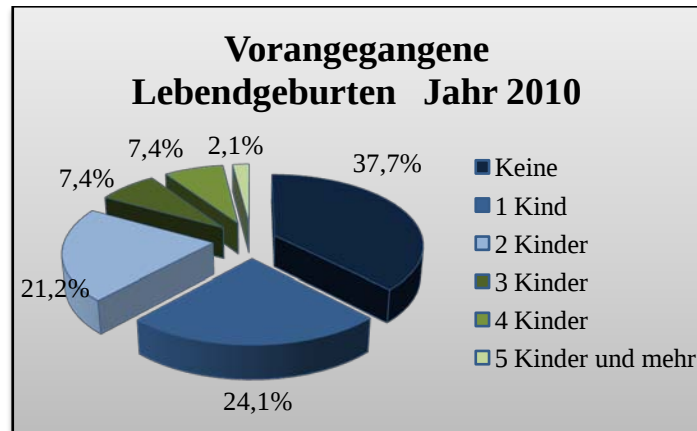


Abb.3: Häufigkeit in Abhängigkeit der vorangegangenen Lebendgeburten.
Jahr 2010

3.3.5.5 Häufigkeit der Abtreibungen in Abhängigkeit von der Altersgruppe

Die Anzahl der Abbrüche, abhängig von der Altersgruppe, ist in der Zeit von 1996 bis 2010 mit einigen wenigen Schwankungen eher gleich geblieben.

Im Jahr 2010 wurden am häufigsten Abbrüche von Frauen im Alter von 18 bis 25 Jahren durchgeführt (31,3%). Mit steigendem Alter nimmt die Anzahl der Abbrüche kontinuierlich ab und die Anzahl bei über 40-Jährigen ist mit 0,4% am geringsten. (Siehe Abbildung 4)

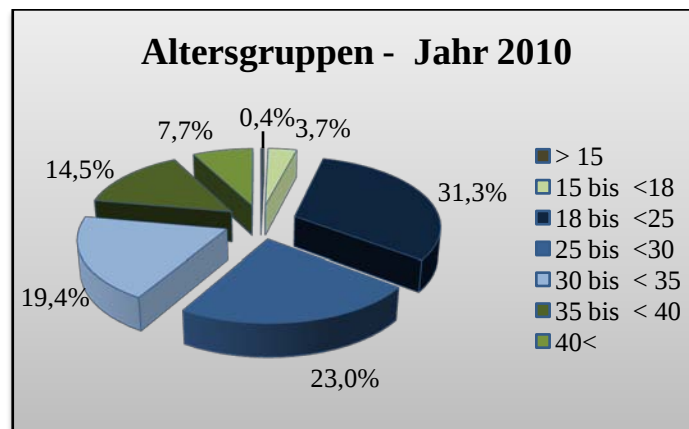


Abb.4: Häufigkeit in Abhängigkeit des Alters.
Jahr 2010

3.3.6 Relevanz von Abtreibung im Unterricht

Eines von vielen Zielen des Sexualkundeunterrichts ist das Vermeiden einer Abtreibung. Durch das Unterbinden einer ungewollten Schwangerschaft mit Hilfe ausreichenden Wissens bezüglich Fortpflanzung und Verhütung kann indirekt auch eine Abtreibung verhindert werden.

Daher ist für die Schülerinnen und Schüler ein zufriedenstellender Sexualkundeunterricht unerlässlich, um ihnen eine Fülle an Wissen für ihr gegenwärtiges, aber auch zukünftiges Leben mitgeben zu können.

Der Unterricht zum Thema Reproduktionsbiologie soll folglich lebensnah, informativ und nachhaltig aufbereitet sein.

Da die Sexualerziehung im Lehrplan in der Oberstufe für die 10. Schulstufe vorgesehen ist, stellt sich die Frage, wie effektiv der Unterricht tatsächlich ist. Wissen sowohl Schülerinnen als auch Schüler zum Beispiel über die fruchtbaren Tage Bescheid? Wie viel Wissen ist am Ende der Oberstufe tatsächlich noch vorhanden?

Den Lehrkräften soll bewusst sein, wie grundlegend und lebensnotwendig eine fundierte Sexualerziehung für ein gelungenes Leben ihrer Schüler ist. Daher wäre es wichtig, den eigenen Unterricht zu reflektieren, um feststellen zu können, ob Änderungen oder Ergänzungen vorzunehmen sind.

4 Fragestellungen und Hypothesen

Das Ziel dieser Untersuchung war die Erfassung des unterschiedlichen Wissens und der unterschiedlichen Einstellungen zu den Themen Geschlechtsreife, Fruchtbarkeit, weiblicher Zyklus, Schwangerschaft, Verhütung und Schwangerschaftsabbruch.

Es wurden der Wissenstand und die Einstellung der Schülerinnen und Schüler zum Sexualkundeunterricht geschlechtsspezifisch und schulstufenspezifisch analysiert und der Zusammenhang mit den vorhandenen Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr überprüft.

4.1 Wissensstand

Besteht ein Zusammenhang zwischen der erreichten Schulstufe der Schülerinnen und Schüler und dem vorhandenen Wissen?

1. Hypothese: Es besteht ein Zusammenhang zwischen der erreichten Schulstufe und dem Wissensstand.

Besteht ein Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und dem vorhandenen Wissen?

2. Hypothese: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und dem Wissensstand.
 - a. Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und dem vorhandenen Wissen über geschlechtsspezifische Fragen.
 - b. Es besteht kein Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und dem Wissen über geschlechtsneutrale Fragen.

Besteht ein Zusammenhang zwischen den sexuellen Erfahrungen der Schülerinnen und Schülern und dem vorhandenen Wissen?

3. Hypothese: Es besteht ein Zusammenhang zwischen den sexuellen Erfahrungen und dem Wissensstand.

4.2 Persönliche Einstellung

Besteht ein Zusammenhang zwischen der erreichten Schulstufe der Schülerinnen und Schüler und der persönlichen Einstellung?

1. Hypothese: Es besteht ein Zusammenhang zwischen der erreichten Schulstufe und der persönlichen Einstellung.

Besteht ein Zusammenhang zwischen dem Geschlecht der Schülerinnen und Schüler und der persönlichen Einstellung?

2. Hypothese: Es besteht kein Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und der persönlichen Einstellung.

5 Material und Methoden

5.1 Die Datenerhebung

Die Erhebung erfolgte von November 2010 bis Februar 2011 in den Oberstufenklassen des ORG und BRG Vöcklabruck.

5.1.1 Organisation und Bewilligung

Im November 2010 wurden der Fragebogen und der Elternbrief zusammengestellt. Damit wurde an mehreren Schulen in Oberösterreich um eine Genehmigung der Umfrage angesucht. Die Bewilligung erwies sich als sehr schwierig, da der große zeitliche und organisatorische Aufwand, den die Umfrage mit sich bringen würde, für die Direktoren eher abschreckend war.

Schließlich wurde die Umfrage von den Direktoren zweier Schulen genehmigt. So wurde im Dezember 2010 beim Landesschulrat in Oberösterreich um eine Genehmigung der Umfrage mittels Fragebogen unter Angabe der Schulen und des Elternbriefs angesucht. Die Genehmigung durch den Landesschulrat Oberösterreich erfolgte im Jänner 2011. Als Bedingungen wurden vom Landesschulrat die Freiwilligkeit der Teilnahme, die Information der Erziehungsberechtigten, die Einhaltung der Datenschutzbestimmungen und die Übermittlung eines Kurzberichts an den LSR genannt. (Die Genehmigung befindet sich im Anhang, S.144)

5.1.2 Die Schulen

Die Befragung wurde im Biologieunterricht einer öffentlichen und einer privaten allgemein bildenden höheren Schule (AHS) mit Hilfe von Fragebögen im Bezirk Vöcklabruck in Oberösterreich im Februar 2011 durchgeführt.

In den beiden Schulen, dem BRG Schloss Wagrain und dem ORG Vöcklabruck, wurden die Biologie-Lehrkräfte von den Direktoren für die weitere Organisation der Umfrage eingeteilt.

5.1.3 Elternbrief und Fragebogen

Nachdem die Umfrage durch den LSR genehmigt worden war, wurde der gesetzlich vorgeschriebene Elternbrief von den Lehrkräften ausgeteilt, von den Erziehungsberechtigten unterschrieben und schließlich wieder eingesammelt.

Da das Einsammeln der Elternbriefe von den Lehrkräften übernommen worden war, wurden bereits im Februar 2011 die Daten mit Hilfe der Fragebögen erhoben.

Bei der Befragung war es mir sehr wichtig persönlich anwesend zu sein, da so auf Fragen besser eingegangen werden konnte. Die Probanden wurden vor Beginn der Umfrage auf die Anonymität und Einzelarbeit hingewiesen. Es sollte den Schüler und Schülerinnen bewusst sein, dass bei jeder Frage die Möglichkeit besteht, die Kategorie „Ich weiß es nicht“ anzukreuzen. Dadurch wurden die Probanden um ehrliche Antworten gebeten und folglich eine aussagekräftige Statistik gewährleisten zu können.

Die Befragung dauerte zwischen 15 und 20 Minuten und der Rest der Unterrichtsstunde wurde von den Lehrkräften meist genutzt, um mögliche Fragen bezüglich dieses Themas abzuklären.

5.2 Die Probanden

Es wurden insgesamt 286 Schülerinnen und Schüler im Alter von 14 bis 20 Jahren befragt. Das Durchschnittsalter beträgt 16,15 Jahre mit einer Standardabweichung von 1,397

Von den Probanden waren 93 männlich und 193 weiblich. Der Anteil der Schülerinnen an der Stichprobe beträgt also 67,5%, der Anteil der Schüler beträgt 32,5% (siehe dazu Tabelle 2).

		Häufigkeit	%	Kumulierte %
Geschlecht	Männlich	93	32,5	32,5
	Weiblich	193	67,5	100
Gesamt		286	100	

Tab.2: Geschlechtsverteilung.(n=286)

Schülerinnen und Schüler der 9., 10., 11. und 12. Schulstufe AHS befragt. Pro Schulstufe wurden jeweils drei Klassen befragt, sodass die Häufigkeit der Probanden pro Jahrgang in etwa ausgeglichen war (siehe dazu Tabelle 3).

		Häufigkeit	%	Kumulierte %
Schulstufe	9	82	28,7	28,7
	10	68	23,8	52,4
	11	75	26,2	78,7
	12	61	21,3	100,0
Gesamt		286	100	

Tab.3: Schulstufenverteilung (n=286)

5.3 Der Fragebogen

Die Erhebung der Daten zum Thema Schwangerschaft erfolgte in Form eines anonymen Fragebogens, der speziell für diese Datenerhebung erstellt wurde. Der Fragebogen beinhaltete auf acht Seiten insgesamt 33 Fragen mit offenen, gebundenen, dichotomen und mehrkategorialen Antwortformaten. (vgl. Raab-Steiner & Benesch 2008)

Der Fragebogen war für alle Schulstufen und Geschlechter gleich konstituiert.

Das Thema Schwangerschaft wurde im Fragebogen in sechs Kategorien eingeteilt:

1. Angaben zur Person

Zuerst wurden persönliche Daten wie das Alter, das Geschlecht und die Schulstufe erhoben.

2. Geschlechtsreife & Fruchtbarkeit

Diese Kategorie beschäftigte sich mit dem Eintrittsalter in die Geschlechtsreife sowie der Dauer der Fruchtbarkeit von Frauen und Männern.

3. Weiblicher Zyklus

In dieser Kategorie wurde das Wissen über die Dauer des weiblichen Menstruationszyklus, die fruchtbaren Tage der Frau, den Eisprung und die am Zyklus beteiligten Hormone abgefragt.

4. Schwangerschaft

Dieser Teil beinhaltete Fragen zur Dauer einer Schwangerschaft, zur Einschätzung einiger Schwangerschaftshinweise sowie Fragen zur künstlichen Befruchtung.

5. Verhütung

Mit dieser Kategorie wurde das Wissen über Verhütungsmethoden, deren Sicherheit und über die Pille danach erhoben. Außerdem sollen die bisherigen sexuellen Erfahrungen und die Zuständigkeit für die Verhütung angegeben werden.

6. Schwangerschaftsabbruch

In diesem Abschnitt geht es um das Wissen über die Rechtslage in Österreich, die Risiken und die Methoden der Abtreibung. Außerdem sollte die persönliche Einstellung zur Abtreibung und das Vorgehen im Falle einer Schwangerschaft angegeben werden.

Der vollständige Fragebogen befindet sich im Anhang (S.136).

5.4 Statistische Auswertung

Die statistische Analyse des gesamten Datensatzes erfolgte mit Hilfe des Statistik-Programms SPSS 18.

Die Tabellen und Abbildungen wurden mit Hilfe der Programme Microsoft Office Word und Microsoft Office Excel erstellt und die angegebenen Prozentwerte wurden auf ganze Zahlen gerundet.

Zunächst wurden Häufigkeitstabellen und deskriptive Statistiken erstellt. Mit dem Student T-Test wurden Mittelwertsvergleiche und Standardabweichungen berechnet und Gruppenunterschiede hinsichtlich ihrer Signifikanz geprüft. Darüber hinaus wurden Kreuztabellen berechnet und Gruppenunterschiede mittels des Chi-Quadrat-Tests hinsichtlich ihrer Signifikanz getestet. (vgl. Raab-Steiner & Benesch 2008)

Die Signifikanzgrenze wurde auf 5% - Irrtumswahrscheinlichkeit festgelegt. Die Bedeutung und die Symbolisierung der Irrtumswahrscheinlichkeit wurden von Bühl (2008) übernommen und sind in Tabelle 4 dargestellt.

Irrtumswahrscheinlichkeit	Bedeutung	Symbolisierung
$P > 0,05$	nicht signifikant	ns
$P \leq 0,05$	signifikant	*
$P \leq 0,01$	sehr signifikant	**
$P \leq 0,001$	höchst signifikant	***

Tab.4: Irrtumswahrscheinlichkeit (vgl. Bühl 2008, S.121)

6 Ergebnisse

6.1 Beschreibung der Stichprobe

Von den 286 befragten Probanden waren 67% weiblich und 33% männlich. Infolgedessen waren mehr Schülerinnen als Schüler an der Befragung beteiligt (siehe Abb.5).

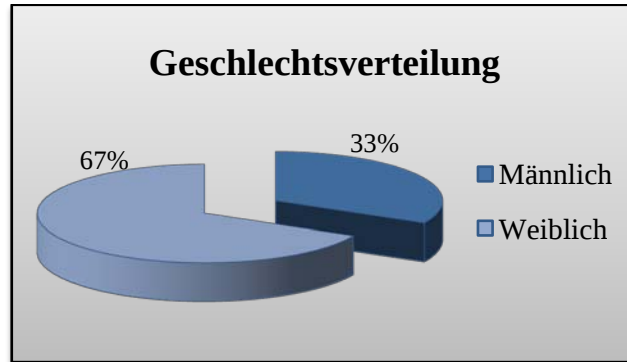


Abb.5: Geschlechtsverteilung.
Gesamte Stichprobe. (n=286)

In die Erhebung wurden Schülerinnen und Schüler der Oberstufe AHS der 9., 10., 11. und 12. Schulstufe einbezogen, wobei in jeder der Anteil weiblicher Testpersonen dominierte.

Die Anzahl der Befragten war in der 9. Schulstufe am höchsten, in der 12. Schulstufe am geringsten (siehe Abb.6).

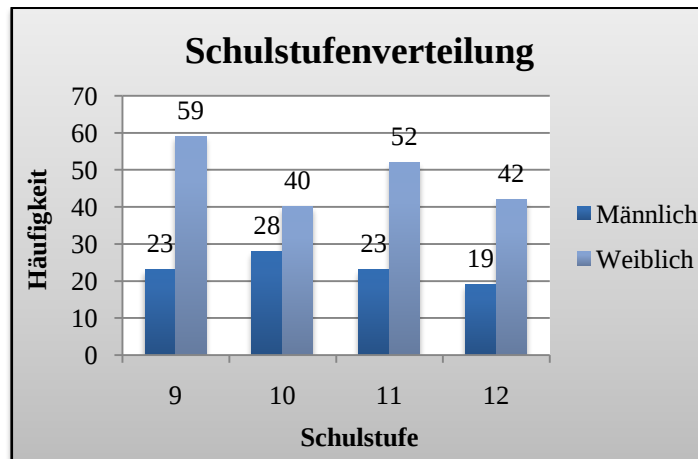


Abb.6: Schulstufenverteilung.
Differenziert nach Geschlecht. (n=286)

ie Probanden waren im Alter von 14 bis 20 Jahren ($\bar{x}=16,15$; $SD=1,39$). Das am häufigsten vertretene Alter war 15 Jahre mit einem Prozentsatz von 26% und darauf folgt das Alter von 17 Jahren mit 24%. Die Altersgruppe der 20-Jährigen war mit 0,3% verschwindend gering.

Abbildung 7 veranschaulicht die Altersverteilung der gesamten Stichprobe.

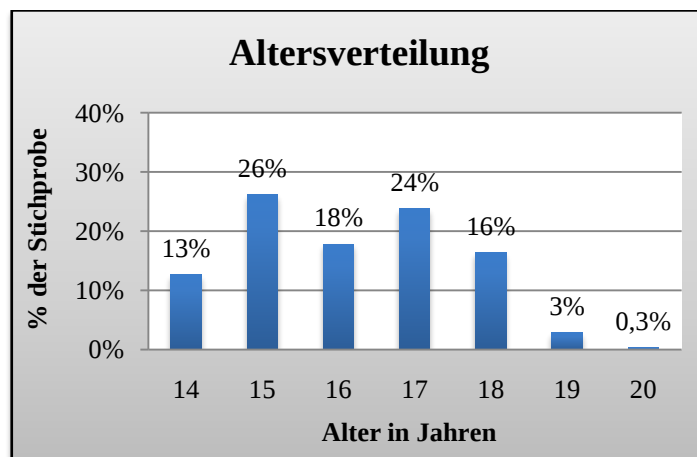


Abb.7: Altersverteilung.
Gesamte Stichprobe. (n=286)

Alles in allem wurde die Befragung in 12 Schulklassen in zwei Schulen durchgeführt. In Abbildung 8 sind die Häufigkeiten der Testpersonen der beiden Schulen dargestellt. Aus dem ORG Vöcklabruck wurden pro Jahrgang jeweils zwei Klassen (73%), aus dem BRG Vöcklabruck wurde jeweils eine Klasse (27%) zur Erhebung herangezogen.

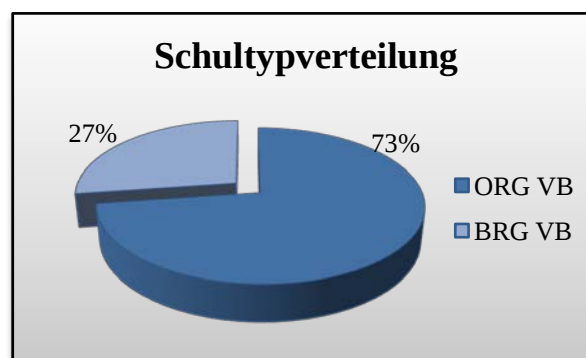


Abb.8: Schultypverteilung.
Gesamte Stichprobe. (n=286)

6.2 Sexuelle Erfahrungen der Stichprobe

Von 5 der 286 Testpersonen wurde bezüglich der Frage ob sie bereits Geschlechtsverkehr hatten, keine Angabe gemacht. Die 9. und 12. Schulstufe unterschieden sich hinsichtlich sexueller Erfahrungen höchst signifikant ($p=0,000$).

Mit steigender Schulstufe waren Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr immer zahlreicher vorhanden. Während in der 9. Schulstufe nur 18% aussagten Erfahrungen gemacht zu haben, waren es in der 12. Schulstufe bereits 61% (siehe Abb.9).

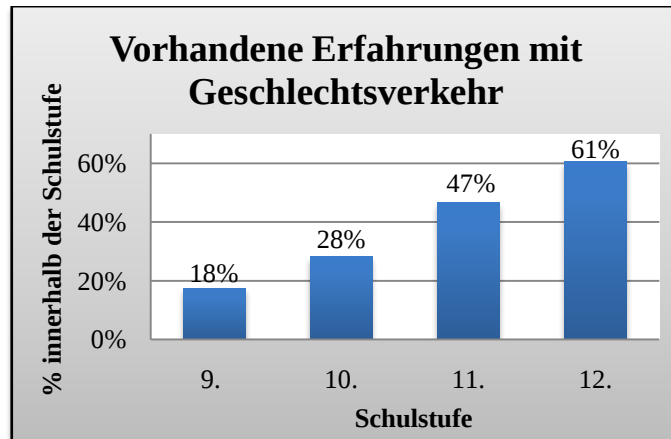


Abb.9: Vorhandene Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr.
Differenziert nach Schulstufe. (n=281)

Abbildung 10 zeigt, dass in der 9. und 10. Schulstufe etwa ebenso viele Burschen wie Mädchen bereits Geschlechtsverkehr hatten. Ab der 11. Schulstufe liegt der Anteil der weiblichen Probanden mit Erfahrungen (54%) bereits weit über jenem der männlichen (30%).

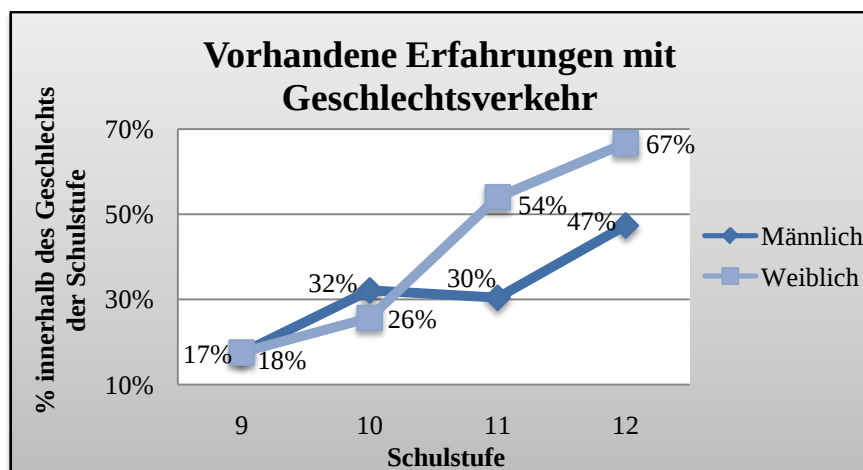


Abb.10: Vorhandene Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr.
Differenziert nach Geschlecht und Schulstufe. (n=281)

Es konnte in keiner Schulstufe ein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern bezüglich der Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr festgestellt werden. Tendenziell war erkennbar, dass der Anteil der Mädchen mit Erfahrungen in der 11. Schulstufe ($p=0,061$) und 12. Schulstufe ($p=0,153$) über den der Burschen liegt (siehe Abb.10).

Am Ende der Oberstufe, haben 47% der männlichen und 67 % der weiblichen Testpersonen Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr gesammelt.

6.3 Wissen bezüglich Sexualkunde

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Fragen beschrieben, die das vorhandene Wissen der Probanden überprüfen.

6.3.1 Eintrittsalter Geschlechtsreife

Bezüglich des Wissens wann die Geschlechtsreife eintritt, konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern nachgewiesen werden. Auch vorhandene sexuelle Erfahrungen hatten keinen bedeutsamen Einfluss auf diese Kenntnisse (siehe Tab.5).

Nur bezüglich des Wissens um die obere Grenze der weiblichen Geschlechtsreife konnte ein signifikanter Unterschied ($p=0,025$) zwischen den Geschlechtern festgestellt werden (siehe Tab.5).

		Untere Grenze - Männliche Geschlechts- reife	Untere Grenze - Weibliche Geschlechts- reife	Obere Grenze - Männliche Geschlechts- reife	Obere Grenze - Weibliche Geschlechts- reife
Männlich	Mittelwert	13,15	12,24	15,31	14,48
	Standardabweichung	1,476	1,422	1,787	1,701
Weiblich	Mittelwert	13,04	12,00	15,57	15,17
	Standardabweichung	1,509	1,229	1,629	1,332
Signifikanz	Signifikanz * Geschlecht	0,504 ns	0,080 ns	0,404 ns	0,025 *
	Signifikanz * Schulstufe	0,851 ns	0,587 ns	0,663 ns	0,097 ns
	Signifikanz * sexuelle Erfahrungen	0,306 ns	0,732 ns	0,462 ns	0,141 ns
Gesamt	Mittelwert	13,07	12,08	15,50	14,99
	Standardabweichung	1,497	1,294	1,670	1,463

Tab.5: Eintrittsalter in die Geschlechtsreife.

Da die Unterschiede im Wissen sowohl zwischen den Schulstufen als auch zwischen den Geschlechtern nicht signifikant waren, sind in der Graphik (Abb.11) die Mittelwerte der gesamten Stichprobe dargestellt.

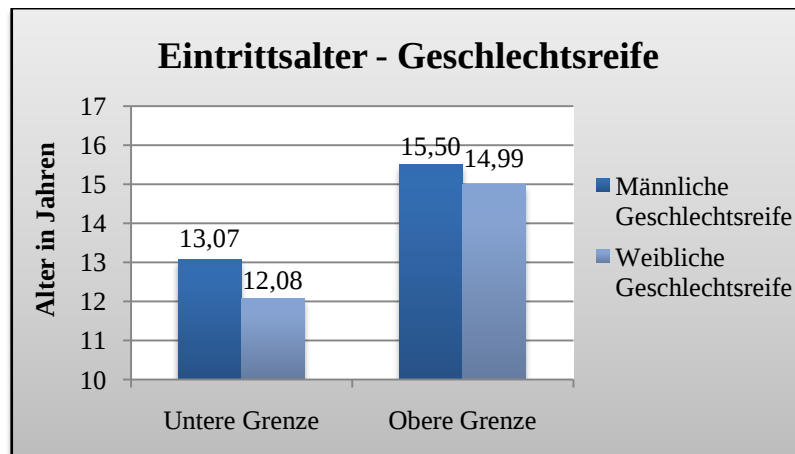


Abb.11: Eintrittsalter in die Geschlechtsreife.

Differenziert nach männlicher und weiblicher Geschlechtsreife und unterer und oberer Grenze. (n=280)

Das Diagramm (Abb.11) zeigt, dass der Eintritt in die männliche Geschlechtsreife im Durchschnitt auf den Altersbereich 13,07 – 15,50 Jahre, der Eintritt in die weibliche auf den Altersbereich 12,08-14,99 Jahre geschätzt wurde. Das Eintrittsalter der Burschen wurde also höher angesetzt.

6.3.2 Fruchtbarkeit der Frau

Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr hatten keinen signifikanten Einfluss auf das Wissen bezüglich der Dauer der Fruchtbarkeit der Frau ($p=0,173$). Im Gegensatz dazu konnte ein hoch signifikanter Unterschied ($p=0,000$) zwischen den Geschlechtern und ein signifikanter Unterschied ($p=0,004$) zwischen den Schulstufen im Wissen um die Dauer der Fruchtbarkeit der Frau nachgewiesen werden (siehe Abb.12).

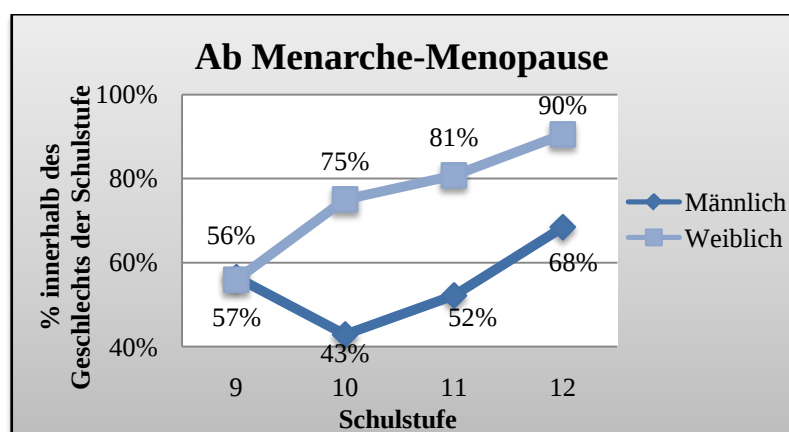


Abb.12: Häufigkeit „Ab der Menarche bis zur Menopause“.

Differenziert nach Schulstufe und Geschlecht. (n=193)

In der 9. Schulstufe wurde die Kategorie „Ab der Menarche bis zur Menopause“ bei beiden Geschlechtern in etwa gleich oft genannt (Mädchen 56%, Burschen 57%). Bei den

Mädchen stieg die Häufigkeit der Nennung bis zur 12. Schulstufe (90%) kontinuierlich an. Bei den Burschen hingegen sank sie von der 9. bis zur 10. Schulstufe etwas ab, und stieg bis zur 12. wieder auf 68% an.

Betrachtet man hinsichtlich dieser Kategorie die Geschlechter, so war nur in der 9. Schulstufe kein signifikanter Unterschied ($p=0,392$) erkennbar. Die Signifikanz war in der 10. Schulstufe am höchsten ($p=0,004$) und nahm zur 12. ($p=0,031$) stark ab.

Da die 12. Schulstufe das Ende der Oberstufe und somit auch den Abschluss des Biologie-Unterrichts darstellt, werden nun noch näher die Häufigkeiten dieser Schulstufe betrachtet. Die Abbildung 13 veranschaulicht die Häufigkeiten dieser Schulstufe.

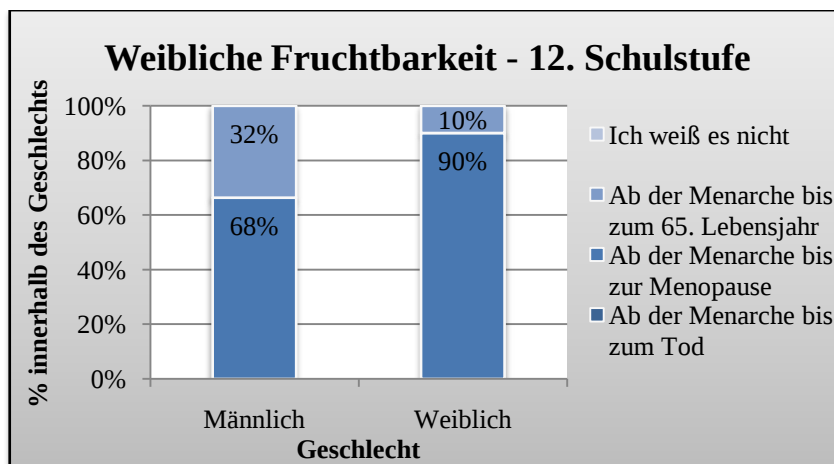


Abb.13: Weibliche Fruchtbarkeit - 12. Schulstufe.
Differenziert nach Geschlecht. (n=61)

Während in nur 68% der Burschen die Kategorie „Von der Menarche bis zur Menopause“ wählte, waren längst 90% der Mädchen dieser Meinung. Der Rest beider Geschlechter wählte die Kategorie „ Ab der Menarche bis zum 65. Lebensjahr“ (siehe Abb.13).

6.3.3 Fruchtbarkeit des Mannes

Eigene Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr hatten keinen signifikanten Einfluss auf das Wissen über die Fruchtbarkeit des Mannes ($p=0,248$). Diesbezüglich konnten hingegen sowohl zwischen den Geschlechtern ($p=0,016$), als auch zwischen den Schulstufen ($p=0,036$) keine signifikanten Unterschiede beobachtet werden.

In Abbildung 14 ist die geschlechtsspezifische Veränderung des Wissens über die Schulstufen dargestellt. In der 9. Schulstufe gaben ungefähr die Hälfte der Burschen sowie die Hälfte der Mädchen an, dass der Mann vom „Ersten Samenerguss bis zum

Tod“ fruchtbar sei. Die Häufigkeit der Kategorie „Ab dem ersten Samenerguss bis zum Tod“ nahm bei den Mädchen von der 9. Schulstufe (56%) zur 10. Schulstufe (48%) ab und stieg zur 11. Schulstufe (60%) wieder zu. Bei den Burschen ändert sich diese von der 9. (43%) bis zur 11. Schulstufe (39%) kaum.

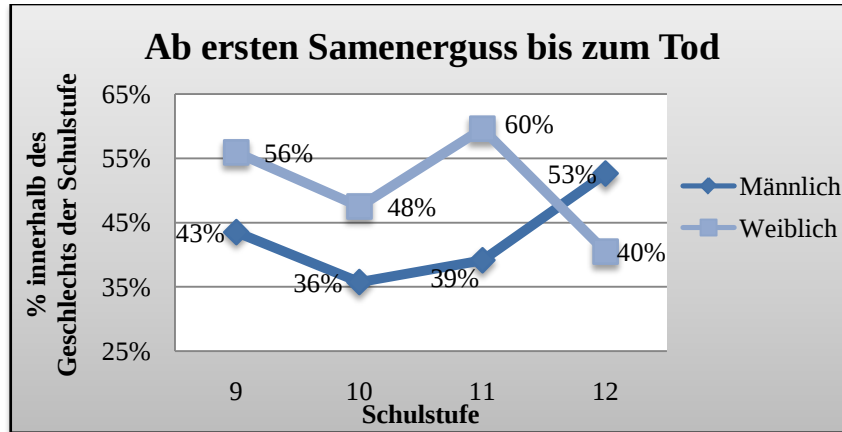


Abb.14: Häufigkeit „Ab dem ersten Samenerguss bis zum Tod“. Differenziert nach Schulstufe und Geschlecht. (n=139)

Ein signifikanter Geschlechtsunterschied konnte in der 9. Schulstufe ($p=0,030$) und in der 11. Schulstufe ($p=0,019$) festgestellt werden. In beiden Schulstufen lag die Häufigkeit einer richtigen Nennung bei den Mädchen signifikant über der Häufigkeit der Burschen.

Da die 12. Schulstufe das Ende der Oberstufe und somit auch den Abschluss des Biologie-Unterrichts darstellt, werden noch näher die Häufigkeiten dieser Schulstufe betrachtet.

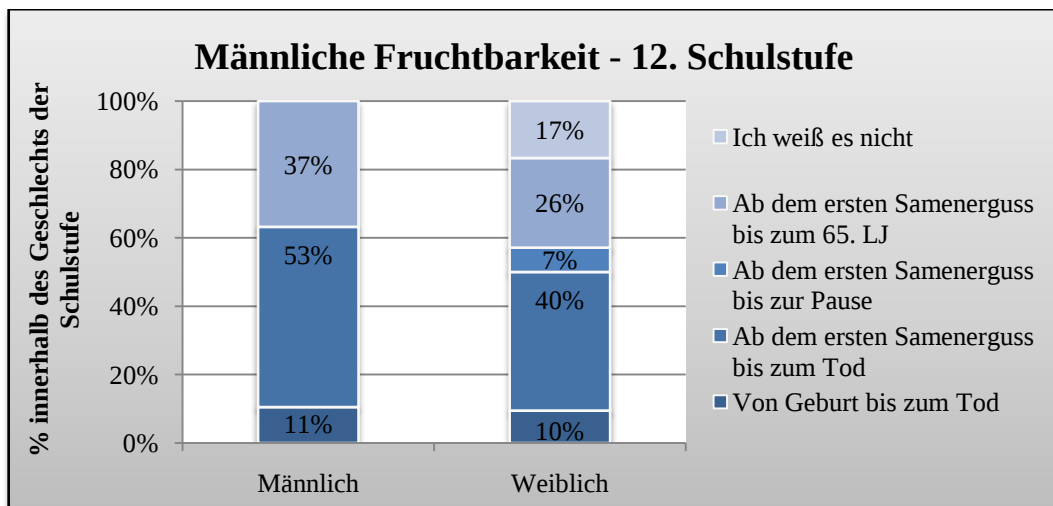


Abb.15: Männliche Fruchtbarkeit - 12. Schulstufe. Differenziert nach Geschlecht. (n=61)

In Abbildung 15 ist ersichtlich, dass in etwa die Hälfte der Burschen (53%) und nur 40% der Mädchen die Fruchtbarkeit des Mannes der Zeitspanne „Ab dem ersten Samenerguss

bis zum Tod“ zuordneten. Die Kategorie „Ab dem ersten Samenerguss bis zum 65. Lebensjahr“ wurde von 37% der Burschen und 26% der Mädchen angegeben. Ewa 10% beider Geschlechter nannten als Zeitraum für die Fruchtbarkeit „Von der Geburt bis zum Tod“. Die Kategorie „Ich weiß es nicht“ wurde von 17% der Mädchen und 0% der Burschen gewählt.

Die Mädchen der 12. Schulstufe waren sich bezüglich der männlichen Fruchtbarkeit noch sehr uneinig, da alle möglichen Antwortkategorien auch gewählt wurden. Im Vergleich dazu, beschränkten sich die Häufigkeiten der Burschen hauptsächlich auf die Kategorien „Ab dem ersten Samenerguss bis zum Tod“ und „Ab dem ersten Samenerguss bis zum 65. Lebensjahr“.

6.3.4 Dauer des Menstruationszyklus

Der Menstruationszyklus dauert durchschnittlich etwa 28 Tage (vgl. Faller & Schünke 2004). 221 Probanden haben die Zyklusdauer von 28 Tagen angegeben. Die Graphik (siehe Abb.16) zeigt, dass in jeder Schulstufe ein größerer Prozentsatz der Mädchen als der Burschen die durchschnittliche Zyklusdauer von 28 Tagen bekannt war.

Außerdem ist der Graphik (Abb.16) ein Anstieg bis zur 11. Schulstufe zu entnehmen, indem 92% der Mädchen und 78% der Burschen diese Zyklusdauer angaben. Allgemein war eine Tendenz erkennbar, dennoch war die Veränderung der Häufigkeit der Kategorie „28 Tage“ über die Schulstufen nicht signifikant ($p=0,369$). Hinsichtlich der Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr waren keine signifikanten Zusammenhänge ($p=0,669$) erkennbar.

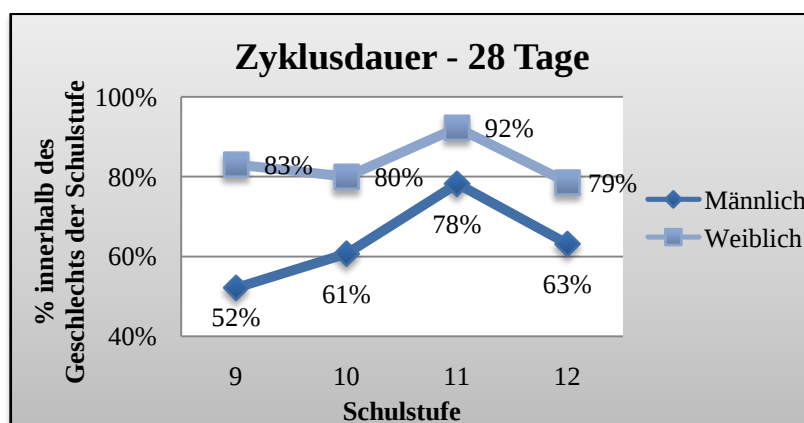


Abb.16: Zyklusdauer von 28 Tagen.
Differenziert nach Geschlecht und Schulstufe. (n=221)

Signifikante Geschlechtsunterschiede bezüglich des Wissen um die durchschnittliche Zyklusdauer zeigten sich nur in der 9. Schulstufe ($p=0,002$). Ab der 10. Schulstufe waren die Unterschiede nicht mehr signifikant.

Die Abbildung 17 stellt diese signifikanten Geschlechtsunterschiede der 9. Schulstufe bezüglich der Zyklusdauer differenziert nach dem Geschlecht dar. Es fällt auf, dass bereits 83% der Mädchen die Zyklusdauer von 28 Tagen bewusst war, während nur 52% der Burschen dieser Ansicht waren. 30% der Burschen gaben an, dies nicht zu wissen.

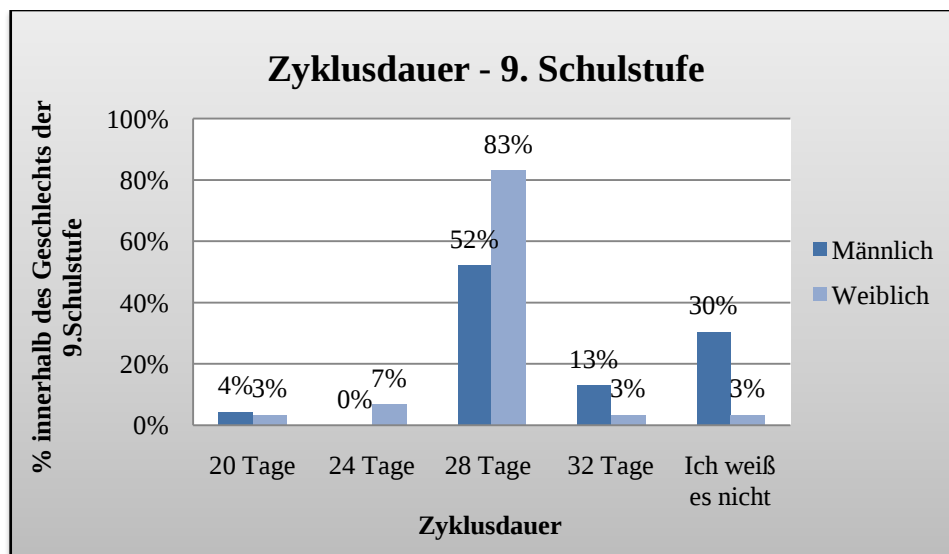


Abb.17: Zyklusdauer – 9.Schulstufe.
Differenziert nach Geschlecht. (n=82)

6.3.5 Fruchtbare Tage der Frau

Im folgenden Abschnitt soll lediglich der Verlauf der Häufigkeit der Kategorie „In der Mitte des Zyklus“ näher betrachtet werden.

Die Signifikanzprüfung bezüglich der Nennung „In der Mitte des Zyklus“ ergab einen signifikanten Geschlechtsunterschied ($p=0,034$), jedoch keinen signifikanten Unterschied zwischen den Schulstufen ($p=0,516$) und in Abhängigkeit von sexuellen Erfahrungen ($p=0,291$).

Die Graphik (Abb.18) zeigt den Anteil der Probanden des jeweiligen Geschlechts innerhalb der Schulstufe, die „Die Mitte des Zyklus“ als Phase der fruchtbaren Tage angegeben haben.

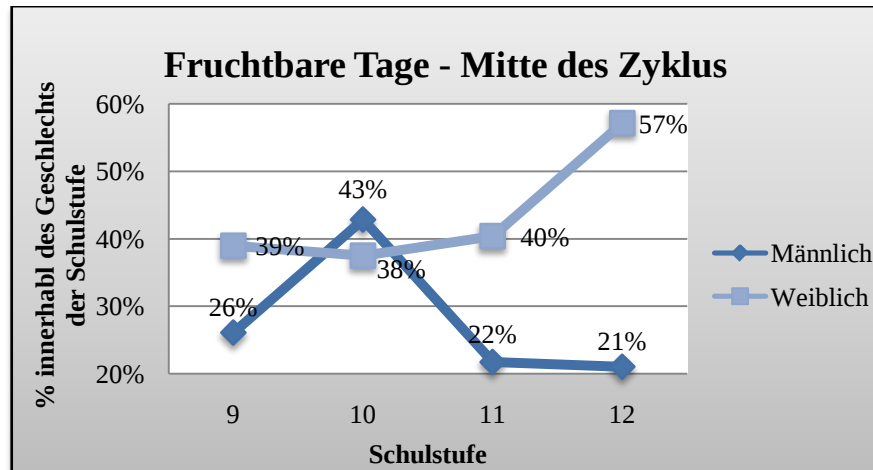


Abb.18: Fruchtbare Tage – „In der Mitte des Zyklus“.
Differenziert nach Geschlecht und Schulstufe. (n=110)

Bei den Burschen war von der 9. (26 %) bis zur 10. Schulstufe (43%) ein großer Anstieg erkennbar. Im Übergang zur 11. Schulstufe sank der relative Anteil der Burschen jedoch wieder auf 22% ab und verblieb bis zur 12. Schulstufe auf diesem Niveau. Bei den Mädchen war von der 9. Schulstufe (39%) bis zur 12. Schulstufe (57%) ein kontinuierlicher Anstieg erkennbar. Die Häufigkeiten der Schülerinnen der 9. und 10. Schulstufe waren sich sehr ähnlich (siehe Abb.18).

Die Signifikanzprüfung bezüglich der Nennung „In der Mitte des Zyklus“ ergab nur in der 12. Schulstufe einen signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern ($p=0,014$).

Da die 12. Schulstufe das Ende der Oberstufe und somit auch den Abschluss des Biologie-Unterrichts darstellt, werden nun die Geschlechtsunterschiede dieser Schulstufe noch etwas näher betrachtet.

In der 12. Schulstufe war der Geschlechtsunterschied bezüglich der fruchtbaren Tage höchst signifikant ($p=0,001$) und dieser wird in der Abbildung 19 dargestellt.

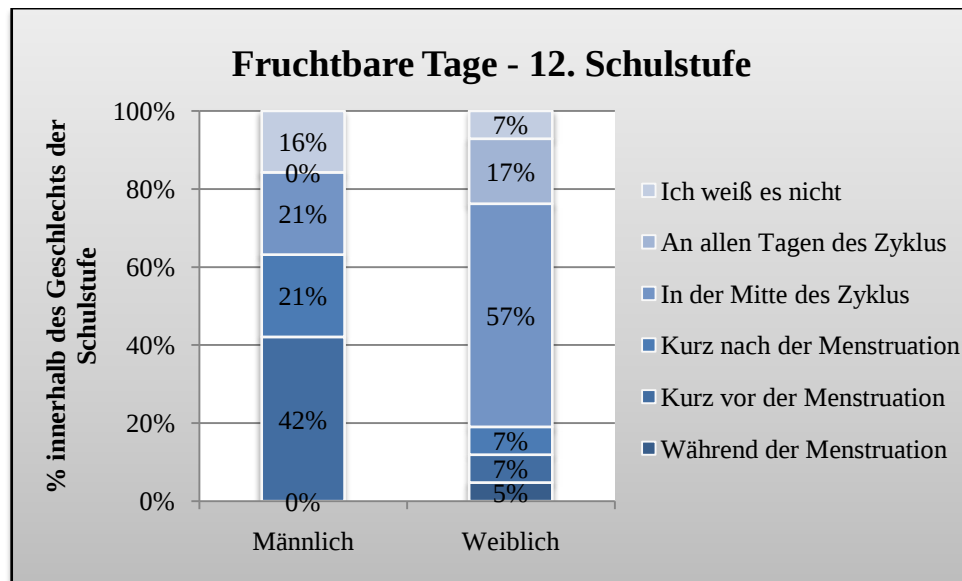


Abb.19: Fruchtbare Tage - 12.Schulstufe.
Differenziert nach Geschlecht. (n=19+42)

Der Großteil der Burschen (42%) gab an, dass die fruchtbaren Tage der Frau „Kurz vor der Menstruation“ stattfinden. Diese Ansicht vertraten bei den Mädchen nur 7%. An zweiter Stelle lag bei den Burschen mit 21% äquivalent die Aussage „Kurz nach der Menstruation“ und „In der Mitte des Zyklus“. 16% der Burschen gaben an die Antwort nicht zu wissen.

Bei den Mädchen wurde zumeist die Kategorie die „Mitte des Zyklus“ (57%) angegeben. An zweiter Stelle folgte die Aussage „An allen Tagen des Zyklus“ mit 17%. Die anderen Antwortmöglichkeiten wurden von sehr wenig Schülerinnen (<8%) gewählt.

6.3.6 Eisprung

Im Folgenden soll bezüglich des Zeitpunkts des Eisprungs nur der Verlauf der Aussage „Zur Zyklusmitte“ näher betrachtet werden.

Die Signifikanzprüfung bezüglich der Nennung „Zur Zyklusmitte“ ergab einen signifikanten Geschlechtsunterschied ($p=0,014$) aber keinen signifikanten Unterschied zwischen den Schulstufen ($p=0,100$), sowie in Abhängigkeit von vorhandenen sexuellen Erfahrungen ($p=0,137$). Der Geschlechtsunterschied in Abhängigkeit von der Schulstufe bezüglich der Kategorie „Zur Zyklusmitte“ ergab einen signifikanten Unterschied ($p=0,037$).

Die Graphik (Abb.20) veranschaulicht den Verlauf der Häufigkeit der Angabe „Zur Zyklusmitte“. Sehr auffällig ist, dass bei den Mädchen von der 9. (34%) bis zur 12. Schulstufe (64%) ein kontinuierlicher Zuwachs im Wissen stattgefunden hat. Bei den Burschen verlief die Häufigkeit bis zur 10. Schulstufe in etwa äquivalent mit der der Mädchen. Dann fiel sie in der 11. Schulstufe auf 17% ab und stieg in der 12.Schulstufe wieder auf 32% an.

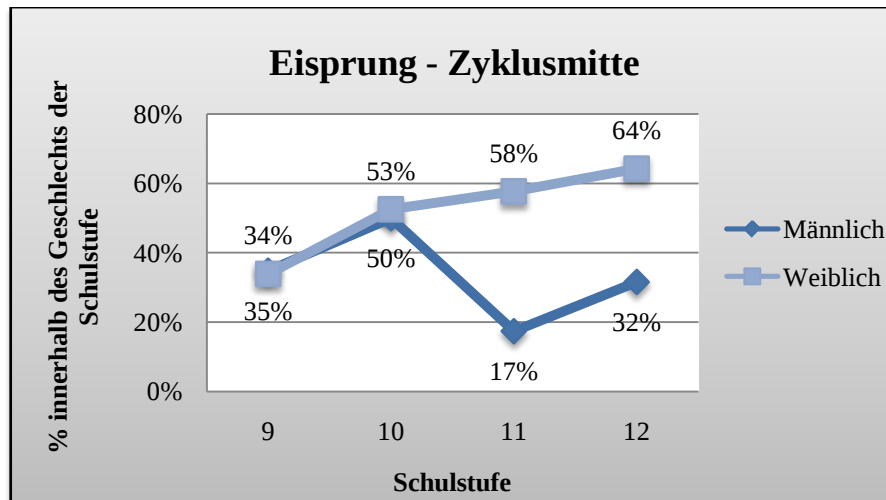


Abb.20: Zeitpunkt des Eisprungs – „Zur Zyklusmitte“.
Differenziert nach Geschlecht und Schulstufe. (n=130)

Da die 12. Schulstufe das Ende der Oberstufe und somit auch den Abschluss des Biologie-Unterrichts darstellt, werden nun noch näher die Geschlechtsunterschiede dieser Schulstufe betrachtet. Der Geschlechtsunterschied in der 12. Schulstufe ist nicht signifikant ($p=0,071$), dennoch war eine Tendenz erkennbar (siehe Abb.21).

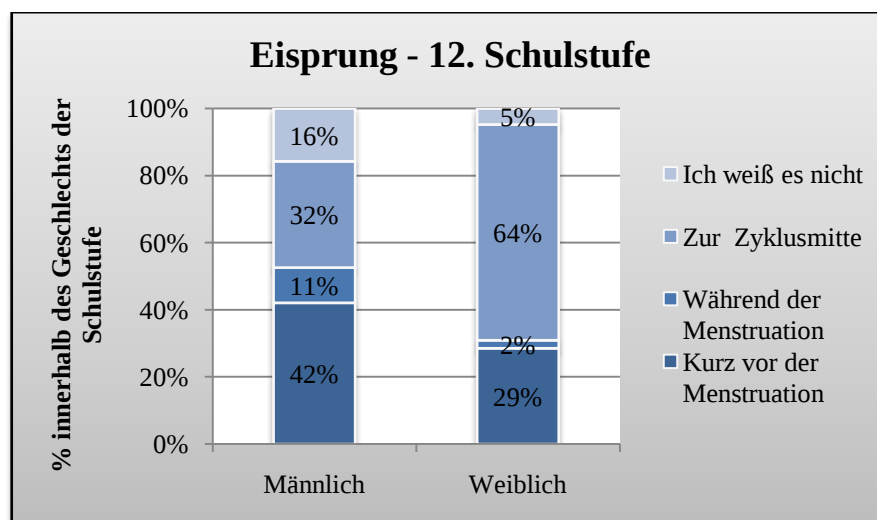


Abb.21: Zeitpunkt des Eisprungs – 12. Schulstufe.
Differenziert nach Geschlecht. (n=19+42)

In der 12. Schulstufe gaben 42% der Burschen und 29% der Mädchen als Zeitpunkt des Eisprungs „Kurz vor der Menstruation“ an. An zweiter Stelle folgte bei den Burschen „Zur Zyklusmitte“ mit 32% und 16% gaben an die Antwort nicht zu wissen. Die Angaben der Burschen ließen keine herausragend oft genannte Antwort erkennen, weil alle Antwortmöglichkeiten mit mindestens 10% abgedeckt wurden.

Der Großteil der Mädchen (64%) gab als Zeitpunkt des Eisprungs die Zyklusmitte an. Ungefähr ein Drittel (29%) gab „Kurz vor der Menstruation“ an und nur 5% gaben an die Antwort nicht zu wissen.

6.3.7 Am Zyklus beteiligte Hormone

Da von den Probanden nur sehr selten beteiligte Hormone angegeben wurden, wird noch näher auf die Häufigkeiten der Aussage „Ich weiß es nicht“ eingegangen.

Hinsichtlich der Geschlechter sowie der Schulstufen konnte ein hoch signifikanter Unterschied (beide $p=0,000$) im Wissen um die Bedeutung der Hormone festgestellt werden. Eigene sexuelle Erfahrungen hatten keinen signifikanten Einfluss auf das Wissen bezüglich der Hormone ($p=0,313$).

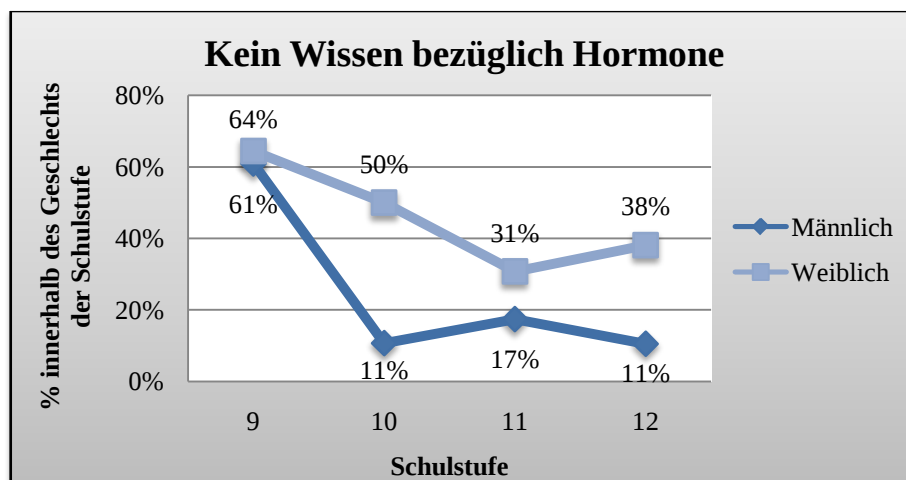


Abb.22: Kein Wissen bezüglich Hormone.
Differenziert nach Geschlecht und Schulstufe. (n=286)

Aus der Graphik (Abb.22) geht hervor, dass in der 9. Schulstufe 64% der Mädchen und 61% der Burschen angaben, kein Wissen über die beteiligten Hormone zu haben. Beim Vergleich der Geschlechter der 9. Schulstufe wurde kein signifikanter Unterschied deutlich ($p=0,765$).

Der Geschlechtsunterschied der 10. Schulstufe war hoch signifikant ($p=0,001$), da nur 11% der Burschen, aber immer noch die Hälfte der Mädchen (50%) die Aussage „Ich weiß es nicht“ wählten.

In der 11. Schulstufe sank die Häufigkeit dieser Nennung bei den Mädchen auf 31% ab, während die der Burschen auf 17% anstieg. Dies führte jedoch zu keinem signifikanten Geschlechtsunterschied ($p=0,227$).

Der Prozentsatz der Nennung „Ich weiß es nicht“ stieg bei den Mädchen (38%) der 12.Schulstufe wieder an, während sie bei den Burschen (11%) sank. Daraus resultierte ein signifikanter Unterschiede zwischen den Geschlechtern ($p=0,029$).

6.3.8 Schwangerschaftsdauer

Bezüglich des Wissens um die Dauer einer Schwangerschaft unterschieden sich weder die Schulstufen ($p=0,391$), noch die Geschlechter ($p=0,574$) oder Jugendliche mit oder ohne eigene sexuelle Erfahrungen ($p=0,330$) signifikant.

Abbildung 23 zeigt, dass 77% der befragten Schüler und Schülerinnen als Schwangerschaftsdauer den Bereich „36-42 Wochen“ wählten. Sowohl von den Mädchen als auch von den Burschen der vier Schulstufen wählten mindestens 68 % diese Antwort.

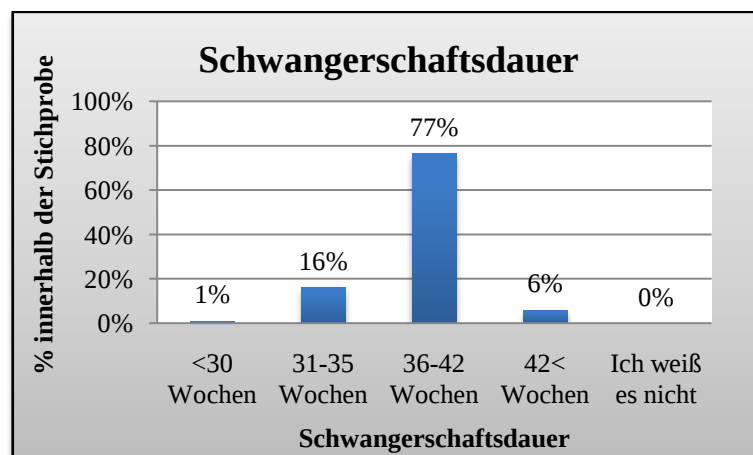


Abb.23: Schwangerschaftsdauer.
Gesamte Stichprobe. (n=286)

6.3.9 Schwangerschaftshinweis

Ausbleiben der Monatsblutung

Beim Vergleich der Geschlechter fällt in der Abbildung 24 auf, dass 24% der Burschen das Ausbleiben der Monatsblutung als „Sehr sicheren Hinweis“ einstufen, während nur 10% der Mädchen dieser Ansicht waren. Etwa die Hälfte der Schüler (49%) und der

Schülerinnen (55%) ordneten das Ausbleiben der Menstruation“ als „Eher sicheren Hinweis“ ein. Als „Eher unsicheres“ Anzeichen wurde dieses von etwa einem Drittel der Mädchen (30%) und einem Viertel der Burschen (25%) eingestuft.

Die Geschlechtsunterschiede hinsichtlich des Hinweises „Ausbleiben der Monatsblutung“ waren signifikant ($p=0,014$) während die Veränderung über die Schulstufe ($p=0,104$).und der Zusammenhang mit den sexuellen Erfahrungen ($p=0,872$) nicht signifikant war.

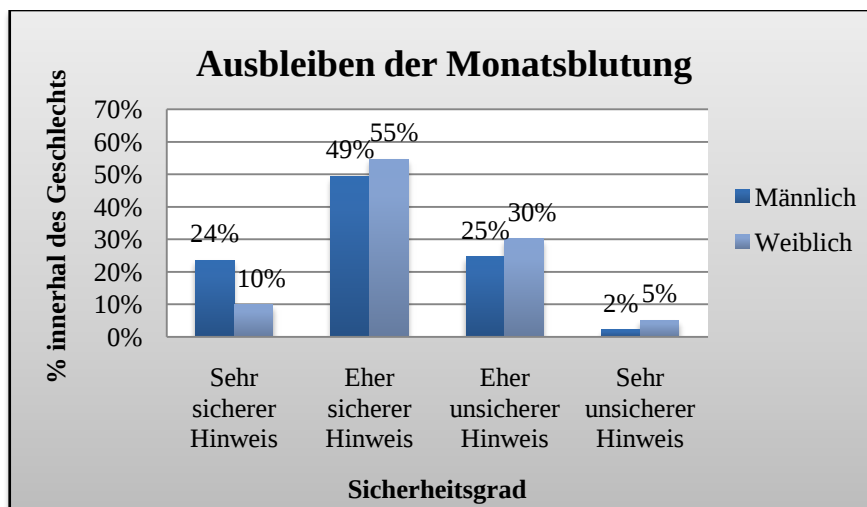


Abb.24: Schwangerschaftshinweis – „Ausbleiben der Monatsblutung“. Differenzierung nach Geschlecht und Sicherheitsgrad. (n=285)

Morgendliche Übelkeit

Die vorliegende Graphik (siehe Abb.25) veranschaulicht, dass ungefähr die Hälfte der Burschen (46%) und der Mädchen (52%) die „Morgendliche Übelkeit“ als „Eher unsicheren Hinweis“ auf eine Schwangerschaft einschätzten.

Die Angaben unterschieden sich weder zwischen den Geschlechtern ($p=0,091$), den Schulstufen ($p=0,440$) noch zwischen Jugendlichen mit oder ohne sexuellen Erfahrungen ($p=0,057$) signifikant voneinander.

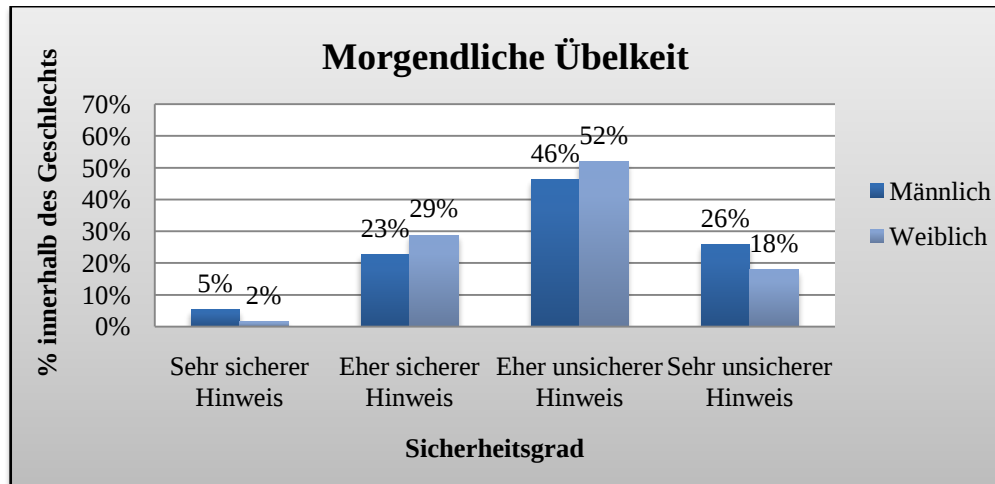


Abb.25: Schwangerschaftshinweis – „Morgendliche Übelkeit“. Differenzierung nach Geschlecht und Sicherheitsgrad. (n=284)

Nachweis des Fötus im Ultraschall

Abbildung 26 veranschaulicht, dass „Der Nachweis des Fötus im Ultraschall“ für 89% der Burschen und 96% der Mädchen ein „Sehr sichereres“ Anzeichen auf eine Schwangerschaft darstellte. Dieser Geschlechtsunterschied war signifikant ($p=0,036$) und zeigte dass 11% der Burschen und nur 4% der Mädchen diesen Hinweis bezüglich des Sicherheitsgrades auch anders einstufen.

Zwischen der Einstufung des Sicherheitsgrades des Ultraschallnachweises und der Schulstufe ($p=0,317$) sowie der vorhandenen sexuellen Erfahrungen ($p=0,213$) bestand kein signifikanter Zusammenhang.

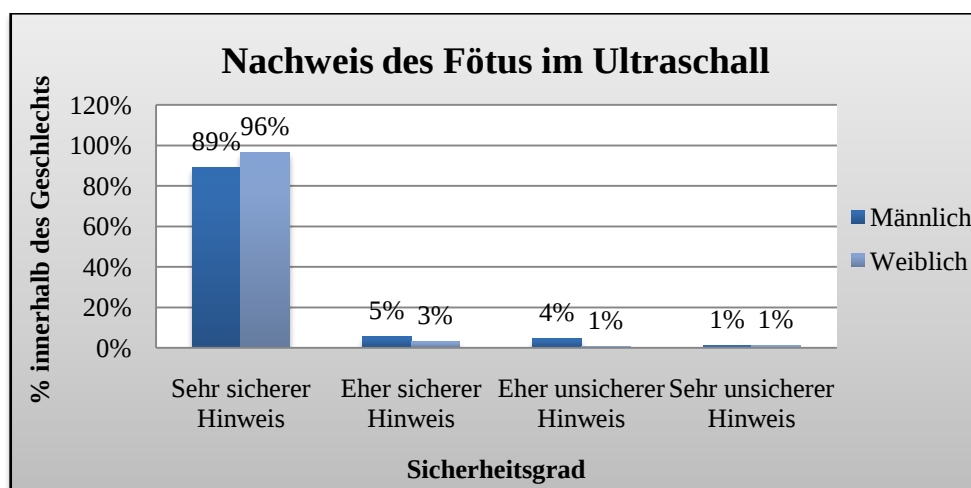


Abb.26: Schwangerschaftshinweis – „Nachweis des Fötus im Ultraschall“. Differenzierung nach Geschlecht und Sicherheitsgrad. (n=285)

Unerwartete Gewichtszunahme

Die Abbildung 27 zeigt die Einordnung der Sicherheit des Schwangerschaftshinweises „Unerwartete Gewichtszunahme“. 51% der Mädchen schätzten „Unerwartete Gewichtszunahme“ als „Sehr unsicheren Hinweis“ und weitere 45% als „Eher unsicheren Hinweis“ ein. 4% der Mädchen stuften diesen Hinweis als „Eher sicher“ ein. Als „Sehr sicher“ wurde dieses Anzeichen von 35% der Burschen und als „Eher sicher“ von etwa der Hälfte der Burschen (48%) eingestuft. 13% waren der Ansicht, dass eine unerwartete Gewichtszunahme einen „Eher sicheren Hinweis“ darstellt.

Der Sicherheitsgrad wurde von den Geschlechtern sehr konträr eingeordnet und der Unterschied war daher bezüglich der Geschlechter sehr signifikant ($p=0,004$). Die Schulstufenunterschiede ($p=0,251$) sowie die Unterschiede bezüglich vorhandenen sexuellen Erfahrungen ($p=0,420$) waren nicht signifikant.

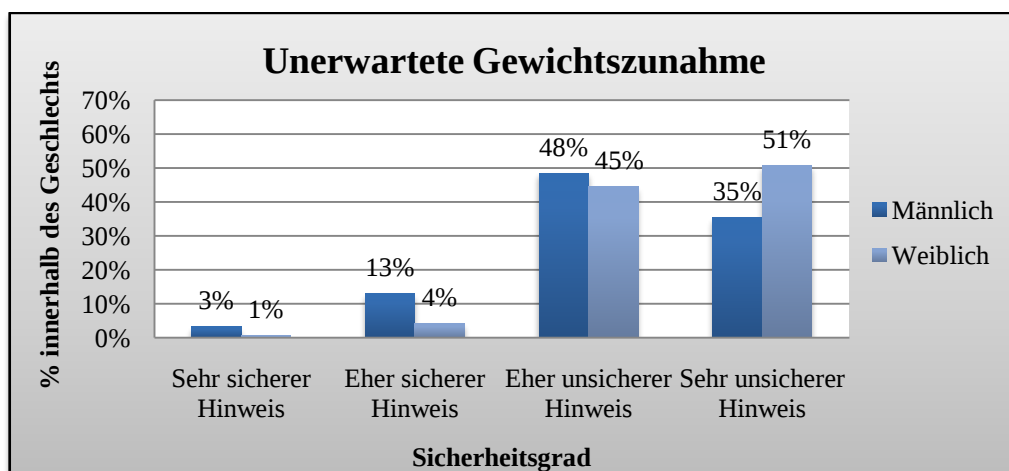


Abb.27: „Schwangerschaftshinweis – „Unerwartete Gewichtszunahme“. Differenzierung nach Geschlecht und Sicherheitsgrad. (n=284)

Positiver Schwangerschaftstest

Die Abbildung 28 zeigt, dass ein „Positiver Schwangerschaftstest“ von den meisten Mädchen (97%) und Burschen (97%) als ein „Sicherer Hinweis“ eingeschätzt wurde. Von einer Hälfte der Burschen wurde das Anzeichen als „Eher sicher“ (49%), von der anderen als „Sehr sicher“ (49%) eingeordnet.

56% der Mädchen ordneten den Hinweis als „Eher sicher“ und 41% als „Sehr sicher“ ein. Bezüglich dieser Frage konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern ($p=0,611$), sowie Jugendlichen mit und ohne eigene sexuelle Erfahrungen beobachtet werden.

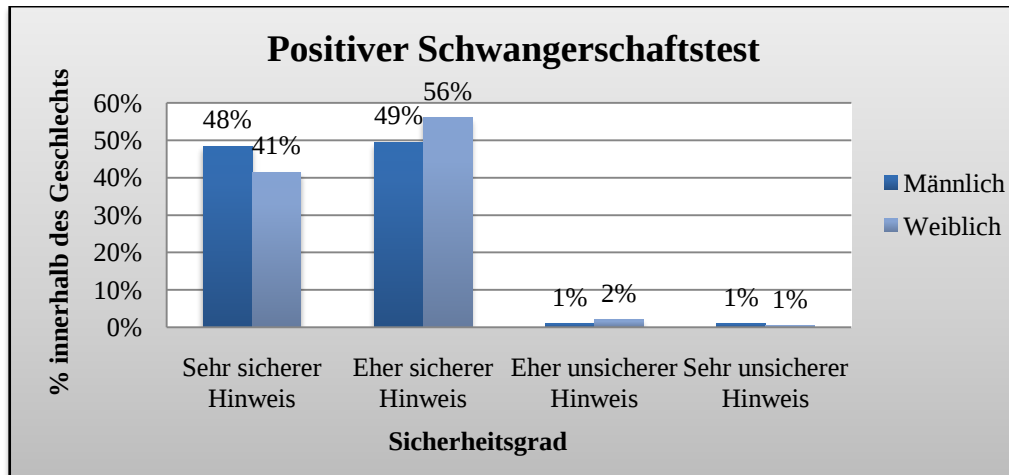


Abb.28: Schwangerschaftshinweis – „Positiver Schwangerschaftstest“. Differenziert nach Geschlecht und Sicherheitsgrad. (n=286)

Bis zur 11. Schulstufe schwankten die Häufigkeiten dieser Einschätzung sehr stark zwischen einem „Sehr sicheren“ und einem „Eher sicheren“ Hinweis. Am Ende der Oberstufe wurde ein „Positiver Schwangerschaftstest“ lediglich von 30% der Probanden als „Sehr sicher“ eingestuft. 70% waren der Ansicht dass dieser Hinweis „Eher sicher“ sei.

6.3.10 Verhütungsmethoden

Betrachtet man die Bekanntheit der hormonellen Verhütungsmethoden in Abbildung 29 so fällt auf, dass die Pille 100% der Probanden bekannt war. An zweiter Stelle stand die Pille danach mit 90% und die Hormonspirale und das Hormonpflaster nahmen mit etwa 87%-88% den dritten Platz ein. Die Dreimonatsspritze war 60%, das Implanon 22% der Testpersonen bekannt.

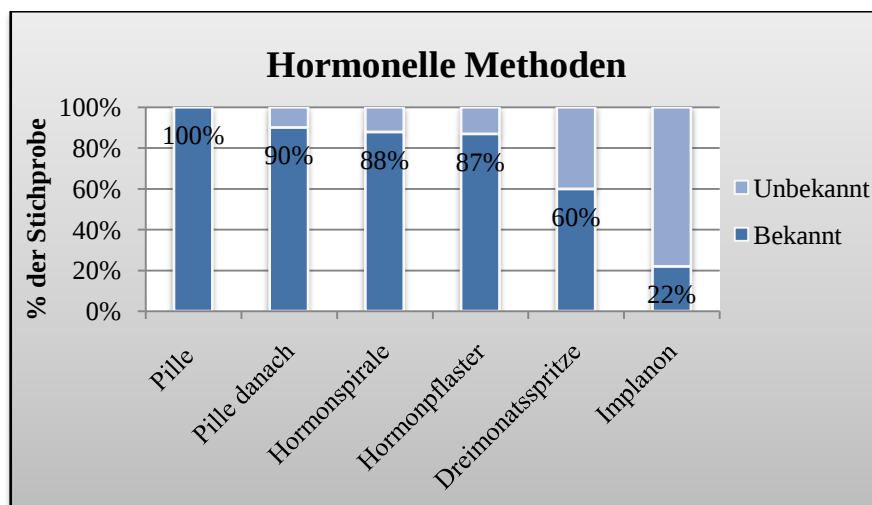


Abb.29: Hormonelle Verhütungsmethoden. Differenziert nach bekannte und unbekannte Methoden. (n=286)

In Abbildung 30 sind die Häufigkeiten der Barriere-Methode dargestellt. Es fällt sofort auf, dass 100% der Probanden das Kondom bekannt war. Darauf folgt die Sterilisation mit 86% und den dritten Platz nimmt das Diaphragma mit 78% ein. 66% der Testpersonen war die Kupferspirale und weniger als der Hälfte (44%) die Vasektomie bekannt. Das Femidom kannten nur wenige Probanden (18%).

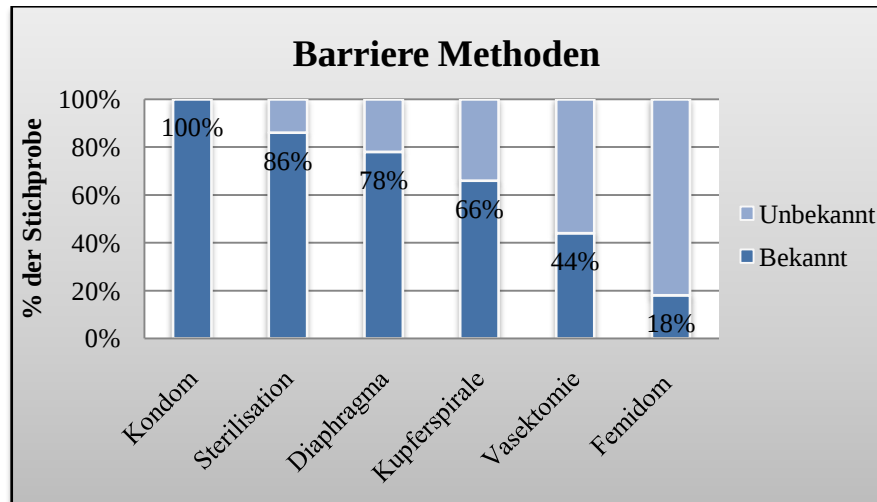


Abb.30: Barriere Verhütungsmethoden.
Differenziert nach bekannte und unbekannte Methoden. (n=286)

Die natürlichen Verhütungsmethoden (siehe Abbildung 31) waren im Ganzen eher unbekannt. Die unter den Testpersonen bekannteste natürliche Verhütungsmethode war die Kalendermethode mit 72%. Den zweiten Platz nahm die Temperaturmethode mit 61% ein. Der Coitus interruptus (30%) und der Verhütungscomputer (19%) waren nur wenigen Probanden bekannt.

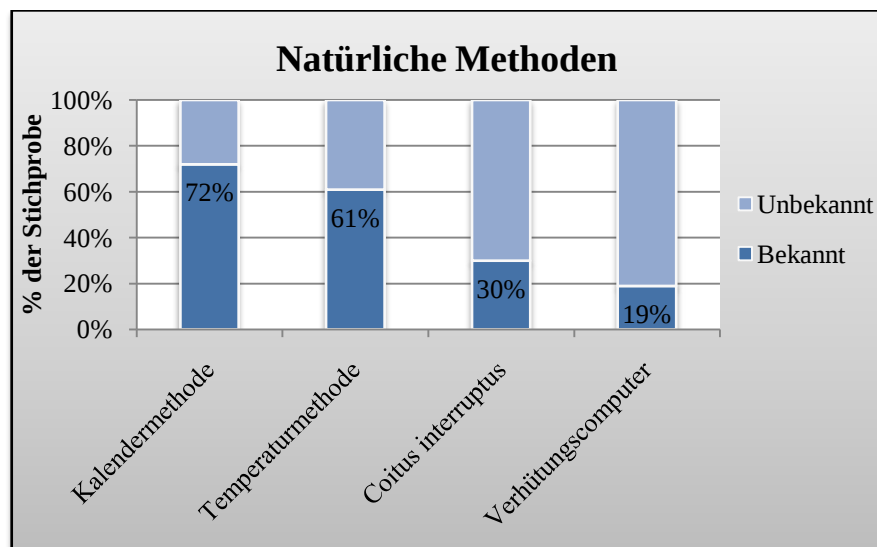


Abb.31: Natürliche Verhütungsmethoden.
Differenziert nach bekannte und unbekannte Methoden. (n=286)

6.3.10.1 Signifikanz

Da hormonellen Verhütungsmethoden bei den Probanden am häufigsten bekannt waren, werden vorrangig Methoden dieser Kategorie und nur wenige andere in die weitere Analyse miteinbezogen.

Signifikante Schulstufenunterschiede

Der Bekanntheitsgrad der hormonellen Verhütungsmethoden wie der Pille-danach ($p=0,756$), der Hormonspirale ($p=0,445$) und des Hormonpflasters ($p=0,822$) änderte sich über die Schulstufen nicht signifikant. Die Häufigkeit der 12. entsprach in etwa der Häufigkeit der 9. Schulstufe und schwankte gering im Bereich von 85% bis 95%. Die Dreimonatsspritze war eher fremd und es fiel auf, dass sich auch die Häufigkeit dieser Methode nicht signifikant ($p=0,703$) änderte.

Eine signifikante Veränderung des Bekanntheitsgrades war beim Implanon ($p=0,000$), dem Coitus interruptus ($p=0,002$), der Vasektomie ($p=0,008$) und der Temperaturmethode ($p=0,009$) feststellbar.

Gemeinsam war den genannten Methoden der starke Anstieg des Bekanntheitsgrades bis zur 11. Schulstufe (Siehe Abbildung 32). Im Übergang zur 12. Schulstufe sank die Häufigkeit der Temperaturmethode, des Coitus interruptus und des Implanons wieder ab. Nur die der Vasektomie nahm noch gering zu.

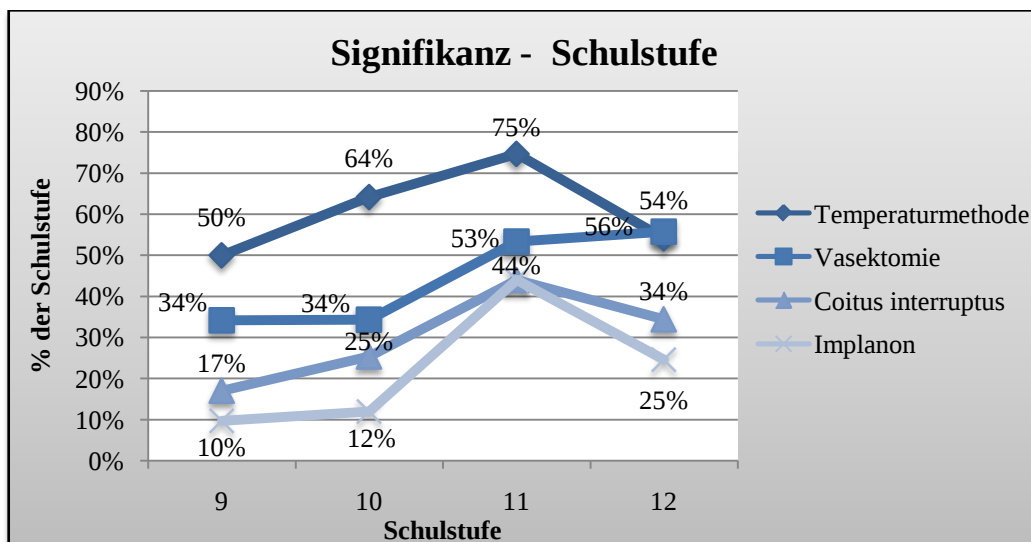


Abb.32: Signifikante Veränderungen der Verhütungsmethoden.
Differenziert nach Schulstufe. (n=286)

Signifikante Geschlechtsunterschiede

Hinsichtlich der hormonellen Verhütungsmethoden wie der Hormonspirale ($p=0,185$), der Pille-danach ($p=0,092$) und dem Implanon ($p=0,157$) war bezüglich des Bekanntheitsgrades kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern erkennbar.

Signifikante Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Probanden zeigten sich im Bekanntheitsgrad von Hormonpflaster ($p=0,000$), Dreimonatsspritze ($p=0,000$), Coitus interruptus ($p=0,008$) und Spermiziden ($p=0,002$).

In Abbildung 33 ist ersichtlich, dass überaus mehr Mädchen als Burschen das Hormonpflaster und die Dreimonatsspritze kannten. Der Bekanntheitsgrad des Coitus interruptus und der Spermizide war bei den Burschen deutlich höher als bei den Mädchen.

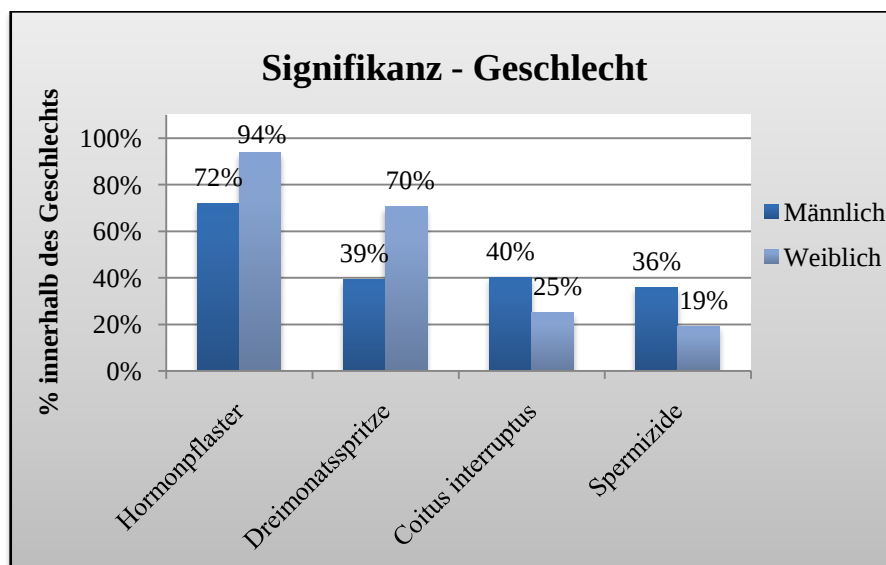


Abb.33: Signifikante Veränderungen der Verhütungsmethoden.
Differenziert nach Geschlecht. (n=286)

Signifikante Unterschiede bezüglich der Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr

Bei den hormonellen Verhütungsmethoden wie dem Hormonpflaster ($p=0,213$) und der Pille-danach ($p=0,564$) waren keine signifikanten Zusammenhänge mit vorhandenen sexuellen Erfahrungen feststellbar.

Signifikante Unterschiede zeigten sich im Wissen um Implanon ($p=0,015$), Dreimonatsspritze ($p=0,003$), Hormonspirale ($p=0,002$) und Sterilisation ($p=0,021$) (Abb.34).

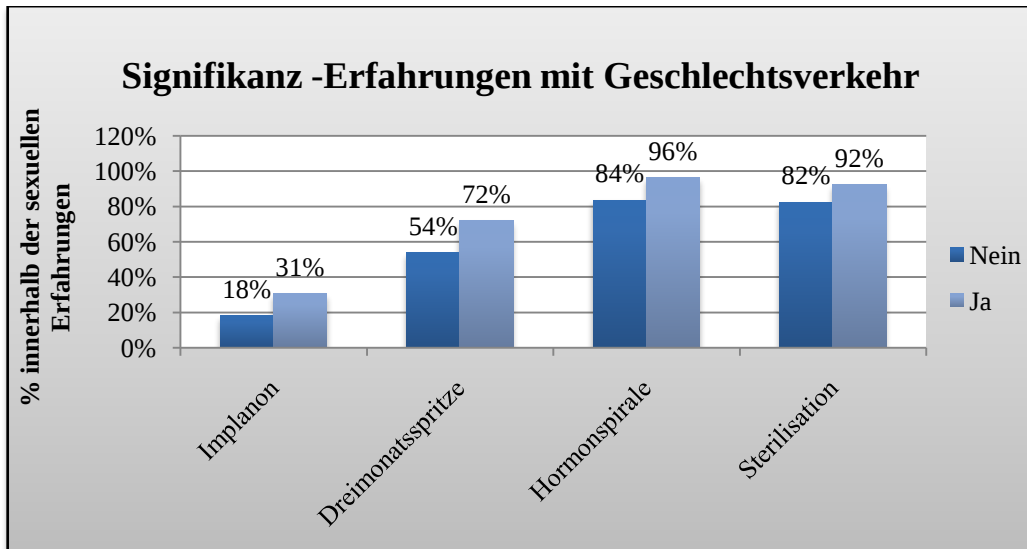


Abb.34: Signifikante Veränderungen der Verhütungsmethoden.
Differenziert nach sexuellen Erfahrungen. (n=104)

Der Bekanntheitsgrad der genannten Methoden (Implanon, Dreimonatsspritze, Hormonspirale, Sterilisation) war bei Probanden mit Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr deutlich höher, als bei jenen die diesbezüglich noch keine Erfahrungen gesammelt hatten. Die Häufigkeit lag bei jeder Methode bei Probanden mit Erfahrung um mindestens 10% höher als bei jenen ohne Erfahrung.

6.3.11 Sicherheit der Verhütungsmethoden

Bezüglich der Sicherheitseinschätzung der Verhütungsmethoden werden nur die bekanntesten Verhütungsmethoden näher beschrieben.

6.3.11.1 Pille

Die Pille wurde von 63% der gesamten Stichprobe als „Sehr sicheres“, und von weiteren 34% als „Eher sicheres“ Verhütungsmittel eingestuft. Nur 3% bezeichneten die Pille als „Eher unsichere“ Verhütungsmethode (siehe Abb.35).

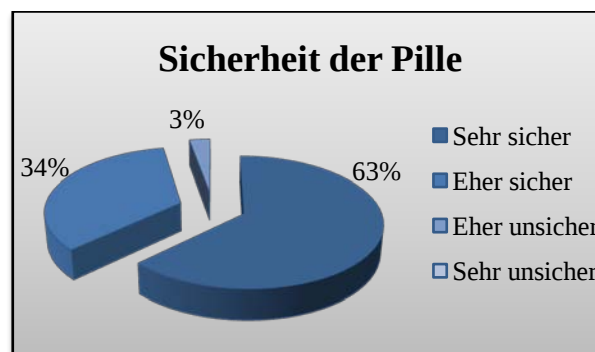


Abb.35: Sicherheit der Pille.
Gesamte Stichprobe. (n=285)

Die Signifikanzprüfung ergab sowohl bezüglich des Geschlechts ($p=0,912$) als auch bezüglich der Schulstufe ($p=0,428$) keinen signifikanten Zusammenhang mit der Einschätzung zur Sicherheit der Pille.

Die Bewertung der Sicherheit der Pille differenziert nach den sexuellen Erfahrungen war signifikant ($p=0,021$) und ist in Abbildung 36 ersichtlich. Die Pille wurde von 73% der Probanden mit sexuellen Erfahrungen und im Vergleich dazu von nur 57% der Probanden ohne Erfahrungen als „Sehr sicher“ eingeschätzt. Als „Eher sicher“ wurde die Pille von 39% der Testpersonen ohne Erfahrungen und von 26% mit Erfahrungen eingestuft.

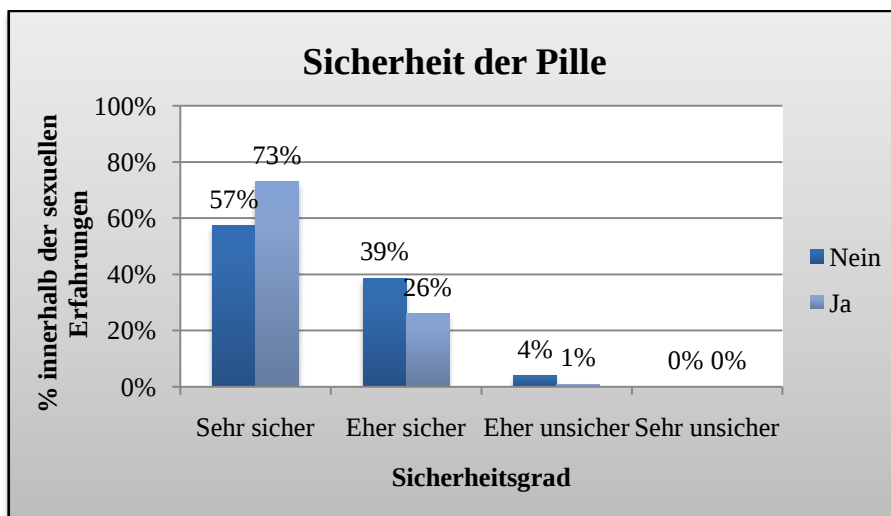


Abb.36: Sicherheit der Pille.
Differenziert nach sexuellen Erfahrungen. (n=280)

6.3.11.2 Kondom

Das Kondom wurde von 39% der Stichprobe als „Sehr sicher“ und von 45% als „Eher sicher“ bewertet. 14% der Stichprobe schätzten diese Verhütungsmethode als „Eher unsicher“ und nur 2% als „Sehr unsicher“ ein (siehe Abb.37).

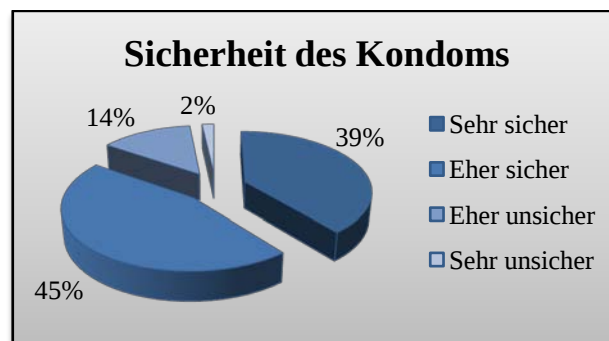


Abb.37: Sicherheit des Kondoms.
Gesamte Stichprobe. (n=285)

Die Einstufung der Sicherheit des Kondoms war bezüglich der Schulstufen ($p=0,460$) und der vorhandenen sexuellen Erfahrungen ($p=0,075$) nicht signifikant. Zwischen der Einschätzung der Sicherheit des Kondoms und dem Geschlecht bestand ein sehr signifikanter Zusammenhang ($p=0,001$) der in Abbildung 38 dargestellt ist.

Während 55% der Burschen das Kondom als „Sehr sicher“ einschätzten, waren nur 32% der Mädchen derselben Ansicht. Als „Eher sicher“, wurde das Kondom von 49% der Burschen und 38% der Mädchen eingestuft. Sehr auffällig war, dass 17% der Mädchen das Kondom als „Eher unsicher“ einstufen, und nur 6% der Burschen dieser Ansicht waren.

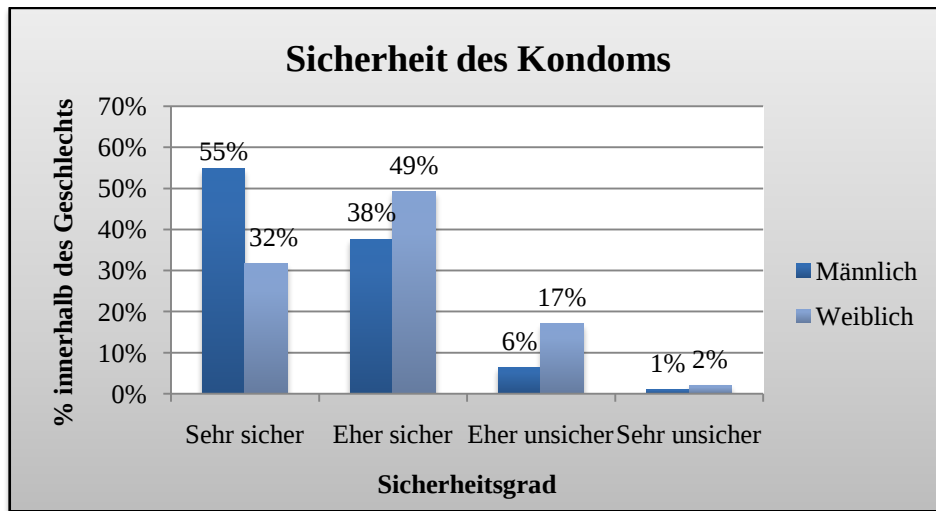


Abb.38: Sicherheit des Kondoms.
Differenziert nach dem Geschlecht. (n=286)

Wird die Einteilung in vier Kategorien (sehr sicher - eher sicher - eher unsicher - sehr unsicher) auf zwei Kategorien (sicher – unsicher) zusammengefasst, so wird der Geschlechtsunterschied noch deutlicher (siehe Abb.39). Das Kondom wurde von 92% der Burschen und nur 81% der Mädchen als ein „Sicheres“ Verhütungsmittel eingestuft.

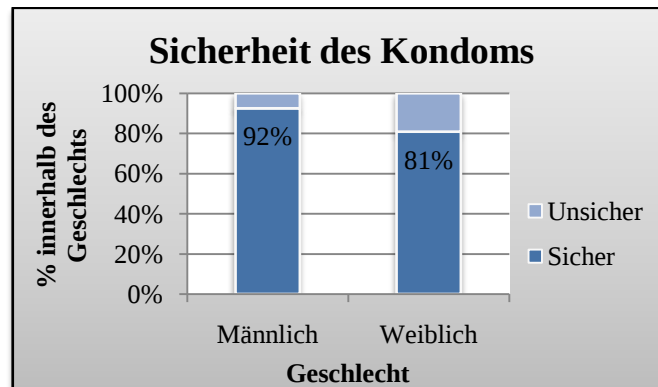


Abb.39: Sicherheit des Kondoms.
Differenziert nach Geschlecht. (n=286)

6.3.11.3 Hormonpflaster

Die Signifikanzprüfung hinsichtlich der Einschätzung der Sicherheit des Hormonpflasters ergab einen hoch signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern ($p=0,000$), zwischen den Schulstufen ($p=0,026$) und in Abhängigkeit von vorhandenen sexuellen Erfahrungen ($p=0,016$).

In Abbildung 40 sind die Häufigkeiten der Sicherheitsgrade dargestellt und nach dem Geschlecht differenziert. Es fällt auf, dass etwa die Hälfte der Burschen (46%) und im Vergleich dazu nur ein Viertel der Mädchen (25%) das Hormonpflaster als „Eher unsicher“ einstufen. Als „Sehr sichere“ Verhütungsmethode wurde es von 24% der Mädchen und 10% der Burschen bezeichnet.

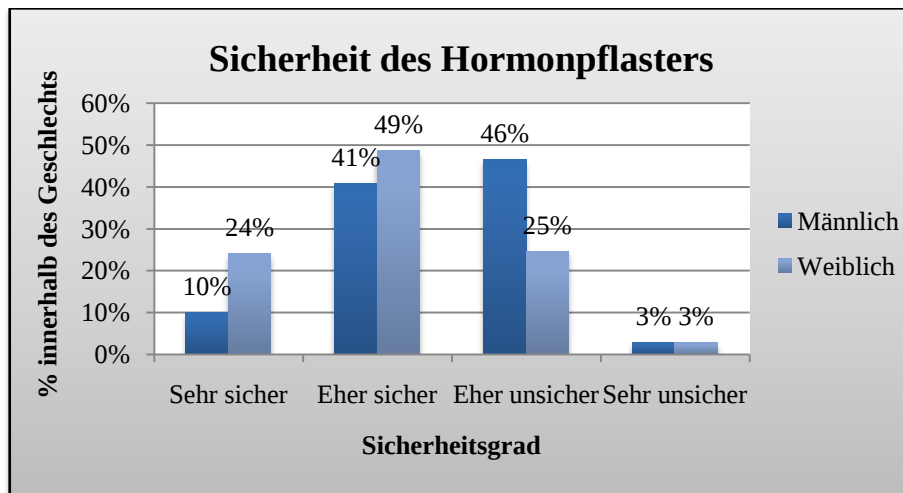


Abb.40: Sicherheit des Hormonpflasters.
Differenziert nach Geschlecht. (n=250)

Wird die Einteilung in vier Kategorien (sehr sicher - eher sicher - eher unsicher - sehr unsicher) auf zwei Kategorien (sicher – unsicher) zusammengefasst, so kann der Geschlechtsunterschied noch besser hervorgehoben werden.

Während in etwa die Hälfte der Burschen (51%) dem Hormonpflaster als Verhütungsmethode vertrauten, taten dies im Vergleich dazu in etwa drei Viertel der Mädchen (73%). Diese Häufigkeiten sind in Abbildung 41 veranschaulicht.

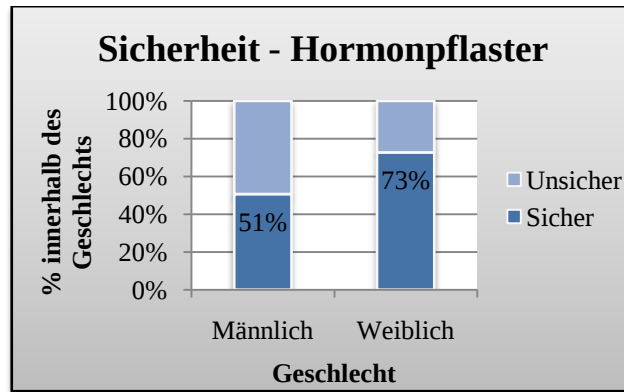


Abb.41: Sicherheit des Hormonpflasters.
Differenziert nach Geschlecht. (n=280)

In Abbildung 42 ist ersichtlich, dass Probanden mit Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr das Hormonpflaster häufiger als „Sicher“ (68%) einschätzten, als jene ohne Erfahrungen (53%). Außerdem gaben Probanden ohne sexuelle Erfahrungen häufiger an, die Methode nicht zu kennen, als jene mit sexuellen Erfahrungen.

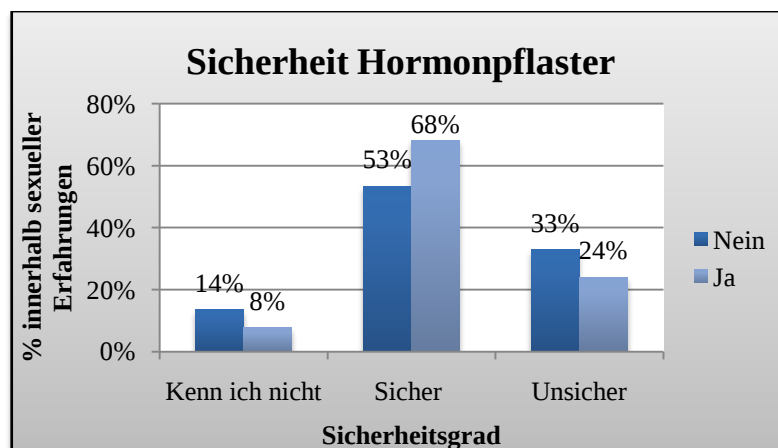


Abb.42: Sicherheit des Hormonpflasters.
Differenziert nach sexuellen Erfahrungen. (n=280)

Abbildung 43 veranschaulicht den signifikanten Zusammenhang der Sicherheit des Hormonpflasters mit der Schulstufe. Es fällt auf, dass die Häufigkeit der Nennung „Kenn ich nicht“ mit steigender Schulstufe abnahm und die Kategorie „Eher sicher“ anwuchs. Die Aussage „Sehr sicher“ nahm bis zur 11. Schulstufe stark zu und sank zur 12. Schulstufe wieder ab. Die Häufigkeit der Nennung „Eher unsicher“ verlief genau im Gegensatz zur Kategorie „Sehr sicher“, die bis zur 11. Schulstufe stark anstieg, und anschließend wieder absank. Als „Sehr unsicher“ wurde das Hormonpflaster von weniger als 5% der Probanden eingeschätzt.

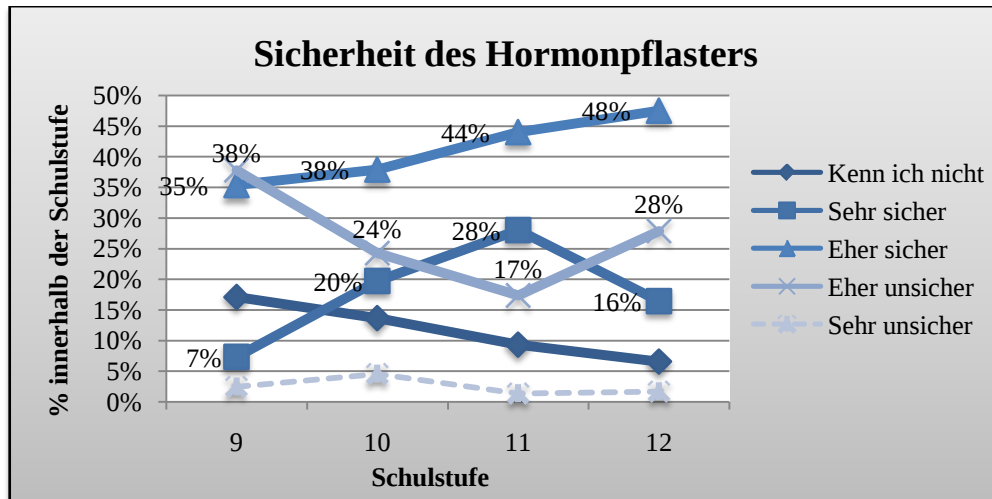


Abb.43: Sicherheit des Hormonpflasters.
Differenziert nach Schulstufe. (n=284)

6.3.11.4 Hormonspirale

Die Signifikanzprüfung der Einschätzung der Sicherheit der Hormonspirale ergab bezüglich der vorhandenen sexuellen Erfahrungen einen hoch signifikanten ($p=0,000$) und bezüglich des Geschlechts ($p=0,026$) einen signifikanten Zusammenhang. Die Schulstufen unterschieden sich hinsichtlich der Einschätzung der Sicherheit der Hormonspirale nicht signifikant ($p=0,516$).

In Abbildung 44 werden die Geschlechtsunterschiede bezüglich der Sicherheitseinschätzung dargestellt. Während 19% der Burschen die Hormonspirale als „Eher unsicher“ einstufen, waren nur 9% der Mädchen derselben Ansicht. Als „Sehr sicher“ wurde diese Verhütungsmethode von etwa der Hälfte der Mädchen (45%) und einem Viertel der Burschen (24%) eingeschätzt. 56% der Schüler und 45% der Schülerinnen gaben „Eher sicher“ als Sicherheitsgrad an.

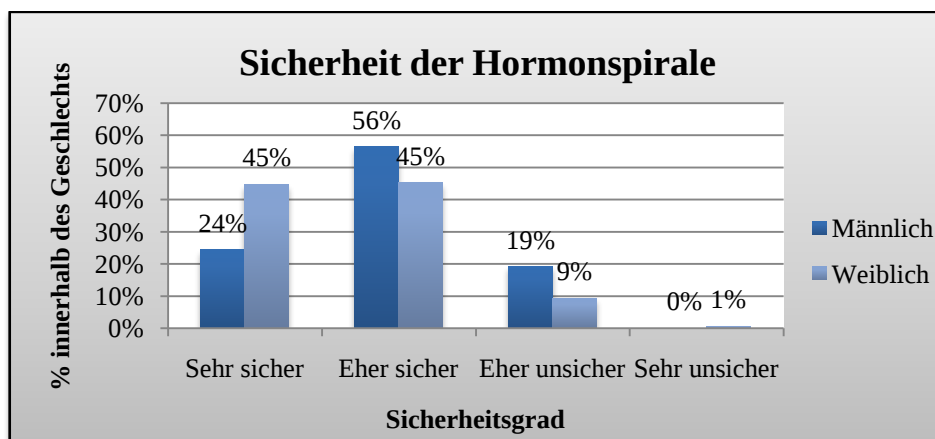


Abb.44: Sicherheit der Hormonspirale.
Differenziert nach Geschlecht. (n=250)

Wird die Einteilung in vier Kategorien (sehr sicher - eher sicher - eher unsicher - sehr unsicher) auf zwei Kategorien (sicher – unsicher) zusammengefasst, so kann der Geschlechtsunterschied noch besser veranschaulicht werden. Die Abbildung 45 zeigt dass die Hormonspirale von 81% der Burschen und 90% der Mädchen als „Sicher“ eingestuft wird.

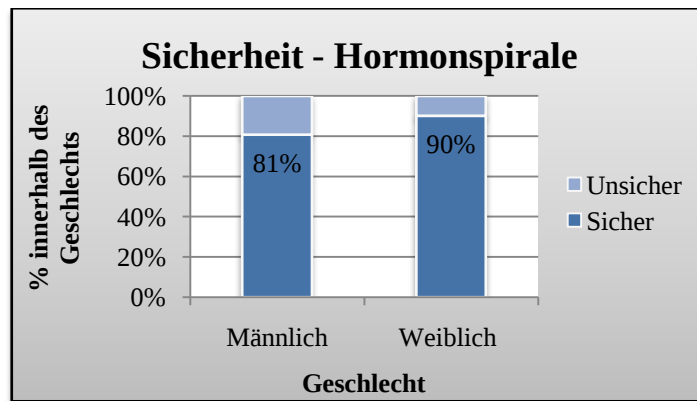


Abb.45: Sicherheit der Hormonspirale.
Differenziert nach Geschlecht. (n=250)

Der signifikante Zusammenhang zwischen den sexuellen Erfahrungen und der Sicherheitseinschätzung der Hormonspirale ist in Abbildung 46 verdeutlicht. 89% der Probanden mit sexuellen Erfahrungen schätzten die Hormonspirale als „Sicher“ ein, während nur 70% jener ohne Erfahrung dieser Ansicht waren. Die Hormonspirale war 16% der Testpersonen ohne Erfahrungen und nur 3% jener mit Erfahrungen nicht bekannt.

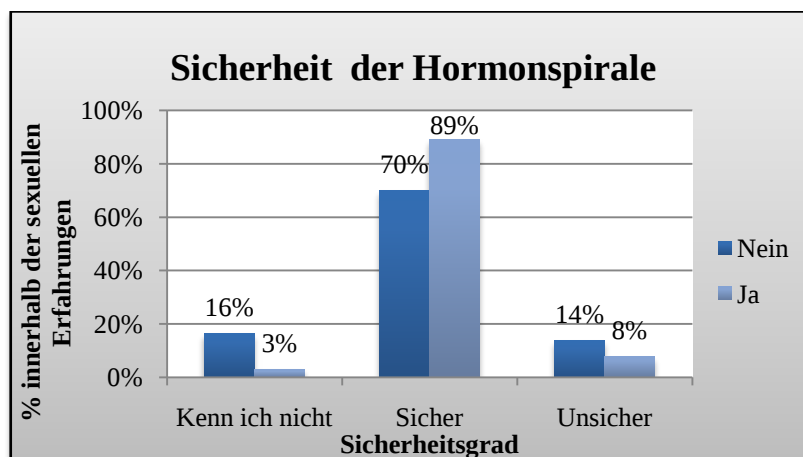


Abb.46: Sicherheit der Hormonspirale.
Differenziert nach sexuellen Erfahrungen. (n=278)

6.3.11.5 Sterilisation

Abbildung 47 präsentiert die Sicherheitseinschätzung der Sterilisation. Diese Verhütungsmethode wurde von 94% der Probanden als „Sehr sichere“ und von 5% als

„Eher sichere“ Methode bezeichnet. Nur eine minimale Anzahl der Probanden schätzte diese Methode als „Unsicher“ ein.

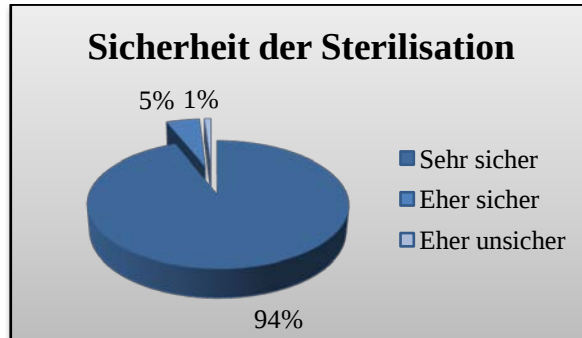


Abb.47: Sicherheit der Sterilisation.
Gesamte Stichprobe. (n=259)

Die Signifikanzprüfung der Einschätzung der Sicherheit der Sterilisation ergab keinen signifikanten zwischen den Geschlechtern ($p=0,939$) und den Schulstufen ($p=0,579$). In der Graphik (Abb.48) ist der signifikante Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Sicherheit und den vorhandenen sexuellen Erfahrungen dargestellt ($p=0,015$).

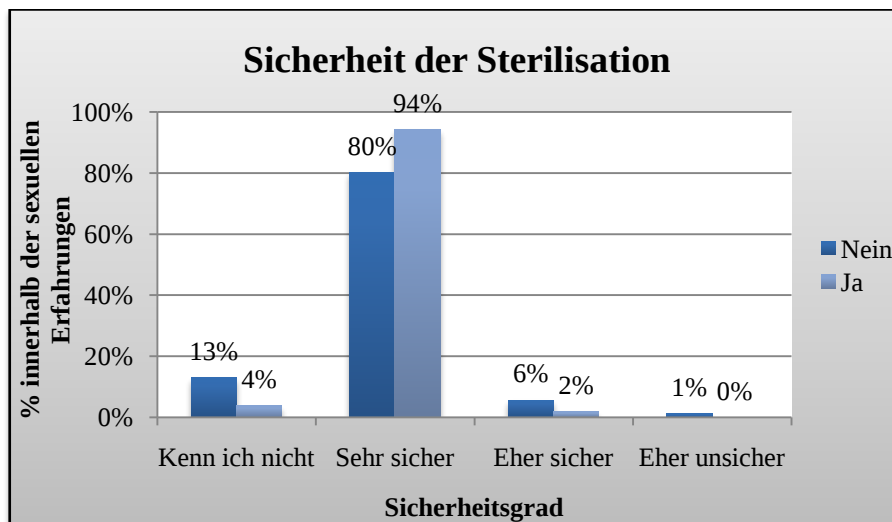


Abb.48: Sicherheit der Sterilisation.
Differenziert nach sexuellen Erfahrungen. (n=281)

6.3.11.6 Diaphragma

Das Diaphragma wurde von 53% der Probanden als „Eher sichere“ und von 17% als „Sehr sichere“ Verhütungsmethode bezeichnet. 28% der Testpersonen gaben als Sicherheitsgrad „Eher unsicher“ an. Abbildung 49 veranschaulicht diese Werte.

Bezüglich der Sicherheit des Diaphragmas bestand kein signifikanter Zusammenhang mit dem Geschlecht ($p=0,922$), mit der Schulstufe ($p=0,687$) und mit den vorhandenen sexuellen Erfahrungen ($p=0,370$).

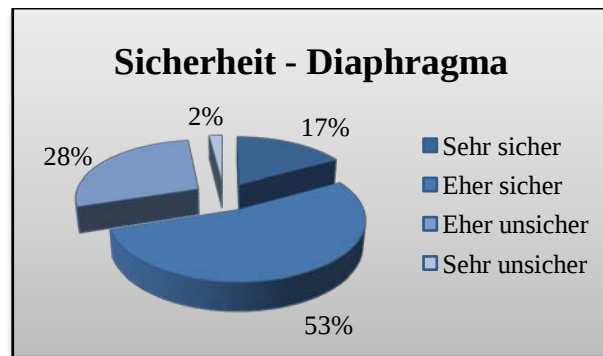


Abb.49: Sicherheit des Diaphragmas.
Gesamte Stichprobe. (n=204)

6.3.11.7 Kalendermethode

Die Abbildung 50 zeigt die Einschätzung der Sicherheit der Kalendermethode. 49% der Probanden schätzten diese Methode als „Sehr unsicher“, 40% als „Eher unsicher“ und nur 10% als „Eher sicher“ ein.

Hinsichtlich der Einschätzung der Sicherheit der Kalendermethode bestand kein signifikanter Zusammenhang mit dem Geschlecht ($p=0,156$), mit der Schulstufe ($p=0,692$) und mit den vorhandenen sexuellen Erfahrungen ($p=0,399$).

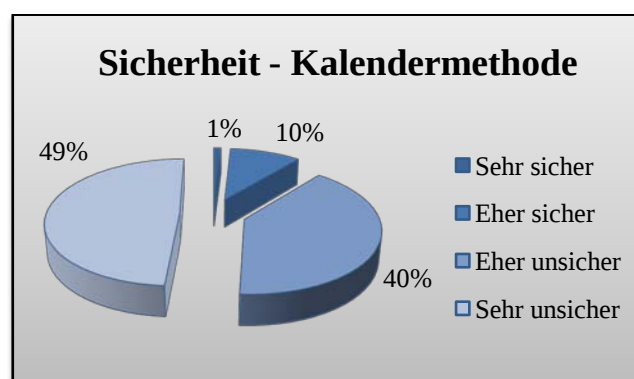


Abb.50: Sicherheit der Kalendermethode.
Gesamte Stichprobe. (n=223)

6.3.12 Zuständigkeit für Verhütung

Der Abbildung 51 ist zu entnehmen, dass 83% aller Schülerinnen und Schüler der Oberstufe der Überzeugung waren, dass „Beide zu gleichen Teilen“ für die Verhütung zuständig sind.

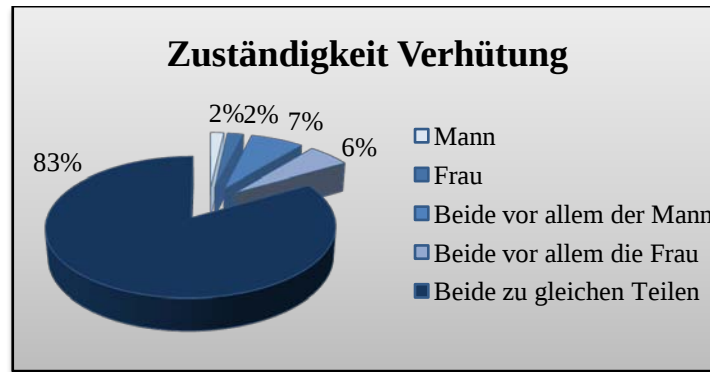


Abb.51: Zuständigkeit für Verhütung.
Gesamte Stichprobe. (n=282)

Hinsichtlich der Bewertung der Zuständigkeit für die Verhütung ließ sich zwischen den Schulstufen ($p=0,130$) und in Abhängigkeit sexueller Erfahrungen ($p=0,532$) kein signifikanter Unterschied feststellen. Bezüglich der Geschlechter konnte ein hoch signifikantes Ergebnis ermittelt werden ($p=0,001$). Daher soll im folgenden Abschnitt noch näher auf diesen signifikanten Geschlechtsunterschied eingegangen werden.

Die Tabelle 6 zeigt, dass 11% der Burschen der Ansicht waren, dass „Beide, aber vor allem der Mann“ für die Verhütung zuständig sind. Die anderen Zuständigkeitspunkte wurden bei Mädchen und Burschen mit unter 10% nur gering abgedeckt. Diese Werte sind in Abbildung 52 demonstriert.

	Mann	Frau	Beide vor allem der Mann	Beide vor allem die Frau	Beide zu gleichen Teilen
Männlich	3%	7%	11%	7%	72%
Weiblich	1%	0%	5%	5%	89%

Tab.6: Zuständigkeit für Verhütung.
Differenziert nach Geschlecht.(n=282)

Die Abbildung 52 zeigt die Veränderung der Meinung „Beide sind zu gleichen Teilen für die Verhütung zuständig“ mit steigender Schulstufe. Die Schulstufenunterschiede waren nicht signifikant ($p=0,513$), aber es war deutlich eine Tendenz erkennbar. Mit steigender Schulstufe nahm die Häufigkeit dieser Meinung sowohl bei den Burschen, als auch bei den Mädchen zu. Außerdem wird in der Graphik deutlich, dass von der 9. bis zur 12. Schulstufe mehr Mädchen als Burschen der Ansicht waren, dass beide für die Verhütung verantwortlich sind.

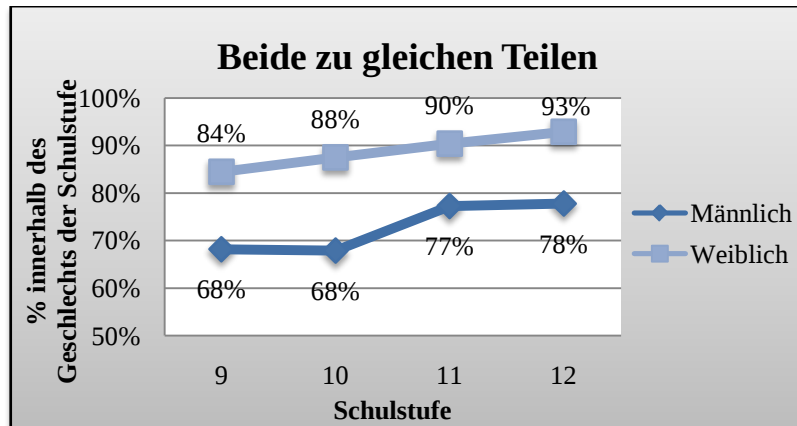


Abb. 52: Zuständigkeit für Verhütung.
Differenziert nach Schulstufe. (n=235)

6.3.13 Pille-danach

6.3.13.1 Von der Pille-danach gehört

Hinsichtlich der Bekanntheit der Pille-danach konnte weder zwischen den Geschlechtern ($p=0,167$) noch zwischen den Schulstufen ($p=0,135$) ein signifikanter Unterschied zu beobachtet werden.

Die Abbildung 53 führt vor Augen, dass 95,8% der gesamten Stichprobe von der Pille-danach gehört haben. In jeder der vier Schulstufen wussten mindestens 90% der Schülerinnen und Schüler über die Möglichkeit der Pille-danach Bescheid.

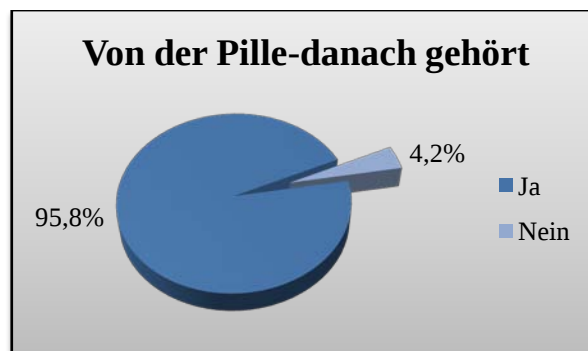


Abb.53: Von der Pille-danach gehört.
Gesamte Stichprobe. (n=283)

Ein signifikanter Zusammenhang konnte bezüglich der bisherigen Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr ($p=0,007$) ermittelt werden. In der Graphik (Abb.54) wird deutlich, dass 100% der Probanden die Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr gesammelt hatten, auch schon von der Pille-danach gehört haben. Jene Probanden die noch nichts über die Pille-danach wussten (7%), hatten obendrein auch noch keine Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr gemacht.

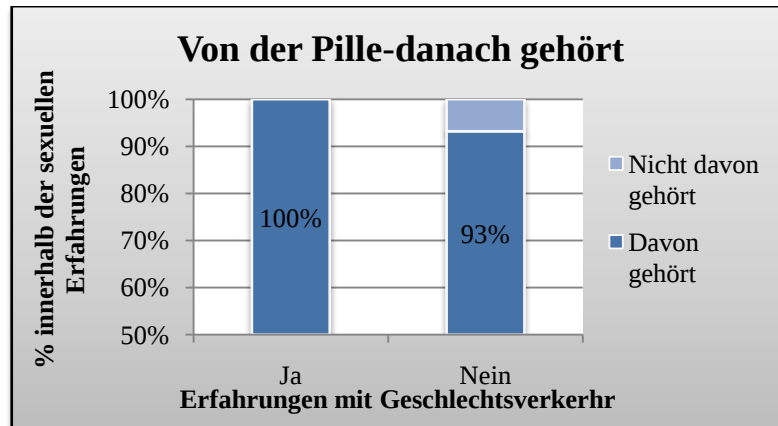


Abb.54: Von der Pille-danach gehört.
Differenziert nach sexuellen Erfahrungen. (n=278)

6.3.13.2 Was ist die Pille-danach

Die Graphik (Abb.55) zeigt wie sich die Beschreibung der Eigenschaft der Pille-danach über die Schulstufen veränderte. Die gesamte Veränderung war nicht signifikant ($p=0,067$). Dennoch war eine Tendenz, die Pille-danach als „Notfallspille“ einzustufen, mit steigender Schulstufe erkennbar. Der gegenteilige Trend zeigte sich in der Einstufung der Pille-danach als „Abtreibungspille“.

Die Pille-danach wurde nur sporadisch als „Gängiges Verhütungsmittel“ bezeichnet, und nur wenige Probanden gaben an, nichts über die Eigenschaft der Pille-danach zu wissen.

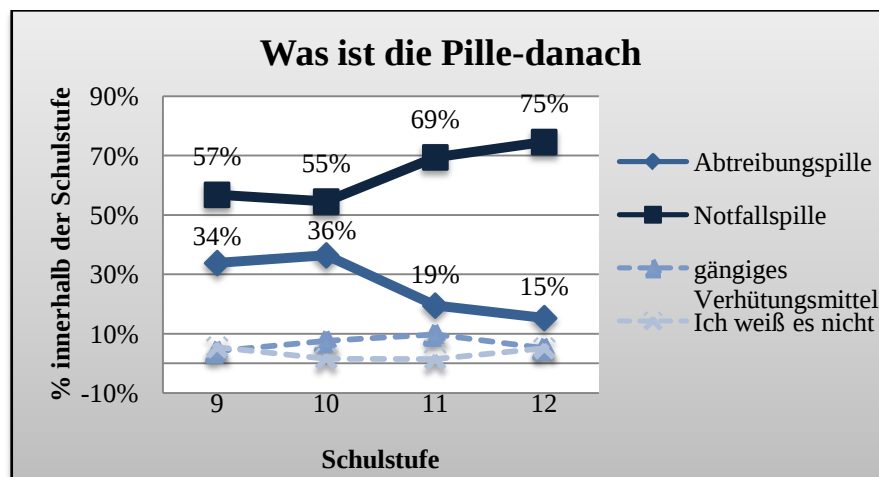


Abb.55: Was ist die Pille-danach.
Differenziert nach Schulstufe. (n=271)

Die Geschlechtsunterschiede waren bezüglich der Eigenschaft der Pille-danach hoch signifikant ($p=0,000$). Der Abbildung 56 ist zu entnehmen, dass die Pille-danach von beiden Geschlechtern mit ähnlicher Häufigkeit als „Notfallspille“ beschrieben wurde (Burschen: 62%, Mädchen: 64%). 30% der Mädchen schilderten sie als „Abtreibungspille“,

während nur 19% der Burschen diese Meinung vertraten. 17% der Burschen waren der Ansicht, dass die Pille-danach ein „Gängiges Verhütungsmittel“ sei, während nur 2% der Mädchen diese Überzeugung waren.

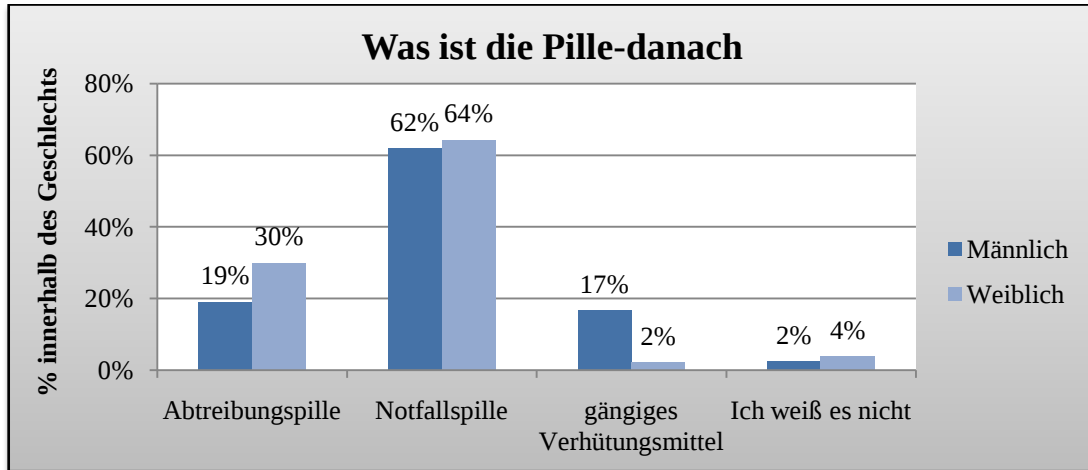


Abb.56: Was ist die Pille-danach.
Differenziert nach Geschlecht. (n=271)

Bezüglich der Einschätzung der Pille-danach konnte ein signifikanter Zusammenhang mit vorhandenen Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr ($p=0,004$) festgestellt werden. In Abbildung 57 ist auffallend, dass 77% der Probanden mit Erfahrungen und nur 56% derjenigen ohne Erfahrungen die Pille-danach als „Notfallspille“ einordneten. Als „Abtreibungspille“ wurde die Pille-danach von 17% der Testpersonen mit Erfahrung und von einem Drittel (32%) der Testpersonen ohne Erfahrung bezeichnet.

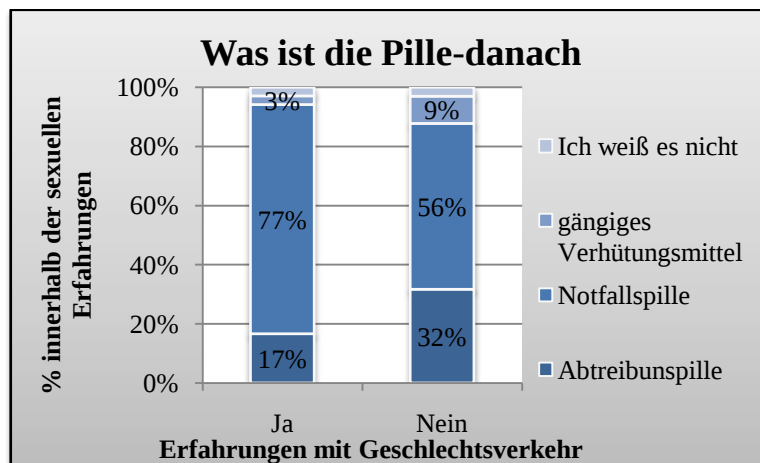


Abb.57: Was ist die Pille-danach.
Differenziert nach sexuellen Erfahrungen. (n=266)

6.3.13.3 Wie wirkt die Pille-danach

Die Abbildung 58 veranschaulicht die Veränderung der angegebenen Wirkungsweise der Pille-danach. Die Veränderung über die Schulstufen war nicht signifikant ($p=0,287$).

Dennoch war mit steigender Schulstufe eine Tendenz der Kategorie „Verhindert Einnistung“ nach oben zu erkennen.

Die Häufigkeit von „Ich weiß es nicht“ schwankte über die vier Schulstufen von 22% bis 28% und jene der Kategorie „Zerstört befruchtete Eizelle“ schwankte von 14% bis 23%. Die Angabe, dass der „Eisprung“ oder die „Verschmelzung“ verhindert würde, machten in jeder Schulstufe weniger als 10% der Schüler und Schülerinnen.

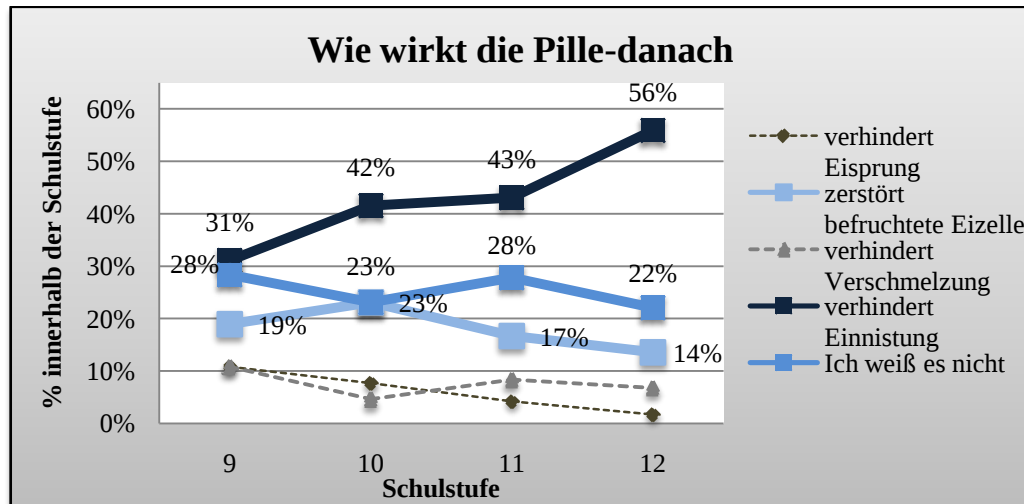


Abb.58: Wie wirkt die Pille-danach.
Differenziert nach Schulstufe. (n=270)

Die Geschlechtsunterschiede waren bezüglich des Wissens um die Wirkungsweise sehr signifikant ($p=0,003$) und werden in Abbildung 59 dargestellt.

Etwa die Hälfte der Mädchen (48%) war der Ansicht, dass die Pille-danach die „Einnistung verhindert“. Diese Meinung unterstützten nur 29% der Burschen. 16% der Mädchen gaben als Wirkungsweise die „Zerstörung der befruchteten Eizelle“ an. 23% der Burschen vertreten auch diese Ansicht und 13% der Burschen gaben an, dass mit der Pille-danach der „Eisprung verhindert“ werden kann. Die Antwort nicht zu wissen gaben 29% der männlichen und 24% der weiblichen Probanden an.

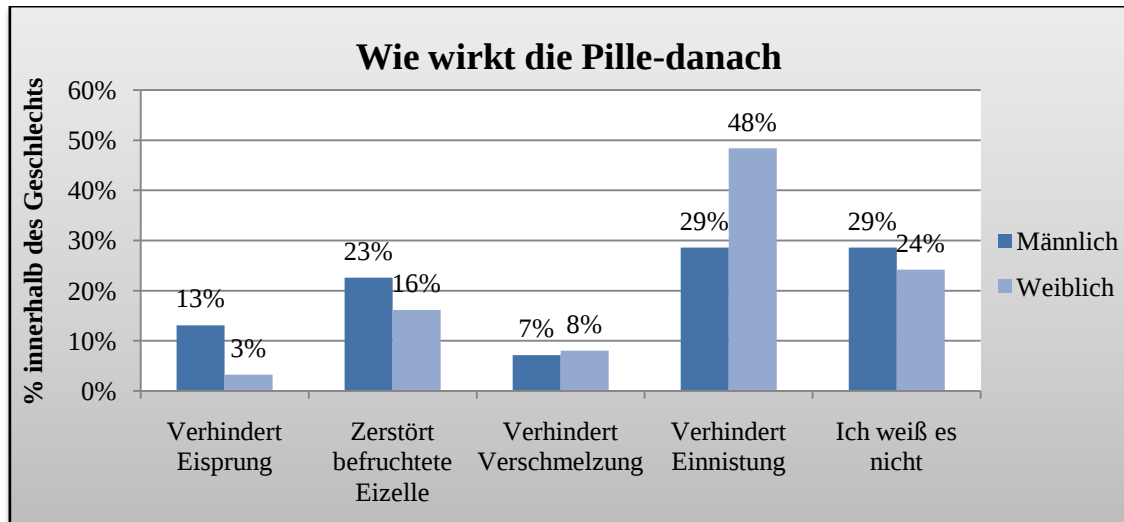


Abb.59: Wie wirkt die Pille-danach.
Differenziert nach Geschlecht. (n=270)

Zwischen den vorhandenen Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr und dem Wissen um die Wirkungsweise der Pille konnte ein signifikanter Zusammenhang ($p=0,009$) festgestellt werden. Mehr als die Hälfte der Probanden mit sexuellen Erfahrungen (55%) und nur ein Drittel derjenigen ohne Erfahrungen (34%) gaben als Wirkungsweise das „Verhindern der Einnistung“ an.

Die Antwort nicht zu wissen, führten 29% der Testpersonen ohne Erfahrung, und nur 19% derer mit Erfahrung an. Dass die Pille-danach die „Befruchtete Eizelle zerstöre“, war die Ansicht von 15% der Probanden mit Erfahrung, und 20% derer ohne Erfahrung (siehe Abb.60).

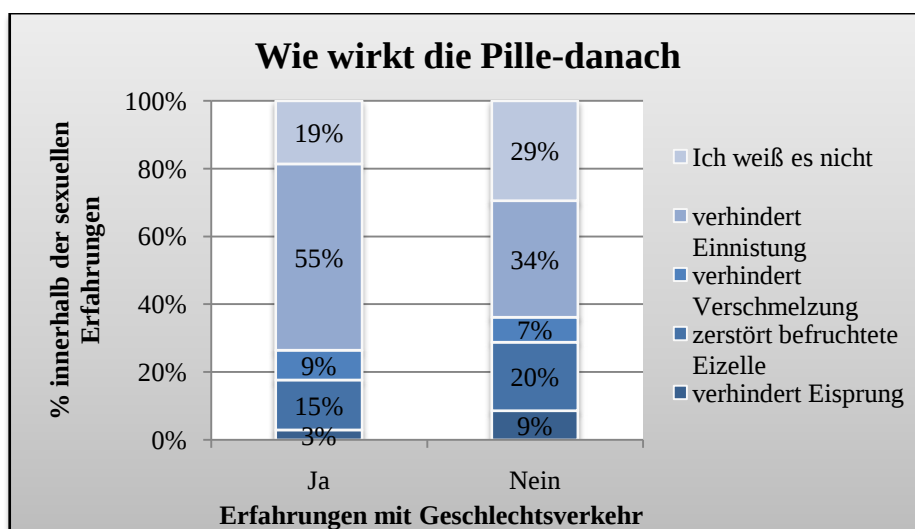


Abb.60: Wie wirkt die Pille-danach.
Differenziert nach sexuellen Erfahrungen. (n=265)

6.3.14 Schwangerschaftsabbruch straffrei

6.3.14.1 Ist eine Abtreibung straffrei

Abbildung 61 zeigt, dass 97% der gesamten Stichprobe angaben, dass eine Abtreibung in Österreich straffrei ist. Im Vergleich der Schulstufen konnten keine signifikanten Unterschiede ($p=0,457$) festgestellt werden. In jeder Schulstufe waren sich mindestens 94% über die Straffreiheit der Abtreibung bewusst.

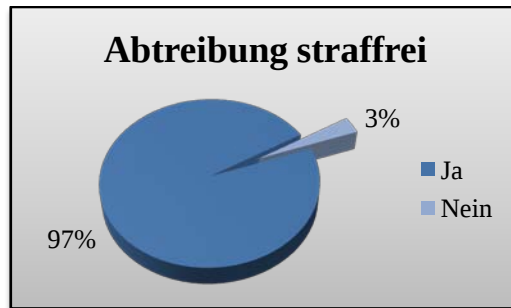


Abb.61: Ist eine Abtreibung in Österreich straffrei.
Gesamte Stichprobe. (n=281)

Der Geschlechtsvergleich ergab, dass 98% der Mädchen und 93% der Burschen die Abtreibung als straffrei erkannten (siehe Abb.62). Daraus folgte bezüglich dieser Einschätzung einen signifikanten Unterschied ($p=0,022$) zwischen den Geschlechtern.

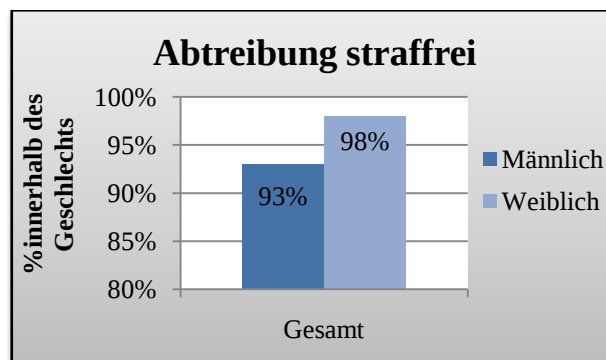


Abb.62: Ist eine Abtreibung in Österreich straffrei.
Differenziert nach Geschlecht. (n=281)

Die Betrachtung der Geschlechtsunterschiede in dieser Einschätzung in den einzelnen Schulstufen ergab, dass nur in der 9. Schulstufe ein signifikanter Unterschied ($p=0,016$) zwischen Burschen und Mädchen festgestellt werden kann. In den anderen Schulstufen waren die Geschlechtsunterschiede nicht signifikant.

In Abbildung 63 ist der signifikante Geschlechtsunterschied der 9. Schulstufe dargestellt. 100% der Mädchen und 90% der Burschen gaben an, dass die Abtreibung in Österreich straffrei ist.

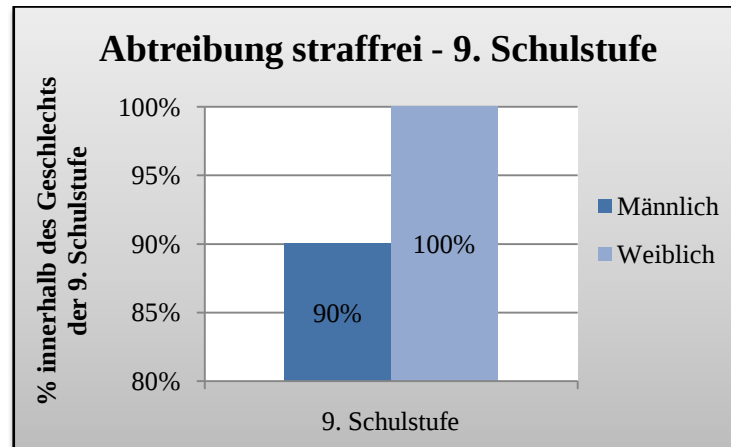


Abb.63: Ist eine Abtreibung in Österreich straffrei - 9. Schulstufe.
Differenziert nach Geschlecht. (n=80)

6.3.14.2 Bis zu welcher SSW ist eine Abtreibung straffrei

Die Veränderung dieser Einschätzung über die Schulstufen ergab bei der Signifikanzprüfung einen signifikanten Unterschied ($p=0,030$). Bezüglich des Geschlechts konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden ($p=0,100$).

In Abbildung 64 ist erkennbar, dass die Häufigkeit der angegebenen „12. Schwangerschaftswoche“ als Grenze für die Straffreiheit von der 9. (36%) bis zur 12. Schulstufe (53%) stark anstieg. Im Vergleich dazu sank die Häufigkeit der „8.Schwangerschaftswoche“ mit steigender Schulstufe von der 9. (35%) bis zur 12. (17%). Die Häufigkeit der Angabe „Ich weiß es nicht“ fiel von der 10. (22%) bis zur 12.Schulstufe (12%) stark ab.

Die „16.“ und „24.Schwangerschaftswoche“ wurden in allen Schulstufen von ungefähr 10% und weniger angegeben. „Bis kurz vor der Geburt“ wurde von der 9. bis zur 11. Schulstufe von 0% angegeben und im Übergang zur 12. Schulstufe stieg die Häufigkeit dann auf 9% an.

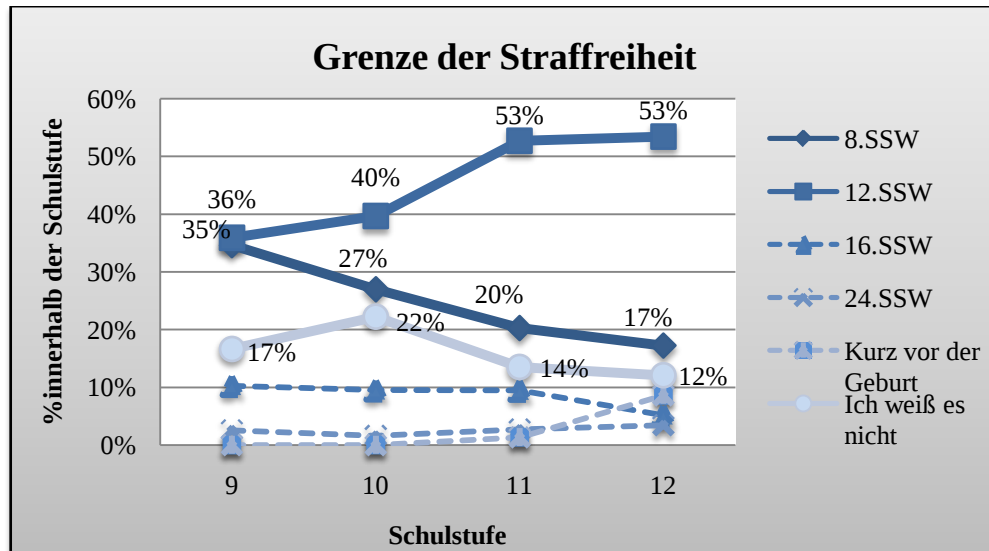


Abb.64: Grenze der Straffreiheit in Österreich.
Differenziert nach Schulstufe. (n=273)

6.3.15 Risiken nach einem Abbruch

6.3.15.1 Ergeben sich Risiken

Die Graphik (Abb.65) zeigt, dass 91% der Schülerinnen und Schüler der Ansicht waren, dass sich bei einem Schwangerschaftsabbruch Risiken ergeben können. In jeder der vier Schulstufen waren mindestens 87% dieser Ansicht. Nur 9% der gesamten Stichprobe waren der Meinung, dass sich keine Risiken ergeben.



Abb.65: Können sich Risiken ergeben.
Gesamte Stichprobe. (n=278)

Die Signifikanzprüfung ergab in der Risikoeinschätzung weder zwischen den Geschlechtern ($p=0,115$) noch zwischen den Schulstufen ($p=0,340$) und den sexuellen Erfahrungen ($p=0,571$) ein signifikantes Ergebnis.

6.3.15.2 Welche Risiken ergeben sich

Abbildung 66 zeigt, dass von 84% der Stichprobe „Depression“ als mögliches Risiko angegeben wurde. An zweiter Stelle folgte die „Beeinträchtigung der Fruchtbarkeit“ mit

45%, an dritter Stelle das „Erhöhte Frühgeburtsrisiko“ mit 38% und mit die „erhöhte Suizidrate“ mit 25%. „Herzinfarktrisiko“ und „Bluthochdruck“ wurden jeweils von weniger als 4% als mögliches Risiko angegeben.

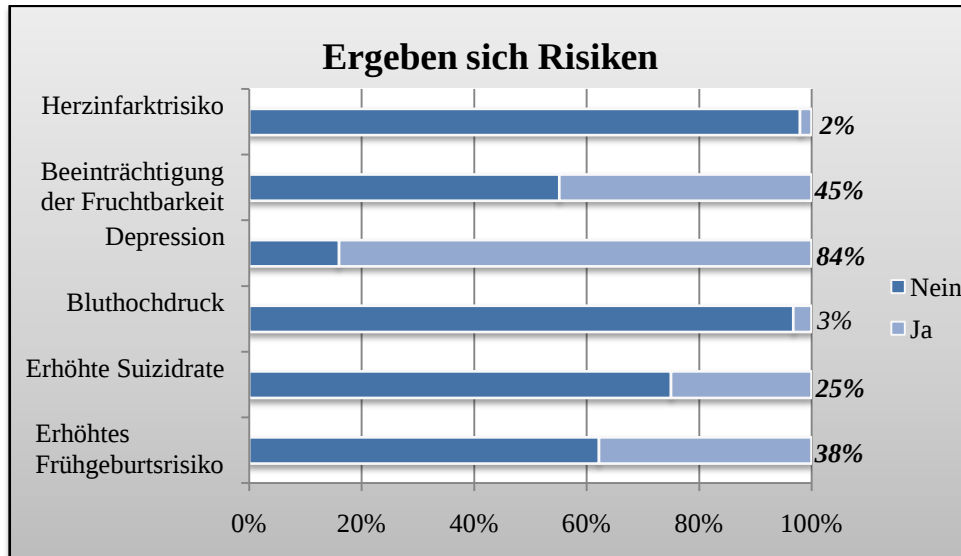


Abb.66: Können sich Risiken ergeben.
Gesamte Stichprobe. (n=286)

Die Häufigkeit der Nennung der verschiedenen Risiken änderte sich von der 9. bis zur 12. Schulstufe und bezüglich der Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr nicht signifikant. Ebenfalls ergibt die Signifikanzprüfung bezüglich der Geschlechter kein signifikantes Ergebnis (siehe.Tab.7).

		Erhöhtes Frühgeburtsrisiko	Erhöhte Suizidrate	Bluthochdruck	Depression	Beeinträchtigung der Fruchtbarkeit	Herzinfarktrisiko
Geschlecht	Männlich	33%	32%	5%	81%	38%	5%
	Weiblich	40%	22%	2%	85%	47%	1%
Signifikanz - Geschlecht		0,309	0,125	0,207	0,374	0,195	0,013
		ns	ns	ns	ns	ns	*

Tab.7: Können sich Risiken ergeben.
Differenziert nach Geschlecht. (n=286)

6.3.16 Andere Möglichkeiten

Wird die gesamte Stichprobe in Betracht gezogen (siehe Abb.67) so gaben 91% der Probanden an, dass es andere Möglichkeiten für Eltern gibt, die ihr Kind nicht behalten wollen.

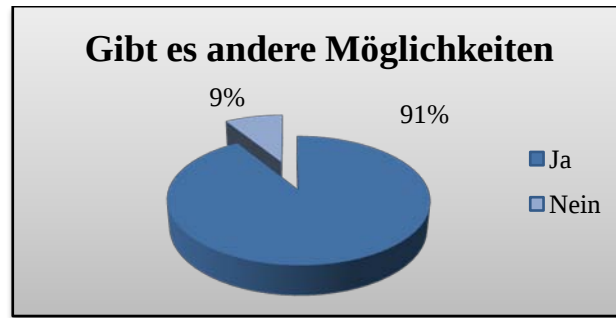


Abb.67: Gibt es andere Möglichkeiten.
Gesamte Stichprobe. (n=285)

Hinsichtlich der Schulstufen ist bezüglich der gesamten Stichprobe kein signifikanter Unterschied ($p=0,677$) feststellbar.

Differenziert man die gesamte Stichprobe nach dem Geschlecht, so war ein sehr signifikanter Unterschied ($p=0,002$) erkennbar. Während 95% der Mädchen die Frage mit „Ja“ beantworteten, waren nur 84% der Burschen derselben Ansicht. Diese Werte sind in Abbildung 68 dargestellt.

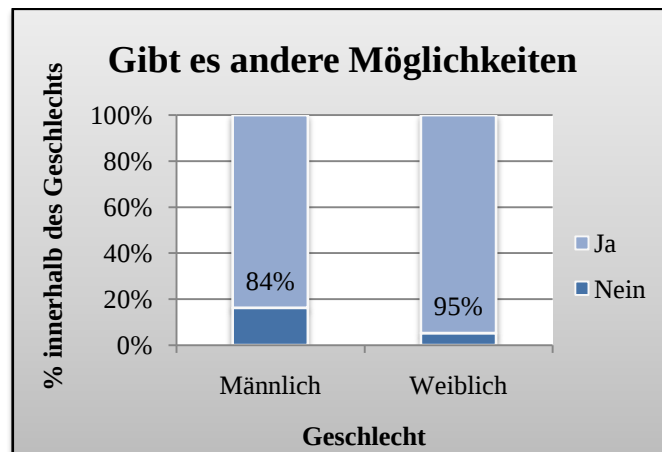


Abb.68: Gibt es andere Möglichkeiten.
Differenziert nach Geschlecht. (n=285)

Die Signifikanzprüfung dieser Einschätzung ergab bezüglich der vorhandenen Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr einen signifikanten Zusammenhang ($p=0,022$). 96% der Probanden mit Erfahrungen und nur 88% derer ohne Erfahrungen waren sich über andere Möglichkeiten bewusst. Siehe dazu Abbildung 69.

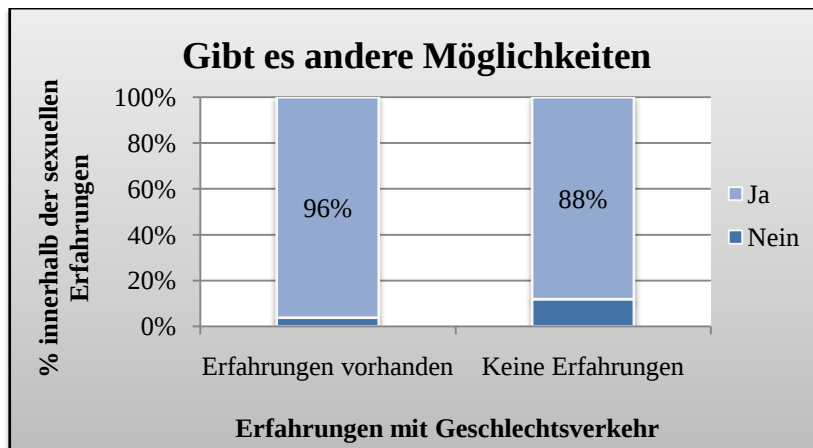


Abb.69: Gibt es andere Möglichkeiten.
Differenziert nach sexuellen Erfahrungen. (n=280)

Als Beispiel für andere Möglichkeiten wurde am häufigsten die „Adoption“ mit 228 Nennungen angeführt. Seltener wurden „Babyklappe“ (64 Nennungen), „Pflegefamilie“ (28 Nennungen) oder „Kinderheim“ (27 Nennungen) angegeben.

6.4 Einstellung zu Schwangerschaft und Abtreibung

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Fragen beschrieben, die die persönliche Einstellung der Probanden betreffen.

6.4.1 Kind in jetziger Lebenssituation behalten

Im folgenden Kapitel wurden die positiven Antworten „Ja sicher“ und „Ja eher schon“, zu „Ja“, sowie die negativen Antworten „Nein sicher nicht“ und „Nein eher nicht“ zu „Nein“ zusammengefasst. Auf diese Weise kann die Entscheidung für oder gegen das Kind besser verdeutlicht werden.

Die Signifikanzprüfung ergab bezüglich der sexuellen Erfahrungen und der Einstellung zu einem möglichen Kind bei zwei Kategorien („Ja“ und „Nein“) keinen signifikanten Zusammenhang ($p=0,545$).

In Abbildung 70 sind die Häufigkeiten der 9. und 12. Schulstufe zum Vergleich angeführt.

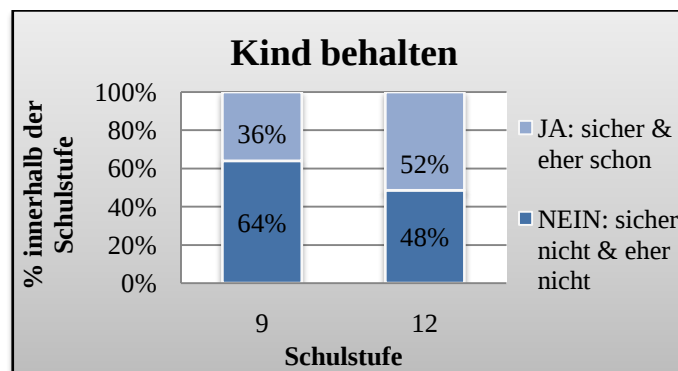


Abb.70: Das Kind behalten.
Differenziert nach 9. & 12. Schulstufe. (n=79+58)

Es wird deutlich, dass in der 9. Schulstufe 64% der Probanden das Kind in der jetzigen Lebenssituation „Sicher nicht“ bzw. „Eher nicht“ behalten würden. In der 12. Schulstufe sank diese Häufigkeit auf 48% ab, sodass mehr als die Hälfte (52%) das Kind „Sicher“ bzw. „Eher schon“ behalten würden.

Es war also eine Tendenz erkennbar. Die Signifikanzprüfung ergab jedoch bezüglich der Schulstufen und der Kategorien „Ja“ und „Nein“ keinen signifikanten Zusammenhang ($p=0,134$).

Bei der Betrachtung der Geschlechtsunterschiede bezüglich dieser Entscheidung fällt in Abbildung 71 auf, dass 69% der Burschen und im Vergleich dazu 54% der Mädchen das

Kind „Sicher nicht“ bzw. „Eher nicht“ behalten würden. Etwa die Hälfte der Schülerinnen (46%) und ein Drittel der Schüler (31%) würden das Kind in der jetzigen Lebenssituation behalten. Dieser Zusammenhang war signifikant ($p=0,019$).

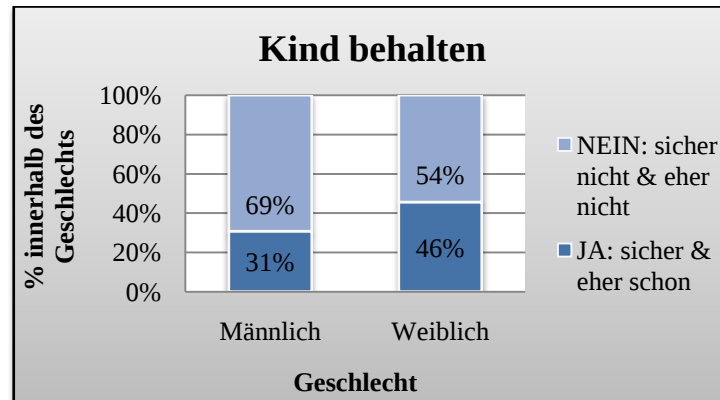


Abb.71: Das Kind behalten.
Differenziert nach Geschlecht. (n=88+189)

6.4.2 Bei jeder ungewollten Schwangerschaft

In Abbildung 72 wird die Einstellung aller Probanden zu einer Abtreibung bei jeder ungewollten Schwangerschaft dargestellt. Es ist ersichtlich, dass ein Abbruch in dieser Situation für 30% „Eher akzeptabel“ und für nur 8% der Probanden „Eindeutig akzeptabel“ wäre. Für 39% der Testpersonen wäre eine Abtreibung „Eher nicht akzeptabel“ und für 23% „Eindeutig nicht akzeptabel“.

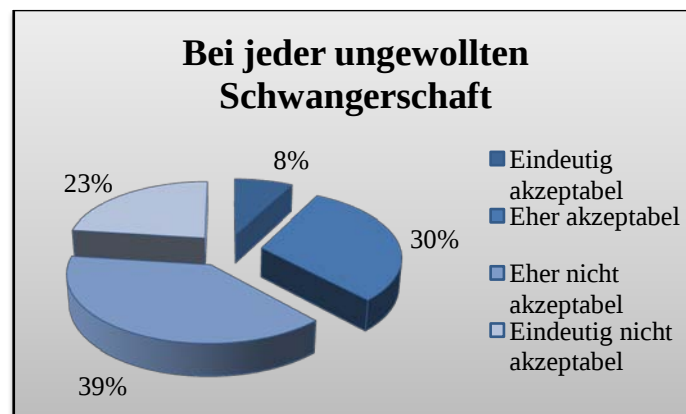


Abb.72: Bei jeder ungewollten Schwangerschaft.
Gesamte Stichprobe. (n=283)

Die Signifikanzprüfung ergab bezüglich des Geschlechts einen signifikanten Zusammenhang mit der Akzeptanz einer Abtreibung bei jeder ungewollten Schwangerschaft ($p=0,031$).

Dieser signifikante Zusammenhang ist in Abbildung 73 dargestellt. Die Graphik zeigt, dass im Geschlechtsvergleich die mittleren Kategorien „Eher akzeptabel“ und „Eher nicht akzeptabel“ keine Unterschiede in der Häufigkeit aufwiesen. Die Kategorie „Eindeutig akzeptabel“ wurde häufiger von den Burschen (14%) als von den Mädchen (5%) angegeben. „Eindeutig nicht akzeptabel“ wäre ein Schwangerschaftsabbruch für 26% der Mädchen und 17% der Burschen.

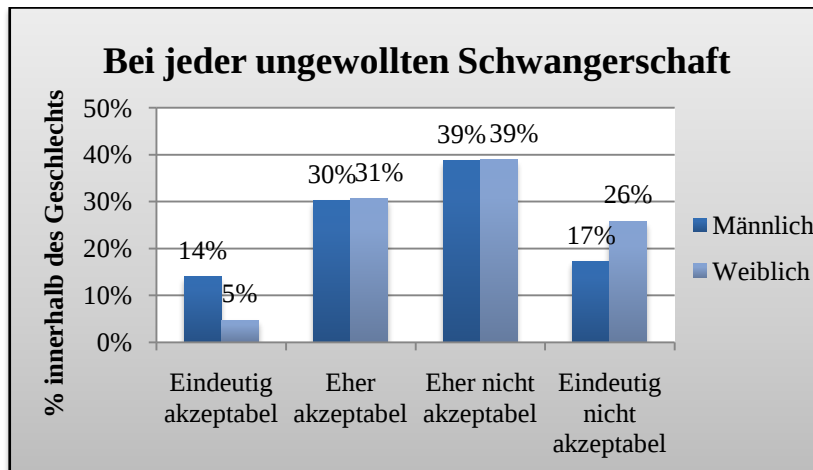


Abb.73: Bei jeder ungewollten Schwangerschaft.
Differenziert nach Geschlecht. (n=283)

Die Veränderung der Häufigkeit dieser Einschätzung war über die Schulstufen nicht signifikant ($p=0,124$). Wurden die Geschlechter bezüglich der Schulstufe unabhängig voneinander betrachtet, war die Veränderung bei den Burschen nicht signifikant ($p=0,923$) und bei den Mädchen signifikant ($p=0,014$). Die Schulstufenunterschiede der weiblichen Probanden sind in Abbildung 74 dargestellt.

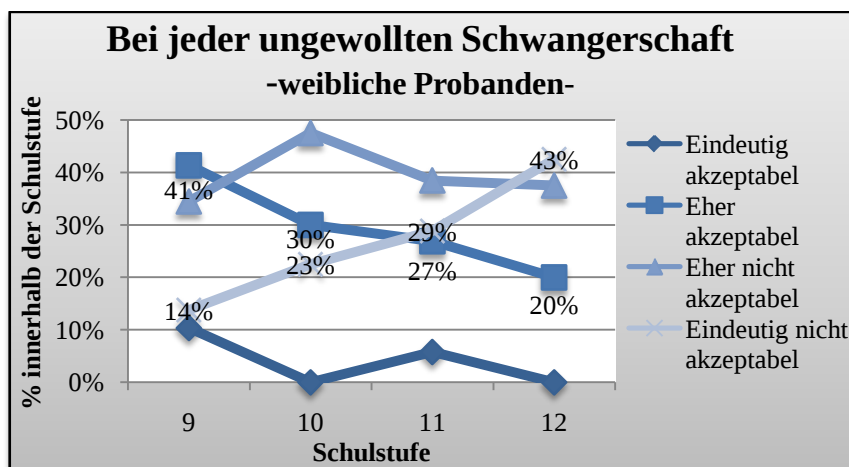


Abb.74: Bei jeder ungewollten Schwangerschaft - Weibliche Probanden.
Differenziert nach Schulstufe. (n=190)

In der Graphik (siehe Abb.74) fällt auf, dass die Häufigkeit der Kategorie „Eindeutig nicht akzeptabel“ mit steigender Schulstufe von 14% (9. Schulstufe) auf 43% (12. Schulstufe) anstieg. Die Kategorie „Eher akzeptabel“ verhielt sich genau konträr zu der eben beschriebenen Kategorie. Je höher die Schulstufe, umso geringer war die Häufigkeit.

Wurden die Kategorien „Eindeutig akzeptabel“ und „Eher akzeptabel“ zu „Akzeptabel“ und die Kategorien „Eher nicht akzeptabel“ und „Eindeutig nicht akzeptabel“ zur „Nicht akzeptabel“ zusammengefasst, so bestand ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Schulstufe und der Akzeptanz einer Abtreibung ($p=0,028$). Dieser signifikante Zusammenhang ist in Abbildung 75 dargestellt.

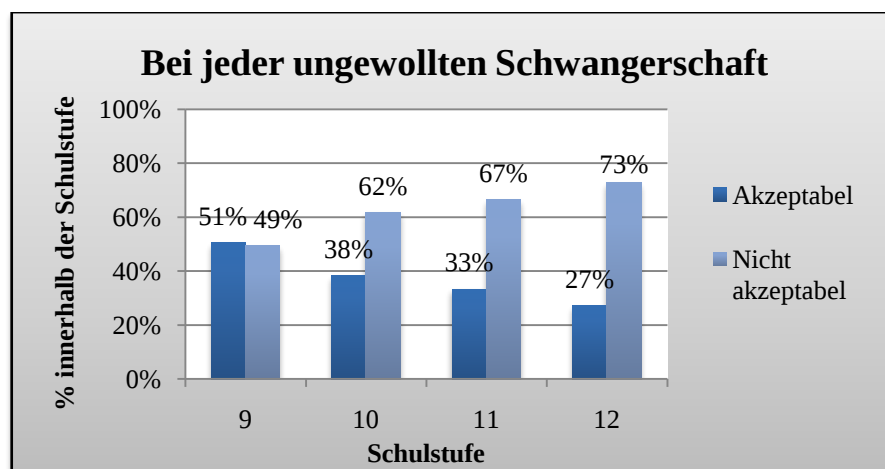


Abb.75: Bei jeder ungewollten Schwangerschaft.
Differenziert nach Schulstufe. (n=283)

Die Graphik (Abb.75) veranschaulicht, dass in der 9. Schulstufe für eine Hälfte der Probanden eine Abtreibung „Akzeptabel“ (51%), für die andere Hälfte „Nicht akzeptabel“ (49%) wäre. Nach der 9. Schulstufe nahm die Häufigkeit der Kategorie „Nicht akzeptabel“ mit steigender Schulstufe sehr rasch zu und erreichte bis zur 12. Schulstufe 73%. Dementsprechend nahm die Häufigkeit der Kategorie „Akzeptabel“ bis zur 12. Schulstufe hin stark ab (27%). Je höher die Schulstufe umso seltener wäre eine Abtreibung bei jeder ungewollten Schwangerschaft akzeptabel.

Hinsichtlich der vorhandenen sexuellen Erfahrungen konnte kein signifikanter Zusammenhang ($p=0,621$) mit der Akzeptanz einer Abtreibung bei jeder ungewollten Schwangerschaft festgestellt werden. Wurden die vier Kategorien auf zwei Kategorien („Akzeptabel“ und „Nicht akzeptabel“) zusammengefasst, so war auch dieser Zusammenhang nicht signifikant ($p=0,339$).

6.4.3 Bei ungewollter Schwangerschaft vor dem 18. Geburtstag

In Abbildung 76 wird die Einstellung der gesamten Stichprobe bezüglich einer Abtreibung bei einer ungewollten Schwangerschaft vor dem 18. Geburtstag dargestellt. Es fällt auf, dass sich die Häufigkeiten relativ gleichmäßig auf die vier Kategorien aufteilen. An erster Stelle lag die Kategorie „Eher akzeptabel“ mit 37%, an zweiter Stelle „Eher nicht akzeptabel“ mit 30%. „Eindeutig akzeptabel“ bzw. „Eindeutig nicht akzeptabel“ wurde von 16% bzw. 18% der Probanden angegeben.

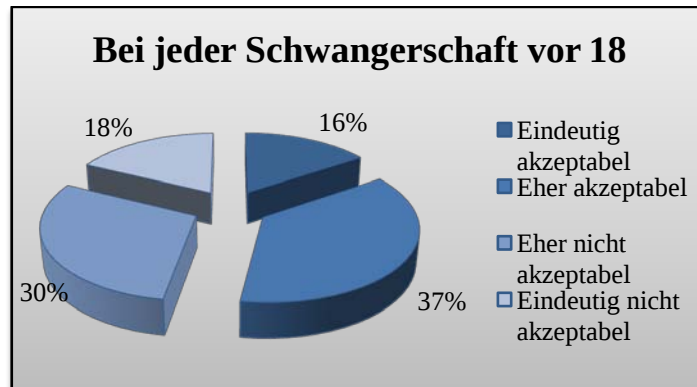


Abb.76: Bei jeder Schwangerschaft vor 18.
Gesamte Stichprobe. (n=282)

Die Signifikanzprüfung ergab bezüglich des Geschlechts einen signifikanten Zusammenhang ($p=0,013$) mit der Akzeptanz einer Abtreibung bei einer ungewollten Schwangerschaft vor dem 18. Geburtstag.

Wurden die Kategorien „Eindeutig akzeptabel“ und „Eher akzeptabel“ zu „Akzeptabel“ und die Kategorien „Eher nicht akzeptabel“ und „Eindeutig nicht akzeptabel“ zur „Nicht akzeptabel“ zusammengefasst, so war der Geschlechtsunterschied noch deutlicher ($p=0,006$).

Dieser signifikante Zusammenhang ist in Abbildung 77 dargestellt. Es fällt auf, dass für 64% der Burschen und 47% der Mädchen eine Abtreibung in dieser Situation „Akzeptabel“ wäre. Ein Abbruch wäre also für Burschen eher akzeptabel als für Mädchen.

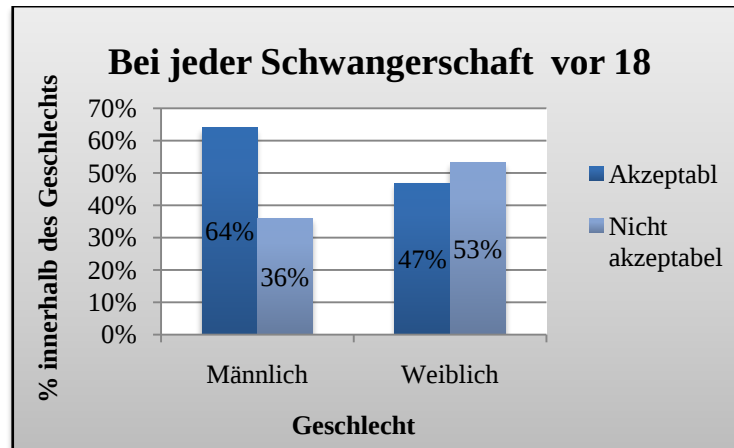


Abb.77: Bei jeder Schwangerschaft vor 18.
Differenziert nach Geschlecht. (n=282)

Die Unterschiede der Schulstufen waren sowohl bei Unterteilung in vier Kategorien ($p=0,556$) als auch bei Unterteilung in zwei Kategorien ($p=0,097$) nicht signifikant. In Abbildung 78 ist ersichtlich, dass sich die Häufigkeit bezüglich der Schulstufen also kaum verändert.

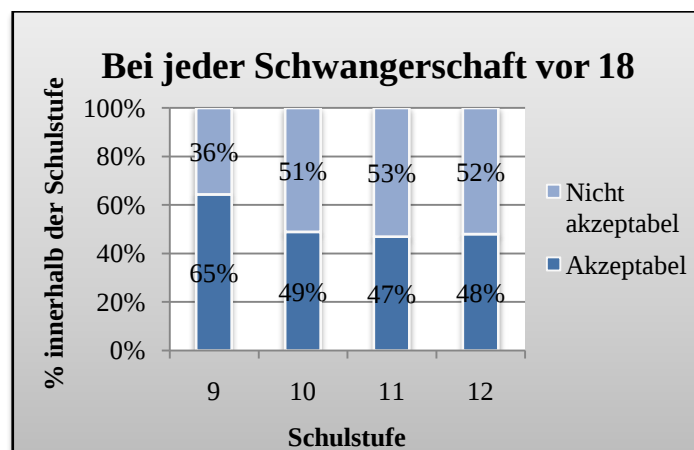


Abb.78: Bei jeder Schwangerschaft vor 18.
Differenziert nach Schulstufe. (n=277)

Die Unterschiede bezüglich der Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr waren weder bei Unterscheidung in 2 Kategorien ($p=0,880$) noch bei Unterscheidung in 4 Kategorien ($p=0,473$) signifikant.

6.4.4 Bei ungewollter Schwangerschaft vor dem 24. Geburtstag

In Abbildung 79 sind die Häufigkeiten der gesamten Stichprobe dargestellt. Auffällig war, dass eine Abtreibung bei einer Schwangerschaft vor dem 24. Geburtstag für nur 3% „Eindeutig akzeptabel“ und für 11% „Eher akzeptabel“ wäre. Für etwa die Hälfte der

Probanden (47%) wäre ein Abbruch „Eindeutig nicht akzeptabel“ und für 38% „Eher nicht akzeptabel“.

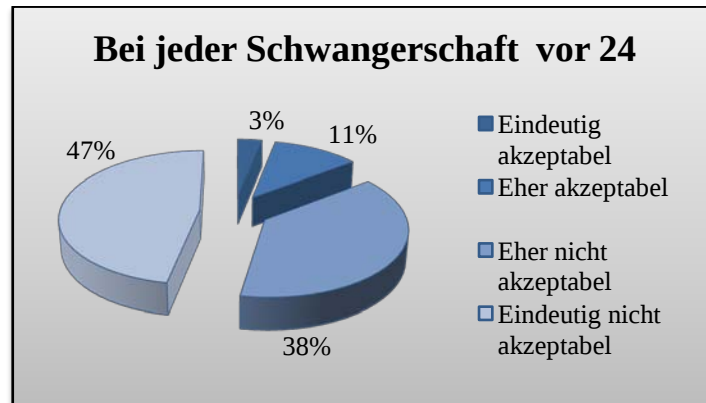


Abb.79: Bei jeder Schwangerschaft vor 24.
Gesamte Stichprobe. (n=280)

Die Geschlechtsdifferenz ist diesbezüglich signifikant ($p=0,031$). Wurden die Kategorien „Eindeutig akzeptabel“ und „Eher akzeptabel“ zu „Akzeptabel“ und die Kategorien „Eher nicht akzeptabel“ und „Eindeutig nicht akzeptabel“ zur „Nicht akzeptabel“ zusammengefasst, so war dieser Geschlechtsunterschied noch signifikanter ($p=0,016$).

Dieser signifikante Unterschied bezüglich der Geschlechter ist in Abbildung 80 dargestellt. In der Graphik ist ersichtlich, dass im Falle einer Schwangerschaft vor dem 24. Geburtstag für 22% der Burschen und nur 11% der Mädchen eine Abtreibung „Akzeptabel“ wäre.

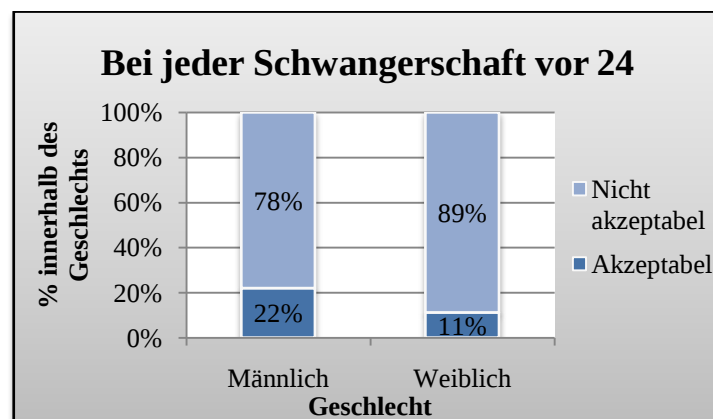


Abb.80: Bei jeder Schwangerschaft vor 24.
Differenziert nach Geschlecht. (n=280)

Die Signifikanzprüfung bezüglich der Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr ergab keinen signifikanten Zusammenhang mit dieser Einschätzung. Sowohl bezüglich der

Unterscheidung in vier ($p=0,825$) als auch in zwei ($p=0,672$) Kategorien konnte kein signifikantes Ergebnis ermittelt werden.

Die Unterschiede der Schulstufen waren ebenfalls weder bezüglich der Unterscheidung in vier ($p=0,202$) noch in zwei ($p=0,437$) Kategorien signifikant.

6.4.5 Bei ungewollter Schwangerschaft vor der Matura

In Abbildung 81 sind die Häufigkeiten der gesamten Stichprobe dargestellt. Es ist ersichtlich, dass sich die Häufigkeiten relativ regelmäßig auf drei Kategorien aufteilten. Herausragend war nur die Kategorie „Eher akzeptabel“, die mit 37% an erster Stelle lag. Darauf folgte „Eher nicht akzeptabel“ mit 26% und an dritter Stelle lag „Eindeutig nicht akzeptabel“ bzw. „Eindeutig akzeptabel“ mit 20% bzw. 18%.

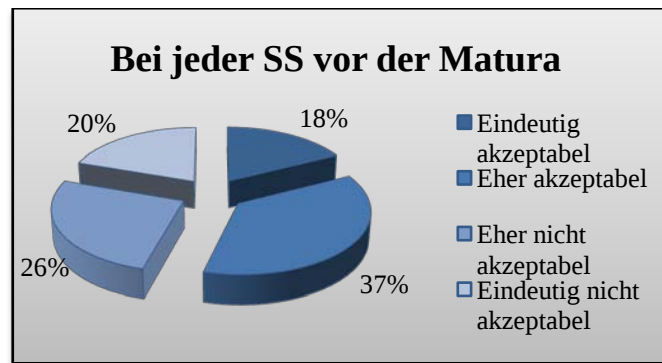


Abb.81: Bei jeder Schwangerschaft vor der Matura.
Gesamte Stichprobe. (n=279)

Beim Vergleich der Geschlechter bezüglich der Unterscheidung in vier Kategorien war kein signifikanter Unterschied ($p=0,053$) feststellbar. Wurden die vier Kategorien auf zwei reduziert, so ergab sich ein signifikantes Ergebnis ($p=0,019$), das in Abbildung 82 dargestellt ist.

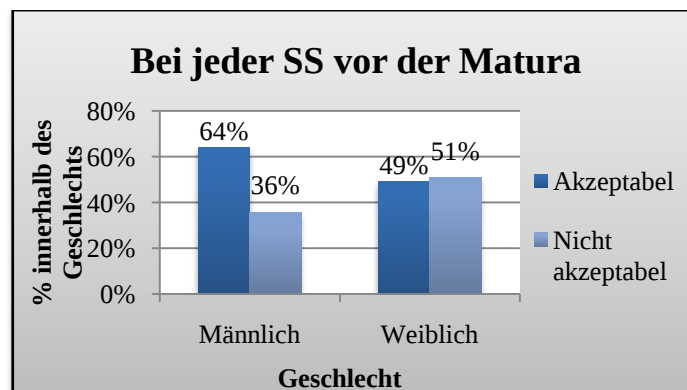


Abb.82: Bei jeder Schwangerschaft vor der Matura.
Differenziert nach Geschlecht. (n=279)

Aus der Graphik (Abb.82) geht hervor, dass für etwa eine Hälfte der Mädchen eine Abtreibung in dieser Situation „Akzeptabel“ (49%), und für die andere Hälfte „Nicht akzeptabel“ (51%) wäre. Im Vergleich dazu wäre für 64% der Burschen eine Abtreibung „Akzeptabel“ und nur 36% würden in dieser Situation einen Abbruch ablehnen.

Hinsichtlich der Schulstufe konnten weder bei Aufteilung in vier Kategorien ($p=0,974$), noch bei der Aufteilung in zwei Kategorien ($p=0,850$) signifikante Unterschiede gefunden werden. Es kam also von der 9. bis zur 12. Schulstufe zu keiner signifikanten Veränderung der Akzeptanz. Vergleicht man die sexuellen Erfahrungen mit der Akzeptanz einer Abtreibung bezüglich einer Schwangerschaft vor der Matura, so waren sowohl bei der Unterteilung in vier ($p=0,756$) als auch in zwei ($p=0,816$) Kategorien keine signifikanten Unterschiede feststellbar.

6.4.6 Bei ungewollter Schwangerschaft während weitere Ausbildungen

Alles in allem wäre eine Abtreibung einer Schwangerschaft während einer weiteren Ausbildung (zum Beispiel Studium) für nur 8% der Probanden „Eindeutig akzeptabel“ (siehe Abb.83). Für etwa jeweils ein Viertel der Befragten wäre ein Schwangerschaftsabbruch in dieser Situation „Eher akzeptabel“ (26%) bzw. „Eindeutig nicht akzeptabel“ (27%). Der Großteil, also 40% der Testpersonen, wählte die Antwortmöglichkeit „Eher nicht akzeptabel“.

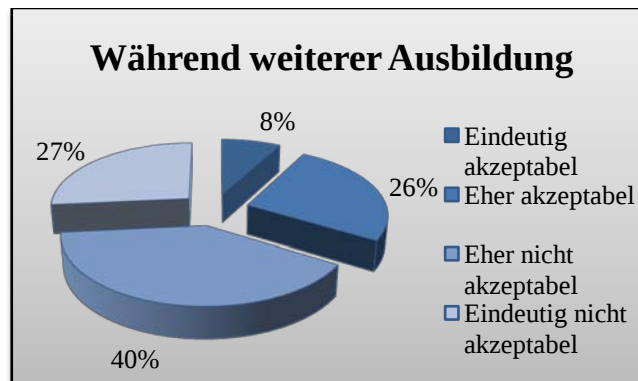


Abb.83: Bei jeder Schwangerschaft während weiterer Ausbildung.
Gesamte Stichprobe. (n=279)

Vergleicht man die Häufigkeiten der Einschätzungen beider Geschlechter, so war weder bei Unterscheidung in vier ($p=0,320$) noch bei Unterscheidung in zwei Kategorien ($p=0,106$) ein signifikantes Ergebnis feststellbar. In Abbildung 84 sind die Häufigkeiten beider Geschlechter nach zwei Kategorien unterschieden. Obwohl die Ergebnisse nicht

signifikant waren, ist in Abbildung 84 tendenziell erkennbar, dass für Burschen ein Abbruch in dieser Situation eher „Akzeptabel“ (40%) wäre, als für Mädchen (30%).

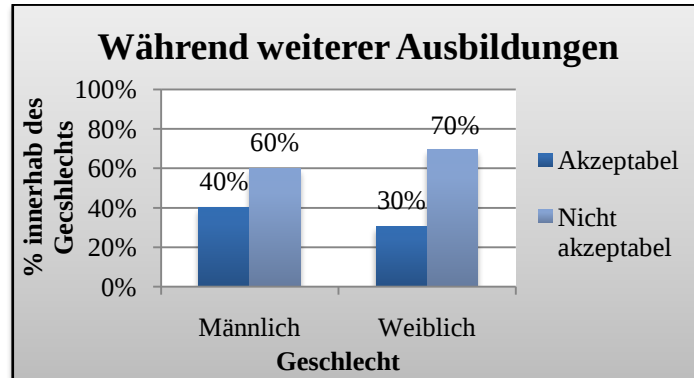


Abb.84: Bei jeder Schwangerschaft während weiterer Ausbildung. Differenziert nach Geschlecht. (n=279)

Beim Vergleich der Schulstufen ergab sich sowohl bei Unterteilung in vier Kategorien ($p=0,229$) als auch bei Unterteilung in zwei Kategorien ($p=0,102$) kein signifikanter Zusammenhang. Die Graphik (Abb.85) weist auf tendenzielle Schulstufenunterschiede hin, die jedoch nicht signifikant waren. Es fällt auf, dass in der 9. Schulstufe die Häufigkeit von „Akzeptabel“ (44%) in etwa der Häufigkeit von „Nicht akzeptabel“ (56%) entsprach. In der 9. und 10. Schulstufe lag die Häufigkeit der Aussage „Nicht akzeptabel“ deutlich über der Aussage „Akzeptabel“ und dieses Verhältnis ändert sich bis zur 12. Schulstufe lediglich kaum.

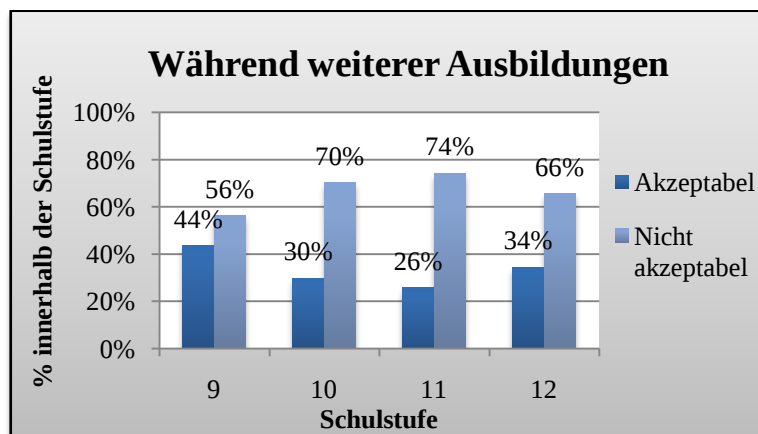


Abb.85: Bei jeder Schwangerschaft während weiterer Ausbildung. Differenziert nach Schulstufe. (n=279)

Hinsichtlich der vorhandenen Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr konnte weder bei der Aufteilung in vier Kategorien ($p=0,972$) noch bei der Aufteilung in zwei Kategorien ($p=0,735$) ein signifikantes Ergebnis festgestellt werden.

6.4.7 Bei Schwangerschaft eines ehemaligen Partners.

Im Falle einer Schwangerschaft mit einem ehemaligen Beziehungspartner, wäre für den Großteil der Probanden (39%) ein Schwangerschaftsabbruch „Eher nicht akzeptabel“. Für weitere 30% wäre eine Abtreibung „Eindeutig nicht akzeptabel“ und für 21% „Eher akzeptabel“. Nur wenige Probanden (9%) würden in dieser Situation eine Abtreibung „Eindeutig akzeptieren“.

Diese Ergebnisse sind in Abbildung 86 veranschaulicht.

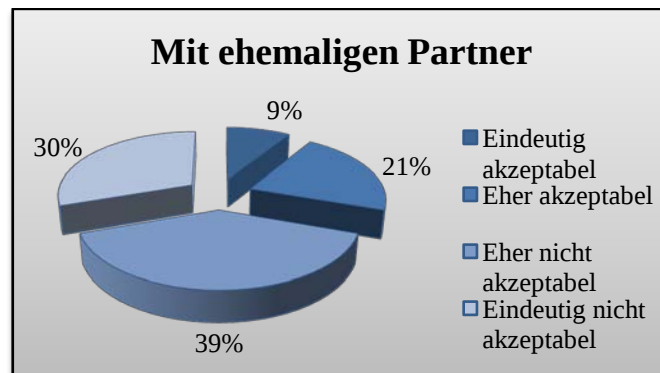


Abb.86: Bei Schwangerschaft mit ehemaligen Partner.
Gesamte Stichprobe. (n=280)

Wurden die Ergebnisse bezüglich der Geschlechter in vier bzw. zwei Kategorien unterteilt, so konnte in beiden Fällen ein hoch signifikanter Zusammenhang (beide $p=0,000$) beobachtet werden.

In Abbildung 87 ist die Unterteilung in vier Kategorien graphisch veranschaulicht. Während für 18% der Burschen ein Abbruch in dieser Situation „Eindeutig akzeptabel“ wäre, waren im Vergleich nur 5% der Mädchen dieser Überzeugung. „Eher akzeptabel“ wäre eine Abtreibung ebenfalls eher für die Burschen (29%), als für die Mädchen (18%). Die Häufigkeit der Kategorie „Eindeutig nicht akzeptabel“ lag bei den männlichen Probanden bei 20%, bei den weiblichen bei 35%. Außerdem wäre auch für mehr Mädchen (42%) als Burschen (34%) eine Abtreibung „Eher nicht akzeptabel“.

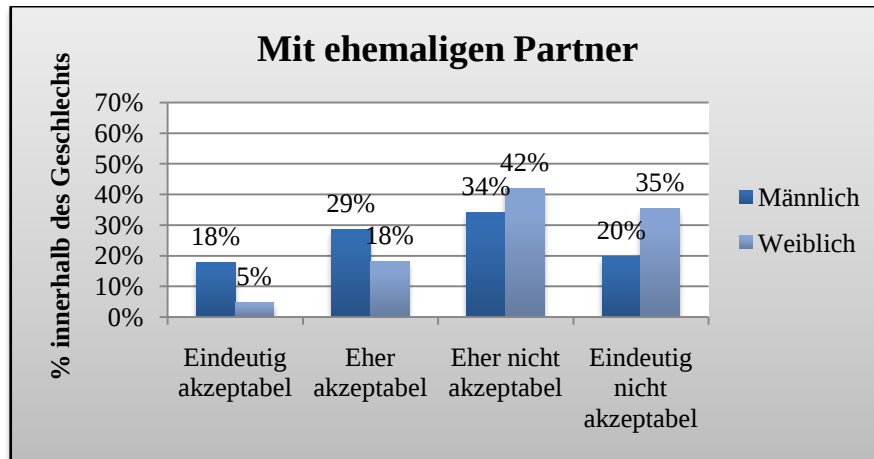


Abb.87: Bei Schwangerschaft mit ehemaligen Partner.
Differenziert nach Geschlecht. (n=280)

Wurden die Geschlechtsunterschiede bezüglich der Aufteilung in zwei Kategorien betrachtet, war der signifikante Zusammenhang folgendermaßen noch klarer ersichtlich. Der Abbildung 88 ist zu entnehmen, dass eine Abtreibung in dieser Situation für überaus mehr Burschen (46%) als Mädchen (23%) „Akzeptabel“ wäre.

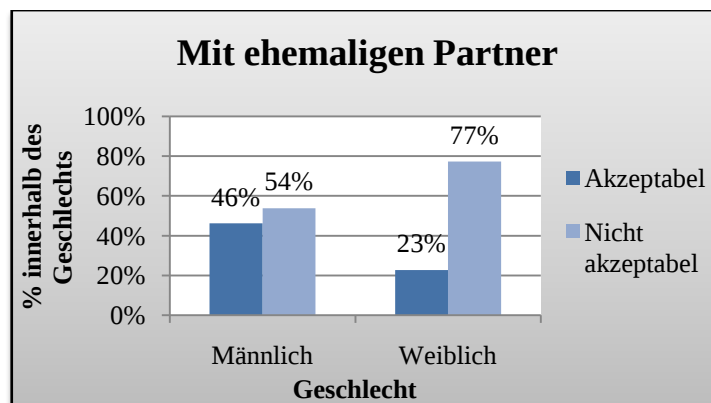


Abb.88: Bei Schwangerschaft mit ehemaligen Partner.
Differenziert nach Geschlecht. (n=280)

Beim Vergleich der Schulstufen konnte weder durch Aufteilung in vier ($p=0,734$) noch durch Aufteilung in zwei ($p=0,934$) Kategorien ein signifikanter Unterschied ermittelt werden.

Bezüglich der Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr konnte bei Aufteilung in vier Kategorien kein signifikanter Zusammenhang ($p=0,147$) festgestellt werden. Wurden die Kategorien auf zwei reduziert, so war das Ergebnis gerade nicht mehr signifikant ($p=0,050$). In Abbildung 89 ist tendenziell erkennbar, dass für Probanden mit sexuellen Erfahrungen eine Abtreibung in dieser Situation häufiger „Akzeptabel“ (37%) wäre, als für Probanden ohne Erfahrungen (26%).

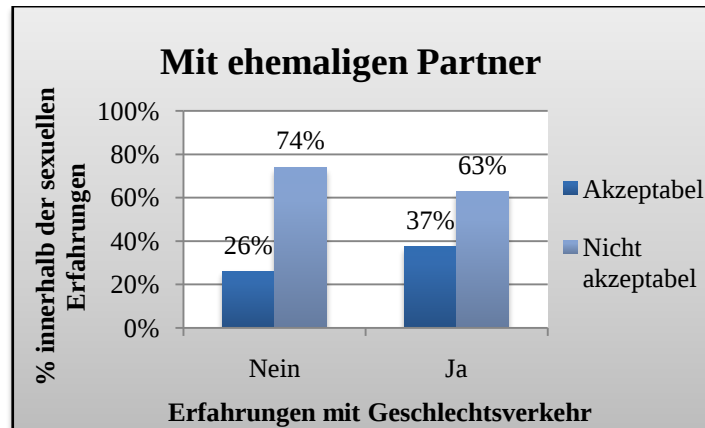


Abb.89: Bei Schwangerschaft mit ehemaligen Partner. Differenziert nach sexuellen Erfahrungen. (n=275)

6.4.8 Bei körperlicher Behinderung

In Abbildung 90 sind die Häufigkeiten dieser Nennung der gesamten Stichprobe dargestellt. Die Graphik zeigt, dass für lediglich 9% der Testpersonen im Falle einer drohenden körperlichen Behinderung eine Abtreibung „Eindeutig akzeptabel“ wäre. Die restlichen Häufigkeiten waren relativ gleichmäßig auf die Kategorien „Eher akzeptabel“ (33%), „Eher nicht akzeptabel“ (30%) und „Eindeutig nicht akzeptabel“ (28%) verteilt.

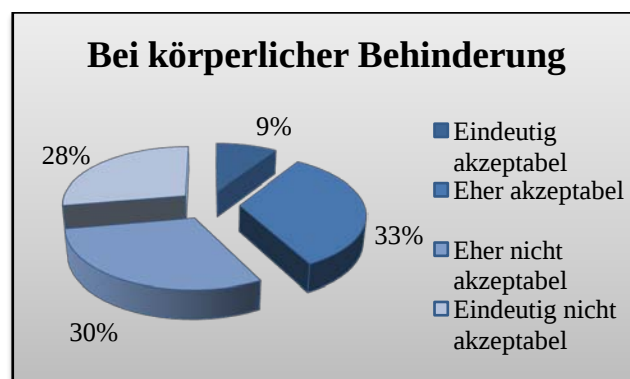


Abb.90: Bei körperlicher Behinderung. Gesamte Stichprobe. (n=281)

Hinsichtlich der Einstellung zur Abtreibung konnte weder bei Unterteilung in vier ($p=0,076$) noch bei Unterteilung in zwei Kategorien ($0,905$) ein signifikanter Geschlechtsunterschied festgestellt werden. Eine Abtreibung wäre sowohl für Burschen als auch für Mädchen gleichermaßen (42-43%) akzeptabel.

Die Schulstufenunterschiede waren ebenfalls weder bezüglich der Unterteilung in vier ($p=0,102$) noch bezüglich der Unterteilung in zwei ($p=0,919$) Kategorien signifikant. In jeder Schulstufe wäre für 55-60% der Probanden eine Abtreibung „Nicht akzeptabel“.

Wurde der Zusammenhang zwischen den vorhandenen Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr und der Einstellung zum Abbruch im Falle einer körperlichen Behinderung betrachtet, so zeigte sich kein signifikanter Unterschied (vier Kategorien: $p=0,507$; zwei Kategorien: $p=0,476$).

Es gab also bezüglich der Abtreibung in dieser Situation keinen signifikanten Zusammenhang mit den Geschlechtern, den Schulstufen oder den vorhandenen sexuellen Erfahrungen.

6.4.9 Bei geistiger Behinderung

Die Graphik (Abb.91) zeigt, dass für 12% der Probanden eine Abtreibung im Falle einer geistigen Behinderung „Eindeutig akzeptabel“ wäre. 34% gaben „Eher akzeptabel“, 27% „Eher nicht akzeptabel“ und 28% „Eindeutig nicht akzeptabel“ an. Die Häufigkeiten verteilten sich regelmäßig auf alle vier Kategorien.

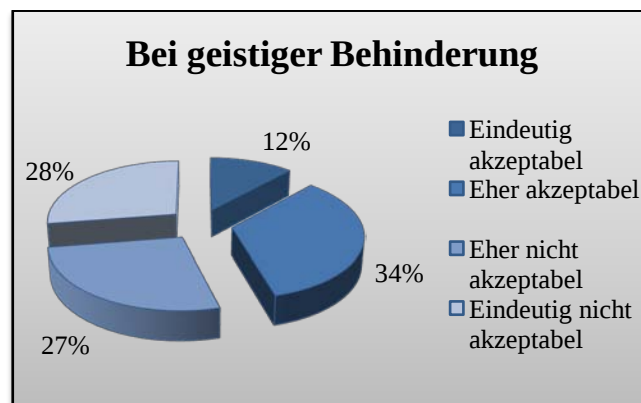


Abb.91: Bei geistiger Behinderung.
Gesamte Stichprobe. (n=280)

Hinsichtlich der Geschlechter zeigte sich weder bei Aufteilung in vier ($p=0,213$) noch bei Aufteilung in zwei Kategorien ($p=0,539$) ein signifikanter Zusammenhang. Burschen und Mädchen waren sich bezüglich dieser Situation einig.

Die Schulstufenunterschiede waren bezüglich der Unterteilung in zwei Kategorien ($p=0,139$) nicht signifikant und bezüglich der Unterteilung in vier Kategorien ($p=0,010$) signifikant. In Abbildung 92 sind zum Vergleich die 9. und 12. Schulstufe dargestellt. Die Häufigkeit der Kategorien „Eher akzeptabel“ und „Eindeutig akzeptabel“ veränderte sich von der 9. bis zur 12. Schulstufe kaum. Die Häufigkeit der Nennung „Eher nicht akzeptabel“ nahm von der 9. (33%) bis zur 12. Schulstufe (40%) zu, während „Eindeutig nicht akzeptabel“ in diesem Zeitraum abnahm (von 30% auf 19%).

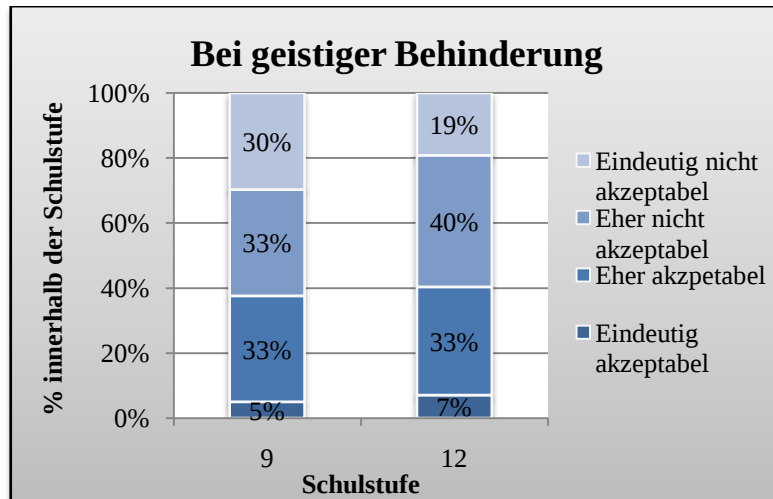


Abb.92: Bei geistigen Behinderung.
9. und 12. Schulstufe. (n=80+57)

Zwischen den Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr und der Einstellung zur Abtreibung im Falle einer geistigen Behinderung konnte kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden (vier Kategorien: 0,366; zwei Kategorien: 0,766).

6.4.10 Im Falle einer Vergewaltigung

Die Graphik (Abb.93) veranschaulicht die Häufigkeiten der gesamten Stichprobe. Im Falle einer Vergewaltigung wäre für 68% der Probanden eine Abtreibung „Eindeutig akzeptabel“, für weitere 19% „Eher akzeptabel“. Für wenige Testpersonen wäre ein Abbruch in dieser Situation „Eher nicht akzeptabel“ oder „Eindeutig nicht akzeptabel“ (jeweils 6-7%).

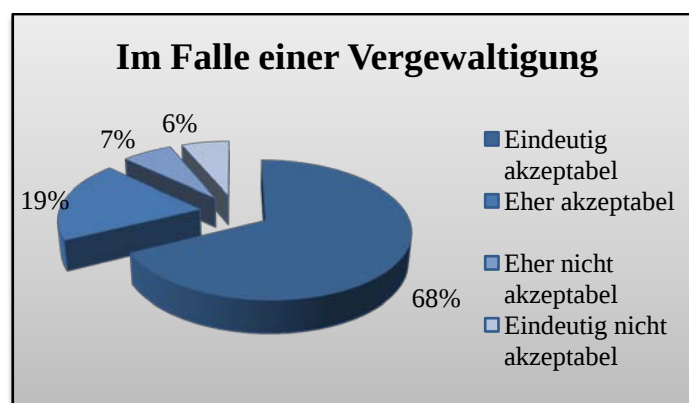


Abb.93: Im Falle einer Vergewaltigung.
Gesamte Stichprobe (n=284)

Hinsichtlich des Vorfalls einer Vergewaltigung konnten bezüglich der Geschlechter, der Schulstufen und der vorhandenen Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr keine signifikanten Zusammenhänge ermittelt werden (siehe Tab.8).

In jeder Schulstufe wäre eine Abtreibung für 83-92% der Probanden „Akzeptabel“ wobei die Burschen sich mit den Mädchen bezüglich dieser Situation sehr einig waren.

	Unterteilung	Geschlecht	Schulstufe	Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr
Signifikanz	Bei 2 Kategorien	0,612 ns	0,392 ns	0,088 ns
	Bei 4 Kategorien	0,740 ns	0,769 ns	0,195 ns

Tab.8: Im Falle einer Vergewaltigung.
Gesamte Stichprobe(n=286)

7 Diskussion

Das Ziel dieser Arbeit war die Untersuchung der geschlechtsspezifischen und schulstufenspezifischen Unterschiede im Wissen über Schwangerschaft und in der persönlichen Einstellung zur Abtreibung der Schülerinnen und Schüler der Oberstufe in Oberösterreich.

7.1 Merkmale der Stichprobe

An der Untersuchung nahmen 286 Probanden (193 Schülerinnen, 93 Schüler) der AHS-Oberstufenklassen (9. bis 12. Schulstufe) teil. Die Probanden waren im Durchschnitt 16,15 Jahre alt.

Keine Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr hatten in der 9.Schulstufe 82%, in der 10. Schulstufe 72%, in der 11. Schulstufe 53% und in der 12. Schulstufe 39%. Beim Österreichischen Frauengesundheitsbericht 2010/11 (des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend) hatten 39% der 14-jährigen Mädchen, 22% der 15-Jährigen, 15% der 16-Jährigen und 8% der 17-jährigen Mädchen angegeben, noch keine sexuellen Erfahrungen gesammelt zu haben. (vgl. Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/11)

7.2 Wissen bezüglich Schwangerschaft

Die Hypothesen, die das Wissen betreffen, werden überprüft.

1. Hypothese: Es besteht ein Zusammenhang zwischen der erreichten Schulstufe und dem Wissensstand
2. Hypothese: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und dem Wissensstand
3. Hypothese: Es besteht ein Zusammenhang zwischen den sexuellen Erfahrungen und dem Wissensstand.

7.2.1 Eintrittsalter Geschlechtsreife:

Die Menarche setzte bei vier Fünftel der Mädchen vor dem 14. Lebensjahr und bei rund 5% mit 11 Jahren ein. Der Großteil der Mädchen bekam ihre erste Regelblutung zwischen 12 und 13 Jahren. Durchschnittlich trat die Menarche im Alter von 12,5 Jahren auf. Nur 3-4% der Mädchen waren 15 Jahre oder sogar älter. (vgl. Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/11)

Bei Bieners Untersuchung (1973) erreichten 28% der Mädchen die Geschlechtsreife (Menarche) mit 12-12,5 Jahren, 30% mit 13-13,5 Jahren und 24% mit 14-14,5 Jahren. Nur 7% hatten die erste Menstruation mit weniger als 12 Jahren und 9% mit mehr als 14,5 Jahren.

Beim Vergleich dieser beiden Untersuchungen fällt auf, dass die Mädchen beim Eintritt in die Geschlechtsreife im Jahr 2010 im Durchschnitt etwas jünger waren, als im Jahr 1973.

Bei der vorliegenden Forschung wurde das Eintrittsalter in die männliche Geschlechtsreife von den Probanden durchschnittlich auf den Bereich 13,07 – 15,50 Jahre, der Eintritt in die weibliche Geschlechtsreife auf 12,08 - 14,99 Jahre festgelegt. Das Eintrittsalter der Burschen wurde also durchschnittlich höher angegeben, als jenes der Mädchen.

Das Wissen über das Eintrittsalter in die Geschlechtsreife war unabhängig von Geschlecht und Schulstufe. *Die Hypothese 1 und die Hypothese 2 wurden falsifiziert.*

7.2.2 Der weibliche Zyklus

Im Wissen über den weiblichen Zyklus zeigten sich in keinem Bereich (Zyklusdauer, Fruchtbare Tage, Zeitpunkt des Eisprungs, Beteiligte Hormone) signifikante Zusammenhänge mit den sexuellen Erfahrungen. Das Wissen war unabhängig von den vorhandenen sexuellen Erfahrungen der Probanden. *Die Hypothese 3 wurde falsifiziert.*

7.2.2.1 Dauer des Menstruationszyklus

221 Probanden war die mittlere Zyklusdauer von 28 Tagen bekannt. Der Prozentsatz der Nennung „Zyklusdauer – 28 Tage“ änderte sich von der 9. bis zur 12. Schulstufe kaum. *Die Hypothese 1 wurde falsifiziert.*

Es zeigten sich hoch signifikante Geschlechtsunterschiede ($p=0,000$), da ein deutlich höherer Prozentsatz der Mädchen als der Burschen diese Zyklusdauer wählten. *Die Hypothese 2 wurde verifiziert.* In jeder Schulstufe konnten mehr Mädchen als Burschen die durchschnittliche Zyklusdauer richtig einordnen. Die 9. Schulstufe ($p=0,002$) war die einzige Schulstufe, wo signifikante Geschlechtsunterschiede bezüglich der Nennung „28 Tage“ festgestellt werden konnten (83% Mädchen, 52% Burschen). *Die Hypothese 2 wurde in der 9. Schulstufe verifiziert, in der 10., 11. und 12. Schulstufe falsifiziert.* In der 10. Schulstufe wurde das Thema Fortpflanzung gerade im Unterricht besprochen. Es fiel auf, dass ab dieser Schulstufe die Geschlechtsunterschiede nicht mehr signifikant waren.

7.2.2.2 Fruchtbare Tage

Nur wenige Probanden konnten die fruchtbaren Tage der Frau zeitlich richtig einordnen.

Die Unterschiede im Wissen über die fruchtbaren Tage waren zwischen den Schulstufen nicht signifikant. *Die Hypothese 1 wurde falsifiziert.*

Bei den Burschen war zur 10. Schulstufe hin ein großer Anstieg der Nennung „In der Mitte des Zyklus“ (von 26% auf 43%) erkennbar. In der 10. Schulstufe wurde dieses Thema auch gerade im Biologieunterricht besprochen. Nach der 10. Schulstufe sinkt die Häufigkeit wieder ab stark ab. Bei den Mädchen waren keine großen Veränderungen der Prozentwerte erkennbar. Die Häufigkeit der Mädchen lag, abgesehen von der 10. Schulstufe, über der Häufigkeit der Burschen. Gesamt gesehen wurden signifikante Geschlechtsunterschiede ($p=0,034$) deutlich. *Die Hypothese 2 wurde verifiziert.*

Pöchlhammer (2006) untersuchte diesbezüglich die 6. bis zur 9. Schulstufe und kam auch zu dem Ergebnis, dass sich die Probanden bezüglich Einordnung der fruchtbaren Tage im Menstruationszyklus sehr uneinig sind. Nur 39,1% der Mädchen und 33,7% der Burschen gaben „Die Zyklusmitte“ als Zeitpunkt der fruchtbaren Tage an. Die Untersuchung von Spacek (2004) ergab, dass sich insgesamt nur 16% der Probanden der Oberstufe über die tatsächliche Befruchtungsmöglichkeit bewusst sind.

7.2.2.3 Zeitpunkt des Eisprungs

Da der Sexualkundeunterricht in der 10. Schulstufe gerade stattfand, war bei den Burschen bis dahin ein großer Zuwachs der Häufigkeit der Nennung „Zur Zyklusmitte“ (von 35% auf 50%) erkennbar. Danach sank sie stark ab (17%) und nahm zur 12. Schulstufe (32%) hin wieder zu. Bei den Mädchen war ebenfalls ein großer Anstieg der Häufigkeit zur 10. Schulstufe (von 34% auf 53%) hin ersichtlich. Danach stieg die Häufigkeit von der 10. bis zu 12. Schulstufe langsam an (53-64%).

Es waren keine signifikanten Schulstufenunterschiede feststellbar. *Die Hypothese 1 wurde falsifiziert.* Die Signifikanzprüfung ergab im Ganzen einen signifikanten Geschlechtsunterschied ($p=0,014$). *Die Hypothese 2 wurde verifiziert.*

Am Ende der Oberstufe waren sich die Burschen noch sehr uneinig über den Zeitpunkt des Eisprungs, da alle möglichen Kategorien auch mehrfach gewählt wurden. Der Großteil (42%) ordnete den Eisprung „Kurz vor der Menstruation“ ein. Bei den Mädchen kannten 64% den richtigen Zeitpunkt des Eisprungs.

7.2.2.4 Beteiligte Hormone

In der 9. Schulstufe gaben 64% der Mädchen und 61% der Burschen an, kein Wissen über Hormone zu haben. Diese Häufigkeit sank bei beiden Geschlechtern bis zur 12. Schulstufe ab (bei Burschen auf 11%, bei Mädchen auf 38%). Hinsichtlich der Schulstufen konnte ein hoch signifikanter Unterschied ($p=0,000$) festgestellt werden. *Die Hypothese 1 wurde verifiziert.*

Da die Häufigkeit der Nennung „Ich weiß es nicht“ bei den Mädchen in der 10., 11. und 12. Schulstufe deutlich über der Häufigkeit der Burschen lag, konnte ein signifikanter Geschlechtsunterschied ($p=0,000$) ermittelt werden. *Die Hypothese 2 wurde verifiziert.*

7.2.3 Schwangerschaft

7.2.3.1 Schwangerschaftsdauer

77% der Stichprobe war die Schwangerschaftsdauer von 36-42 Wochen bekannt. Bezüglich des Wissens um die Dauer einer Schwangerschaft unterschieden sich weder die Schulstufen, noch die Geschlechter oder Probanden mit oder ohne Erfahrung. *Daher wurden die Hypothese 1, die Hypothese 2 und die Hypothese 3 falsifiziert.*

Bei Pöchlhammer (2006) gaben 96,2% der Burschen und 98,2% der Mädchen die Schwangerschaftsdauer von 9 Monaten an.

Die Angabe der Schwangerschaftsdauer in Wochen, könnte also bei den Probanden zu Verwirrungen und so zu einer geringeren Häufigkeit geführt haben.

7.2.3.2 Schwangerschaftshinweis

Die Angabe der Sicherheit der verschiedenen Hinweise auf eine Schwangerschaft unterschied sich weder zwischen den Schulstufen noch zwischen Jugendlichen mit oder ohne sexuelle Erfahrungen signifikant. *Die Hypothesen 1 und 3 wurden falsifiziert.*

Ausbleiben der Monatsblutung

Das „Ausbleiben der Monatsblutung“ wurde von 24% der Burschen als „Sehr sicherer Hinweis“ beschrieben, während nur 10% der Mädchen dieser Ansicht waren. Etwa die Hälfte der Burschen sowie der Mädchen ordneten dieses Anzeichen als „Eher sicheren Hinweis“ ein. Als „Eher unsicher“ wurde das „Ausbleiben der Monatsblutung“ von 25% männlichen und 30% weiblichen Probanden beschrieben. Die Geschlechtsunterschiede waren signifikant ($p=0,014$). *Die Hypothese 2 wurde demnach verifiziert.*

Bei Bieners Untersuchung (1973) war das „Ausbleiben der Menstruation“ für 86% der weiblichen und 43% der männlichen Jugendlichen ein Hinweis auf eine Schwangerschaft. Es fällt auf, dass vor 40 Jahren ein größerer Prozentsatz der Mädchen als der Burschen das „Ausbleiben der Monatsblutung“ für einen „Sicheren Hinweis“ auf eine Schwangerschaft hielten. Bei der vorliegenden Forschung war der Prozentsatz der Burschen höher.

Morgendliche Übelkeit

Etwa die Hälfte der Probanden bezeichnete die „Morgendliche Übelkeit“ als „Eher unsicheren Hinweis“. Etwa ein Viertel der Probanden ordnete den Hinweis als „Eher sicher“ und ein weiteres Viertel als „Sehr unsicher“ ein.

Die Angaben der Geschlechter unterschieden sich nicht signifikant voneinander. *Die Hypothese 2 wurde falsifiziert.*

Bei Biener (1973) war die „Übelkeit am Morgen“ für 26% der weiblichen und 15% der männlichen Jugend ein „Sicherer Hinweis“ auf eine Schwangerschaft. Diese Werte sind den Ergebnissen der vorliegenden Forschung ähnlich.

Nachweis des Fötus im Ultraschall

Der „Nachweis des Fötus im Ultraschall“ wurde von 89% der Burschen und 96% der Mädchen als „Sehr sicherer Hinweis“ eingestuft. Die restlichen Prozente teilten sich auf die anderen Kategorien auf. Dieser Geschlechtsunterschied ist signifikant. *Die Hypothese 2 wurde verifiziert.*

Unerwartete Gewichtszunahme

51% der Mädchen und lediglich 35% der Burschen würden diesen Hinweis als „Sehr unsicher“ einstufen. „Eher unsicher“ wäre dieser Hinweis für etwa den gleichen Anteil männlicher (48%) sowie weiblicher Probanden (45%). 13% der Burschen ordnen diesen Hinweis als „eher sicher“ ein, während nur 4% der Mädchen dieser Ansicht sind. Dieser Unterschied ist bezüglich der Geschlechter signifikant. *Die Hypothese 2 wurde verifiziert.*

Positiver Schwangerschaftstest

Ein „Positiver Schwangerschaftstest“ wurde von 48% der Burschen und 41% der Mädchen als „Sehr sicher“ eingestuft. Der restliche Großteil (49%, 56%) ordnete diesen Hinweis als „Eher sicher“ ein. Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern festgestellt werden. *Die Hypothese 2 wurde falsifiziert.*

Bei Bieners Untersuchung (1973) gaben außerdem 1% der Mädchen und 15% der Burschen einen „Dicken Bauch“ als Hinweis auf eine Schwangerschaft an.

7.2.4 Verhütung

Nach dem Österreichischen Frauengesundheitsbericht 2010/11 haben 63,3% der 15-jährigen beim letzten Geschlechtsverkehr ein Kondom verwendet. 9,5% verwendeten die Antibabypille, 7,6% verhüteten gar nicht und 14,7% verwendeten eine Kombination aus Kondom und Antibabypille. Nur sehr selten wurden von 15-Jährigen andere Verhütungsmethoden verwendet. (vgl. Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/11)

Die am häufigsten verwendeten Verhütungsmethoden bei 18-45-Jährigen Frauen waren die Pille (44,5%), das Kondom (21,4%) und die Kupfer-bzw. Hormonspirale (17,2%). Alle anderen Verhütungsmethoden wurden von den Frauen nur selten angewendet. (vgl. Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/11)

7.2.4.1 Bekannte Verhütungsmethoden

Bei der vorliegenden Forschung waren die Pille und das Kondom 100% der Probanden als Verhütungsmethode bekannt.

Bei der Untersuchung von Pöchlhammer (2006) war das Kondom 98,9% der Burschen und 99,7% der Mädchen bekannt. Die Pille kannten 92,5% der Burschen und 98,2% der Mädchen und diese Geschlechtsunterschiede waren signifikant ($p=0.001$). Bei Bieners Untersuchung (1973) war das Kondom 15% der weiblichen und 49% der männlichen Jugendlichen und die Pille 100% der weiblichen und 98% der männlichen Jugendlichen bekannt. (vgl. Biener 1973)

Es fällt auf, dass das Kondom vor 40 Jahren sowohl bei den Mädchen als auch bei den Burschen eher unbekannt war. Die Pille war bereits ebenso bekannt.

Hormonelle Verhütungsmethoden: Bei den hormonellen Verhütungsmethoden folgte bezüglich der Reihung der Bekanntheit auf die Pille die Pille-danach (90%), die Hormonspirale (88%), und das Hormonpflaster (87%). Die Dreimonatsspritze (60%) und das Implanon (22%) waren im Vergleich nur wenigen Probanden bekannt.

Das Implanon war bei Pöchlhammer (2006) ähnlich (25%) unbekannt, wie bei der vorliegenden Untersuchung (22%).

Eine signifikante Veränderung des Bekanntheitsgrades bezüglich der Schulstufe war beim Implanon ($p=0,000$) feststellbar. Die Häufigkeit nahm bis zur 11. Schulstufe (44%) stark zu und sank in der 12. Schulstufe wieder etwas ab. *Bezüglich des Implanons wurde die Hypothese 1 verifiziert.* Die Häufigkeit der Pille-danach, der Hormonspirale, des

Hormonpflasters und der Dreimonatsspritze änderte sich über die Schulstufen nicht signifikant.

Signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigten sich im Bekanntheitsgrad des Hormonpflasters ($p=0,000$), da 94% weibliche und nur 72% männliche Probanden diese Verhütungsmethode bekannt war. Außerdem konnten sie auch hinsichtlich des Bekanntheitsgrades der Dreimonatsspritze ($p=0,000$) ermittelt werden, weil 70% der Mädchen und nur 39% der Burschen diese Verhütungsmethode bekannt war. *Bezüglich des Hormonpflasters und der Dreimonatsspritze wurde die Hypothese 2 verifiziert.* Die Pille danach, die Hormonspirale und das Implanon waren bei den Burschen und Mädchen der vorliegenden Forschung ähnlich bekannt.

Bei Pöchlhammer (2006) war das Hormonpflaster nur 48% der Burschen und 69% der Mädchen bekannt. Der Geschlechtsunterschied der Dreimonatsspritze war auch bei der Untersuchung von Pöchlhammer (2006) ähnlich (Burschen 38%, Mädchen 50%). Der Bekanntheitsgrad dieser hormonellen Methoden ist folglich in den letzten fünf Jahren angestiegen.

Signifikante Unterschiede bezüglich der Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr zeigten sich beim Implanon, bei der Dreimonatsspritze und bei der Hormonspirale. In allen Fällen war der Bekanntheitsgrad bei Probanden mit sexuellen Erfahrungen höher, als bei Probanden ohne Erfahrungen. *Bezüglich dieser Methoden kann die Hypothese 3 verifiziert werden.*

Barriere Verhütungsmethoden: Die Sterilisation (86%), das Diaphragma (78%) und die Kupferspirale (66%) waren nach dem Kondom die bekanntesten Barriere-Verhütungsmethoden. Die Vasektomie (44%) und das Femidom (18%) waren eher unbekannt. Bei Pöchlhammer (2006) war die Sterilisation etwas seltener, aber doch ähnlich häufig bekannt (Burschen 72%, Mädchen 76%). Das Diaphragma war Pöchlhammers Probanden eher unbekannt (34% Burschen, 38% Mädchen).

Die Hypothese 1 konnte bezüglich der Vasektomie verifiziert werden, da der Bekanntheitsgrad dieser Methode mit steigender Schulstufe zunimmt (von 34% auf 56%).

Die Hypothese 2 wurde bezüglich aller Barriere-Verhütungsmethode falsifiziert. Die Methoden sind bei beiden Geschlechtern ähnlich bekannt.

Der Bekanntheitsgrad der Sterilisation war bei Probanden mit sexuellen Erfahrungen deutlich höher (92%), als bei Probanden ohne sexuellen Erfahrungen (82%). Dies ergab

einen signifikanten Zusammenhang und daher *konnte die Hypothese 3 bezüglich der Sterilisation verifiziert werden.*

Natürliche Verhütungsmethoden: Die Kalendermethode war mit 72% die bekannteste natürliche Verhütungsmethode. Bei Biener (1973) war nur 24% der weiblichen und 30% der männlichen Jugendlichen die Kalendermethode vertraut.

Darauf folgte die Temperaturmethode mit einer Häufigkeit von 61%. Diese Methode war im Vergleich bei Pöchhacker (2006) nur 26% der Burschen und 31% der Mädchen bekannt. Der Coitus interruptus war nur 30% der Probanden bekannt. Die Häufigkeit der Temperaturmethode und des Coitus interruptus stieg bis zur 11. Schulstufe stark an, und sank dann wieder etwas ab. Hinsichtlich der Schulstufe zeigten sich signifikante Unterschiede in der Häufigkeit der Nennung sowohl der Temperaturmethode als auch des Coitus interruptus. *Die Hypothese 1 wurde sowohl bezüglich der Temperaturmethode, als auch bezüglich des Coitus interruptus verifiziert.*

Bei Pöchhacker (2006) war der Coitus interruptus 24% der Burschen und nur 19% der Mädchen vertraut. Bei Biener (1973) war der Coitus interruptus bei 3% der weiblichen und 11% der männlichen Jugend bekannt. (vgl. Biener 1973) Der Bekanntheitsgrad dieser Methode ist demnach in den letzten 40 Jahren angestiegen.

Bezüglich der Natürlichen Verhütungsmethoden wurde die Hypothese 3 falsifiziert, da kein Zusammenhang mit sexuellen Erfahrungen festgestellt werden konnte.

7.2.4.2 Sicherheit der Verhütungsmethoden

Die Pille wurde von 63% als „Sehr sicheres“, und von 34% als „Eher sicheres“ Verhütungsmittel bezeichnet. Die Signifikanzprüfung ergab sowohl bezüglich des Geschlechts als auch bezüglich der Schulstufe keinen signifikanten Zusammenhang mit der Einschätzung der Sicherheit. *Die Hypothese 1 und die Hypothese 2 wurden falsifiziert.*

Die Einschätzung der Sicherheit der Pille differenziert nach den sexuellen Erfahrungen war signifikant ($p=0,021$), da 73% der Probanden mit Erfahrungen und nur 57% der Probanden ohne Erfahrungen die Pille als „Sehr sichere“ Verhütungsmethode einstufen. *Die Hypothese 3 wurde verifiziert.*

Bei Pöchlhacker (2006) stuften nur 36% die Pille als „Sehr sichere“ und 52% die Pille als „Sichere“ Verhütungsmethode ein. Bei ihrer Untersuchung konnten keine signifikanten Geschlechtsunterschiede ermittelt werden.

Das Kondom wurde von 39% als „Sehr sicher“ und von 45% als „Eher sicher“ eingestuft. Die Einstufung der Sicherheit war bezüglich der Schulstufen und den sexuellen Erfahrungen nicht signifikant. *Die Hypothese 1 und die Hypothese 3 wurden falsifiziert.*

Während 55% der Burschen das Kondom als „Sehr sicher“ einschätzten, vertraten nur 32% der Mädchen dieselbe Meinung. Als „Eher sicher“, wurde das Kondom von 49% der Burschen und 38% der Mädchen eingestuft. Sehr auffällig war, dass 17% der Mädchen das Kondom als „Eher unsicher“ einstufen, und nur 6% der Burschen dieser Ansicht waren. Zwischen der Einschätzung der Sicherheit und dem Geschlecht bestand ein hoch signifikanter Zusammenhang ($p=0,001$). *Die Hypothese 2 wurde verifiziert.*

Bei Pöchlhacker (2006) wurde das Kondom von 34% männlicher und 26% weiblicher Probanden als „Sehr sicher“ und von 54% der Burschen und 56% der Mädchen als „Sicher“ eingestuft.

Die Signifikanzprüfung bezüglich der Sicherheit des Hormonpflasters ergab einen signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern ($p=0,000$), den Schulstufen ($p=0,026$) und in Abhängigkeit von den sexuellen Erfahrungen ($p=0,016$).

Da die Häufigkeit der Aussage „Sehr sicher“ bis zur 11. Schulstufe stark zunahm und dann wieder abnahm wurde *die Hypothese 1 verifiziert*. 51% der Burschen und 73% der Mädchen würden dem Hormonpflaster als Verhütungsmethode vertrauen. *Die Hypothese 2 wurde verifiziert*. Probanden mit sexuellen Erfahrungen stuften das Hormonpflaster häufiger als „Sicher“ ein (68%) als Probanden ohne Erfahrungen (55%). *Die Hypothese 3 wurde verifiziert.*

Bei Pöchlhacker (2006) wurde das Hormonpflaster von 49% der Burschen und 54% der Mädchen als „Sicher“ bzw. von 56% der Burschen und 46% der Mädchen als „Unsicher“ eingestuft.

7.2.5 Die Pille-danach

Von der Pille-danach gehört: 95,8% der Probanden hatten bereits von der Pille-danach gehört. Hinsichtlich der Bekanntheit der Pille-danach war weder zwischen den

Geschlechtern noch zwischen den Schulstufen ein signifikanter Unterschied erkennbar. *Die Hypothese 1 und die Hypothese 2 wurden falsifiziert.*

Testpersonen mit sexuellen Erfahrungen hatten zu 100% von der Pille-danach gehört. Im Vergleich hatten nur 93% der Probanden, die noch keinen Geschlechtsverkehr hatten, davon gehört. Dies ergab einen signifikanten Zusammenhang bezüglich der Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr. *Die Hypothese 3 wurde verifiziert.*

Beschreibung der Eigenschaft der Pille-danach: Die Pille-danach wurde vom Großteil der Probanden als „Notfallspille“ beschrieben (62% Burschen; 64% Mädchen). Die Geschlechtsunterschiede waren bezüglich der Einstufung der Pille-danach hoch signifikant ($p=0,000$). 30% der Mädchen und 19% der Burschen beschrieben die Pille-danach als „Abtreibungspille“. Als „Gängiges Verhütungsmittel“ wurde sie von 17% der Burschen und 2% der Mädchen eingeordnet. *Die Hypothese 2 wurde verifiziert.* Die Beschreibung der Eigenschaft war unabhängig von der Schulstufe. *Die Hypothese 1 wurde falsifiziert.*

Bezüglich der Einschätzung der Pille-danach konnte ein signifikanter Zusammenhang mit sexuellen Erfahrungen ($p=0,004$) ermittelt werden. 77% der Probanden mit Erfahrungen und nur 56% der Probanden ohne Erfahrungen ordneten die Pille-danach als „Notfallspille“ ein. Als „Abtreibungspille“ wurde sie von 17% der Probanden mit Erfahrungen und von 32% der Probanden ohne Erfahrungen bezeichnet. *Die Hypothese 3 wurde verifiziert.*

Wirkungsweise der Pille-danach: Die Veränderung der Wirkungsweise über die Schulstufen war nicht signifikant. *Die Hypothese 1 wurde falsifiziert.* Die Geschlechtsunterschiede waren bezüglich des Wissens um die Wirkungsweise sehr signifikant ($p=0,003$). Die Mädchen gaben „Verhindert Einnistung“ häufiger (48%) an, als die Burschen (29%). Die Kategorien „Verhindert Eisprung“ und „Zerstört befruchtete Eizelle“ wurde häufiger von den Burschen (13% bzw. 23%) als von den Mädchen (3% bzw. 16%) gewählt. *Die Hypothese 2 wurde verifiziert.*

Zwischen den Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr und dem Wissen über die Wirkungsweise konnte ein signifikanter Zusammenhang ($p=0,009$) festgestellt werden. Probanden mit Erfahrungen gaben häufiger (55%) als Probanden ohne Erfahrungen (34%) die Wirkungsweise „Verhindert Einnistung“ an. Die Antwort nicht zu wissen, wurde von 29% der Probanden ohne Erfahrungen, und von nur 19% der Probanden mit Erfahrungen angegeben. *Die Hypothese 3 wurde verifiziert.*

7.2.6 Schwangerschaftsabbruch

7.2.6.1 Schwangerschaftsabbruch straffrei

97% der Probanden waren über die Straffreiheit der Abtreibung in Österreich richtig informiert. Im Vergleich der Schulstufen konnte keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden. *Die Hypothese 1 wurde falsifiziert.*

Da 93% der Burschen und 98% der Mädchen die Straffreiheit angaben, ergab dies einen signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern ($p=0,022$). *Die Hypothese 2 wurde verifiziert.* Ein deutlicher Unterschied zwischen Burschen (93%) und Mädchen (98%) konnte jedoch nur in der 9. Schulstufe festgestellt werden. *Die Hypothese 2 wurde bezüglich der 9. Schulstufe verifiziert.*

7.2.6.2 Grenze der Straffreiheit

Als Grenze der Straffreiheit nahm die Häufigkeit der Kategorie „Bis zur 12.SSW“ von der 9. bis zur 12. Schulstufe stark zu (von 36% auf 53%). Die Häufigkeit der Nennung „Bis zur 8.SSW“ sank von der 9. bis zur 12. Schulstufe deutlich ab (von 35% auf 17%). Die Veränderung der Einschätzung über die Schulstufen ergab einen signifikanten Unterschied ($p=0,030$). *Die Hypothese 1 wurde verifiziert.*

Bezüglich des Geschlechts konnten keine signifikanten Unterschiede ermittelt werden. *Die Hypothese 2 wurde falsifiziert.*

7.2.6.3 Risiken nach einem Abbruch

91% der Probanden waren sich über mögliche Risiken nach einem Schwangerschaftsabbruch bewusst. Die Signifikanzprüfung ergab weder zwischen den Geschlechtern noch zwischen den Schulstufen und den sexuellen Erfahrungen ein signifikantes Ergebnis. *Die Hypothese 1, die Hypothese 2 und die Hypothese 3 wurde falsifiziert.*

84% gaben Depression, 45% die Beeinträchtigung der Fruchtbarkeit, 38% ein erhöhtes Frühgeburtsrisiko und 25% eine erhöhte Suizidrate als mögliche Risiken an.

Die Häufigkeit der Nennung der Risiken änderte sich über die Schulstufen und bezüglich der Geschlechter und der Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr nicht signifikant. *Die Hypothesen 1, die Hypothese 2 und die Hypothese 3 wurde falsifiziert.*

7.2.6.4 Andere Möglichkeiten

91% der Probanden gaben an, dass es andere Möglichkeiten für Eltern gäbe, die ihr Kind nicht behalten wollen. 84% der Burschen, und 95% der Mädchen wussten, dass es andere Möglichkeiten gibt. Daraus folgte einen signifikanten Unterschied ($p=0,002$). *Die Hypothese 2 wurde verifiziert.*

Bezüglich der Schulstufen war kein signifikanter Unterschied feststellbar. *Die Hypothese 1 wurde falsifiziert.*

Die Signifikanzprüfung dieser Einschätzung ergab bezüglich der vorhandenen Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr einen signifikanten Zusammenhang ($p=0,022$). *Die Hypothese 3 wurde verifiziert*, da 88% der Probanden mit Erfahrungen und nur 88% der Probanden ohne Erfahrungen sich über andere Möglichkeiten bewusst sind.

7.3 Persönliche Einstellung

Bezüglich der persönlichen Einstellung konnte kein signifikanter Zusammenhang mit sexuellen Erfahrungen festgestellt werden. Die Hypothesen, welche die persönliche Einstellung der Probanden betreffen, werden im folgenden Abschnitt überprüft.

1. Hypothese: Es besteht ein Zusammenhang zwischen der erreichten Schulstufe und der persönlichen Einstellung.
2. Hypothese: Es besteht kein Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und der persönlichen Einstellung.

7.3.1 Zuständigkeit für Verhütung

83% der Probanden waren der Ansicht, dass beide Geschlechter zu gleichen Teilen für die Verhütung zuständig sind. Hinsichtlich der Bewertung der Zuständigkeit ließ sich zwischen den Schulstufen kein signifikanter Unterschied feststellen. *Die Hypothese 1 wurde falsifiziert.*

Bezüglich der Geschlechter konnte ein hoch signifikantes Ergebnis ($p=0,001$) ermittelt werden. Für 89% der Mädchen und 72% der Burschen waren „Beide zu gleichen Teilen“ für die Verhütung zuständig. Für 11% der Burschen und nur 5% der Mädchen waren „Beide, aber vor allem der Mann“ und für 5% der Mädchen und 7% der Burschen „Beide, aber vor allem die Frau“ für die Verhütung verantwortlich. *Die Hypothese 2 wurde verifiziert.*

In Kurt Bieners Werk (1973) gaben 64% der männlichen Jugendlichen an, dass auch ihre Partnerin für die Verhütung verantwortlich sei bzw. dass sie ihr die Verhütung zuweisen würden. 36% der Burschen gaben an, dass sie die Verhütung selbst übernehmen wollen. (vgl. Biener 1973)

7.3.2 Das Kind behalten

Beim Vergleich der Einstellung der 9. mit der 12. Schulstufe war eine Tendenz erkennbar. In der 9. Schulstufe würden 64% der Probanden das Kind „In der jetzigen Lebenssituation“ „Sicher nicht“ bzw. „Eher nicht“ behalten. In der 12. Schulstufe sank diese Häufigkeit auf 48% ab, sodass mehr als die Hälfte (52%) das Kind „Sicher“ bzw. „Eher schon“ behalten würden. Die Signifikanzprüfung ergab jedoch bezüglich der Schulstufen keinen signifikanten Zusammenhang ($p=0,134$). *Die Hypothese 1 wurde falsifiziert.*

69% der Burschen und im Vergleich dazu 54% der Mädchen würden das Kind sicher nicht bzw. eher nicht behalten. Etwa die Hälfte der Mädchen (46%) und ein Drittel der Burschen (31%) würden das Kind in der jetzigen Lebenssituation behalten. Der Zusammenhang mit dem Geschlecht ist signifikant ($p=0,019$). *Die Hypothese 2 wurde falsifiziert.*

7.3.3 Schwangerschaftsabbruch

7.3.3.1 Bei jeder ungewollten Schwangerschaft

Eine Abtreibung bei jeder ungewollten Schwangerschaft wäre für lediglich 8% der Probanden „Eindeutig akzeptabel“ und für 30% „eher akzeptabel“. Für 39% der Probanden wäre eine Abtreibung „eher nicht akzeptabel“ und für 23% „Eindeutig nicht akzeptabel“.

In der 9. Schulstufe wäre eine Abtreibung für die eine Hälfte der Probanden akzeptabel (51%), für die andere Hälfte nicht akzeptabel (49%). Nach der 9. Schulstufe nahm die Häufigkeit der Kategorie „Nicht akzeptabel“ mit steigender Schulstufe sehr rasch zu (12. Schulstufe 73%) und dementsprechend nahm die Häufigkeit der Kategorie „Akzeptabel“ stark ab (12. Schulstufe 27%). Der Zusammenhang mit der Schulstufe war signifikant ($p=0,028$). *Die Hypothese 1 wurde verifiziert.*

Die Kategorie „Eindeutig akzeptabel“ wurde häufiger von den Burschen (14%) als von den Mädchen (5%) und die Kategorie „Eindeutig nicht akzeptabel“ häufiger von den Mädchen (26%) als von den Burschen (17%) angegeben. Bezüglich der beiden mittleren Kategorien

waren sich beide Geschlechter einig. Es war ein signifikanter Zusammenhang mit dem Geschlecht ($p=0,031$) feststellbar und *die Hypothese 2 wurde falsifiziert*.

7.3.3.2 Bei ungewollter Schwangerschaft vor dem 18. Geburtstag

An erster Stelle lag die Kategorie „Eher akzeptabel“ mit 37%, an zweiter Stelle „Eher nicht akzeptabel“ mit 30%. „Eindeutig akzeptabel“ bzw. „Eindeutig nicht akzeptabel“ wurde von 16% bzw. 18% der Probanden angegeben.

In der 9. Schulstufe wäre für 65% und in der 10., 11. und 12. Schulstufe wäre für 47-49% der Probanden eine Abtreibung bei jeder ungewollten Schwangerschaft vor 18 „Akzeptabel“. Die Häufigkeit veränderte sich bezüglich der Schulstufe nicht signifikant ($p=0,097$). *Die Hypothese 1 wurde falsifiziert*.

Für 64% der Burschen und 47% der Mädchen wäre eine Abtreibung in dieser Situation „Akzeptabel“. Eine Abtreibung wäre also für Burschen häufiger akzeptabel als für Mädchen. Der Zusammenhang mit dem Geschlecht war signifikant ($p=0,006$) und *folglich wurde die Hypothese 2 falsifiziert*.

7.3.3.3 Bei ungewollter Schwangerschaft vor dem 24. Geburtstag

Eine Abtreibung bei einer Schwangerschaft vor dem 24. Geburtstag wäre für nur 3% „Eindeutig akzeptabel“ und für 11% „Eher akzeptabel“. Für etwa die Hälfte der Probanden (47%) wäre ein Abbruch „Eindeutig nicht akzeptabel“ und für 38% „Eher nicht akzeptabel“.

Von der 9. bis zur 12. Schulstufe kam es zu keiner signifikanten Veränderung der Akzeptanz. *Die Hypothese 1 wurde falsifiziert*.

Für 22% der Burschen und lediglich 11% der Mädchen wäre eine Abtreibung in dieser Situation „Akzeptabel“, infolgedessen für 78% der Burschen und 89% der Mädchen „Nicht akzeptabel“. Dieser Geschlechtsunterschied war signifikant ($p=0,016$) und *die Hypothese 2 wurde falsifiziert*.

7.3.3.4 Bei ungewollter Schwangerschaft vor der Matura

Die Kategorie „Eher akzeptabel“ lag mit 37% an erster Stelle. Darauf folgte „Eher nicht akzeptabel“ mit 26% und an dritter Stelle lag „Eindeutig akzeptabel“ bzw. „Eindeutig nicht akzeptabel“ mit 18% bzw. 20%.

Von der 9. bis zur 12. Schulstufe kam es zu keiner signifikanten Veränderung der Akzeptanz. *Die Hypothese 1 wurde falsifiziert*.

Für etwa die Hälfte der Mädchen wäre eine Abtreibung in dieser Situation „Akzeptabel“ (49%), für die andere Hälfte folglich „Nicht akzeptabel“ (51%). „Akzeptabel“ wäre eine Abtreibung für 64% der Burschen und nur 36% würden in dieser Situation einen Abbruch ablehnen. Dieser Geschlechtsunterschied war signifikant ($p=0,019$) und *die Hypothese 2 wurde falsifiziert*.

7.3.3.5 Bei ungewollter Schwangerschaft während weiterer Ausbildungen

Für nur 8% der Probanden wäre eine Abtreibung während einer weiteren Ausbildung „Eindeutig akzeptabel“. Etwa ein Viertel der Probanden gab in dieser Situation den Schwangerschaftsabbruch als „Eher akzeptabel“ (26%) bzw. „Eindeutig nicht akzeptabel“ (27%) an. Die meisten Probanden (40%) wählten die Antwortmöglichkeit „Eher nicht akzeptabel“.

In der 9. Schulstufe entsprach die Häufigkeit von „Akzeptabel“ (44%) in etwa der Häufigkeit von „Nicht akzeptabel“ (56%). In der 10., 11. und 12. Schulstufe lag die Häufigkeit der Aussage „Nicht akzeptabel“ deutlich über der Aussage „Akzeptabel“. Diese Schulstufenunterschiede waren nicht signifikant, *die Hypothese 1 wurde falsifiziert*.

Für 40% der Burschen und 30% der Mädchen wäre ein Abbruch in dieser Situation „Akzeptabel“. Dementsprechend würden sich 60% der Burschen und 70% der Mädchen gegen einen Abbruch entscheiden. Dieser Geschlechtsunterschied war nicht signifikant und *die Hypothese 2 wurde verifiziert*.

7.3.3.6 Bei Schwangerschaft eines ehemaligen Partners

Für den Großteil der Probanden (39%) wäre ein Abbruch in dieser Situation „Eher nicht akzeptabel“ und für weitere 30% „Eindeutig nicht akzeptabel“. 21% wählten die Kategorie „Eher akzeptabel“ und nur wenige Probanden (9%) „Eindeutig akzeptabel“.

Von der 9. bis zur 12. Schulstufe kam es zu keiner signifikanten Veränderung der Akzeptanz. *Die Hypothese 1 wurde falsifiziert*.

Für 46% der Burschen und 23% der Mädchen wäre ein Abbruch „Akzeptabel“. Dementsprechend wäre für 77% der Mädchen und nur 54% der Burschen ein Abbruch in dieser Situation „Nicht akzeptabel“. Dieser Geschlechtsunterschied war hoch signifikant ($p=0,000$). *Die Hypothese 2 wurde falsifiziert*.

7.3.3.7 Bei körperlicher Behinderung

Im Falle einer körperlichen Behinderung des Kindes wäre für nur 9% der Probanden eine Abtreibung „Eindeutig akzeptabel“. Die restlichen Häufigkeiten waren gleichmäßig auf die Kategorien „Eher akzeptabel“ (33%), „Eher nicht akzeptabel“ (30%) und „Eindeutig nicht akzeptabel“ (28%) verteilt.

Für 55-60% der Testpersonen jeder Schulstufe wäre eine Abtreibung „Nicht akzeptabel“. Von der 9. bis zur 12. Schulstufe kam es zu keiner signifikanten Veränderung der Akzeptanz. *Die Hypothese 1 wurde falsifiziert.*

Eine Abtreibung in dieser Situation wäre für beide Geschlechter gleichermaßen (42-43%) „Akzeptabel“. Burschen und Mädchen waren sich diesbezüglich gleichgesinnt. *Die Hypothese 2 wurde verifiziert.*

7.3.3.8 Bei geistiger Behinderung

Die Probanden waren sich bezüglich der Akzeptanz in dieser Situation sehr uneinig, da sich die Häufigkeiten regelmäßig auf alle vier Kategorien verteilten (Eindeutig akzeptabel 12%, Eher akzeptabel 34%, Eher nicht akzeptabel 27%, Eindeutig nicht akzeptabel 28%).

Die Häufigkeit der Kategorien „Eher akzeptabel“ und „Eindeutig akzeptabel“ veränderte sich von der 9. bis zur 12. Schulstufe kaum. „Eher nicht akzeptabel“ nahm von der 9. (33%) bis zur 12. Schulstufe (40%) zu, während „Eindeutig nicht akzeptabel“ in diesem Zeitraum abnahm (von 30% auf 19%). Diese Schulstufenunterschiede waren deutlich erkennbar ($p=0,010$). *Die Hypothese 1 wurde verifiziert.*

Burschen und Mädchen waren sich bezüglich der Akzeptanz einer Abtreibung in dieser Situation einig. Es war kein signifikanter Geschlechtsunterschied feststellbar. *Die Hypothese 2 wurde verifiziert.*

7.3.3.9 Im Falle einer Vergewaltigung

Im Falle einer Vergewaltigung wäre für 68% der Probanden eine Abtreibung „Eindeutig akzeptabel“, für weitere 19% „Eher akzeptabel“. Nur wenige Probanden wählten in dieser Situation „Eher nicht akzeptabel“ oder „Eindeutig nicht akzeptabel“ (jeweils 6-7%).

Von der 9. bis zur 12. Schulstufe kam es zu keiner signifikanten Veränderung der Akzeptanz. *Die Hypothese 1 wurde falsifiziert.*

Hinsichtlich der Geschlechter zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang. *Die Hypothese 2 wurde verifiziert.*

8 Schlussfolgerung

8.1 Wissen

8.1.1 Weiblicher Zyklus

Der Prozentsatz der Nennung „28 Tage“ als Dauer des Menstruationszyklus war bei den Mädchen in jeder Schulstufe deutlich höher als bei den Burschen. Dieser Geschlechtsunterschied war bei Betrachtung der gesamten Stichprobe vor allem in der 9. Schulstufe signifikant. Im Rahmen des Sexualkundeunterrichts kam das Wissen der Burschen dem der Mädchen schon sehr nahe.

Sehr wenige Probanden konnten den Zeitpunkt der fruchtbaren Tage richtig einordnen. Diesbezüglich nahm bei den Burschen die Nennung „In der Mitte des Zyklus“ bis zur 10. Schulstufe stark zu und sink dann wieder ab. Das Wissen hinsichtlich der fruchtbaren Tage blieb also nur wenigen Testpersonen bis zum Ende der Oberstufe erhalten. Die relative Häufigkeit der Kategorie „In der Mitte des Zyklus“ war bei den Mädchen von der 9. bis zur 12. Schulstufe eher beständig. Diese lag abgesehen von der 10. Schulstufe immer deutlich über der relativen Häufigkeit der Burschen. Im Rahmen des Sexualkundeunterrichts nahm die Kenntnis der Burschen deutlich zu.

Die Häufigkeit der Nennung „Zur Zyklusmitte“ als Zeitpunkt des Eisprungs nahm bei den Mädchen und den Burschen in der 10. Schulstufe stark zu. Danach fiel diese bei den Burschen stark ab und stieg zur 12. Schulstufe hin wieder leicht an, während sie bei den Mädchen kontinuierlich am Steigen war. Die Geschlechtsunterschiede waren sowohl unabhängig als auch in Abhängigkeit von der Schulstufe signifikant.

Bezüglich der Kenntnis über den weiblichen Zyklus waren in Abhängigkeit der Schulstufe und der sexuellen Erfahrungen keine signifikanten Zusammenhänge feststellbar. Die angeführten Ergebnisse zeigten, dass diesbezüglich noch viel Aufklärung nötig wäre. Eine grundlegende Kenntnis über den weiblichen Zyklus wäre unerlässlich. Einerseits um den weiblichen Körper besser kennenzulernen, andererseits um eine Schwangerschaft erfolgreich vorbeugen zu können.

Das Wissen über beteiligte Hormone am Menstruationszyklus war ebenso gering. Die Häufigkeit der Nennung „Ich weiß es nicht“ stand in der 9. Schulstufe bei 60% und sank im Verlauf der Oberstufe stark ab. Außerdem lag die Häufigkeit der Mädchen ab der 10. Schulstufe deutlich über der Häufigkeit der Burschen. Hinsichtlich der Schulstufen und der

Geschlechter konnte ein signifikanter Unterschied ermittelt werden. Sexuelle Erfahrungen hatten keinen Einfluss auf das Wissen über die beteiligten Hormone.

8.1.2 Schwangerschaft

Gemäß der Einschätzung der Sicherheit der verschiedenen Schwangerschaftshinweise konnte kein signifikanter Unterschied in Abhängigkeit von den Schulstufen sowie den sexuellen Erfahrungen festgestellt werden.

Die Schwangerschaftsdauer von „36-42 Wochen“ war den meisten Probanden bekannt und diesbezüglich konnte kein Zusammenhang mit dem Geschlecht, der Schulstufe oder den Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr ermittelt werden.

Das „Ausbleiben der Monatsblutung“ wurde vorrangig von den Burschen als ein „Sicheres“ Anzeichen auf eine Schwangerschaft eingestuft. Dieser Geschlechtsunterschied war bezüglich der Sicherheitseinstufung signifikant.

„Morgendliche Übelkeit“ wurde von drei Viertel der Testpersonen als ein „Unsicherer“ Hinweis bezeichnet. Der Geschlechtsunterschied war im Hinblick darauf nicht signifikant.

Der „Nachweis des Fötus im Ultraschall“ wurde von beträchtlich mehr Mädchen als Burschen als ein „Sehr sicheres“ Indiz für eine Schwangerschaft betrachtet. Der Zusammenhang der Einstufung mit dem Geschlecht war klar ersichtlich.

„Unerwartete Gewichtszunahme“ stellte für die Hälfte der Mädchen und etwa ein Drittel der Burschen ein „Sehr unsicheres“ Anzeichen dar. Als „Eher sicher“ wurde dieser Hinweis von bedeutend mehr Burschen als Mädchen eingeordnet. Dieser Unterschied war bezüglich der Geschlechter deutlich unterschiedlich.

Ein „Positiver Schwangerschaftstest“ wurde von nahezu allen Probanden als ein sicheres Indiz eingestuft. Diesbezüglich ergab sich kein signifikanter Geschlechtsunterschied.

8.1.3 Verhütung

Die Pille und das Kondom waren die geläufigsten Verhütungsmethoden, da alle Probanden bereits davon gehört hatten.

Gesamt gesehen waren die hormonellen Verhütungsmethoden sehr bekannt, weil abgesehen vom Implanon alle Methoden mehr als der Hälfte der Testpersonen vertraut waren. Das Implanon war obendrein die einzige hormonelle Technik, deren

Bekanntheitsgrad mit steigender Schulstufe auch zunahm. Die Häufigkeit der anderen Methoden änderte sich bezüglich der Schulstufe nicht signifikant. Das Hormonpflaster und die Dreimonatsspritze waren beträchtlich mehr Mädchen als Burschen bekannt. Daher zeigten sich diesbezüglich hoch signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Der Bekanntheitsgrad des Implanons, der Dreimonatsspritze und der Hormonspirale ist außerdem bei Probanden mit sexuellen Erfahrungen deutlich höher.

Der Bekanntheitsgrad der Barriere-Verhütungsmethode änderte sich mit steigender Schulstufe kaum. Außerdem waren auch keine deutlichen Geschlechtsunterschiede feststellbar. Lediglich der Bekanntheitsgrad der Sterilisation war bei Probanden mit sexuellen Erfahrungen deutlich höher als bei Probanden ohne Erfahrungen.

Die Kalendermethode war die bekannteste natürliche Verhütungsmethode. Von der 9. bis zur 12. Schulstufe änderte sich der Bekanntheitsgrad der Temperaturmethode und des Coitus interruptus signifikant. Die Häufigkeit beider Methoden nahm bis zur 11. Schulstufe deutlich zu. Außerdem war der Coitus interruptus überaus mehr Burschen als Mädchen bekannt. Sexuelle Erfahrungen hatten keinen Einfluss auf den Bekanntheitsgrad der natürlichen Verhütungsmethoden.

Die Pille wurde unabhängig von Schulstufe oder Geschlecht als sichere Verhütungsmethode eingestuft. Probanden mit sexuellen Erfahrungen ordneten die Pille als überaus sicherer ein, als Probanden ohne Erfahrungen.

Die Sicherheit des Kondoms wurde unabhängig von Schulstufe und sexuellen Erfahrungen als sichere Verhütungsmethode bezeichnet. Fast alle Burschen und nur zwei Drittel der Mädchen stuften das Kondom als sicher ein.

Das Hormonpflaster wurde mit steigender Schulstufe immer sicherer eingestuft. Überaus mehr Mädchen als Burschen vertrauten dieser Verhütungsmethode. Probanden mit sexuellen Erfahrungen hatten auch häufiger Vertrauen in das Hormonpflaster, als Probanden ohne sexuelle Erfahrungen.

8.1.4 Pille-danach

Fast alle Probanden hatten bereits von der Pille-danach gehört. Hinsichtlich der Bekanntheit war weder zwischen den Geschlechtern noch zwischen den Schulstufen ein deutlicher Unterschied erkennbar. Alle Probanden die bereits Geschlechtsverkehr hatten,

hatten auch schon von der Pille-danach gehört. Diejenigen die noch nicht davon gehört hatten, hatten auch noch keine sexuellen Erfahrungen gemacht.

Die Pille-danach wurde in jeder Schulstufe am häufigsten als Notfallspille beschrieben. Überaus mehr Mädchen als Burschen stuften die Pille-danach als Abtreibungspille ein. Als gängiges Verhütungsmittel wurde sie von überaus mehr Burschen als Mädchen beschrieben. Probanden mit sexuellen Erfahrungen stuften die Pille-danach häufiger als Notfallspille oder als Abtreibungspille ein, als Probanden ohne Erfahrungen.

Als Wirkungsweise wurde die Kategorie „Verhindert Einnistung“ von deutlich mehr Mädchen als Burschen genannt. Die Kategorien „Verhindert Eisprung“ und „Zerstört befruchtete Eizelle“ wurden häufiger von den Burschen als von den Mädchen gewählt.

Die Beschreibung der Eigenschaft und die Wirkungsweise der Pille-danach änderte sich über die Schulstufen nicht signifikant.

8.1.5 Schwangerschaftsabbruch

Fast alle Probanden waren sich über die Straffreiheit der Abtreibung in Österreich bewusst. Geschlecht und Schulstufe hatten keinen Einfluss auf das Wissen über die Straffreiheit.

Die Häufigkeit der 12. Schwangerschaftswoche als Grenze der Straffreiheit nahm mit steigender Schulstufe stark zu. Dieses Wissen war unabhängig von Geschlecht.

Die meisten Probanden waren sich über mögliche Risiken bewusst. Die Häufigkeit der „Depression“ als Risiko, überstieg die Häufigkeit der anderen Risiken deutlich. Geschlecht und Schulstufe hatten keinen Einfluss auf das Wissen über die Risiken.

Fast allen Mädchen und nur 8 von 10 Burschen war bekannt, dass es für Eltern die ihr Kind nicht behalten wollen, auch andere Möglichkeiten gibt. Testpersonen mit sexuellen Erfahrungen waren sich eher über die Möglichkeit bewusst, als jene ohne sexuelle Erfahrungen.

8.2 Persönliche Einstellung

8.2.1 Zuständigkeit Verhütung

Beim Vergleich der Geschlechter wurde deutlich, dass überaus mehr Mädchen als Burschen, der Ansicht waren, dass beide Geschlechter zu gleichen Teilen für die Verhütung verantwortlich sind. Einige Burschen und nur vereinzelte Mädchen vertraten die Meinung, dass beide Geschlechter, aber vor allem sie selbst dafür zuständig sind. Nur

wenige Probanden wiesen dem anderen Geschlecht diese Verantwortung zu. Diese Einstellung änderte sich mit steigender Schulstufe kaum.

8.2.2 Das Kind behalten

Die Einstellung zu einem Kind änderte sich von der 9. bis zur 12. Schulstufe nicht signifikant. Beim Vergleich der Geschlechter fiel auf, dass die Burschen das Kind in der jetzigen Situation häufiger nicht behalten würden. Die Mädchen würden das Kind eher behalten.

8.2.3 Schwangerschaftsabbruch

Eine Abtreibung „Bei jeder ungewollten Schwangerschaft“ wäre für mehr als die Hälfte der Probanden nicht akzeptabel. Mit steigender Schulstufe stieg auch die Häufigkeit der „Nicht-Akzeptanz“ stark an.

Für die eine Hälfte der Probanden wäre eine Abtreibung bei einer ungewollten Schwangerschaft vor 18 akzeptabel, für die andere Hälfte nicht akzeptabel.

Für den Großteil der Probanden war eine Abtreibung bei einer ungewollten Schwangerschaft vor 24 nicht akzeptabel.

Eine Abtreibung bei einer ungewollten Schwangerschaft vor der Matura wäre für etwa die Hälfte der Probanden akzeptabel, für die andere Hälfte nicht akzeptabel.

Für deutlich mehr als die Hälfte der Probanden wäre eine Abtreibung bei einer ungewollten Schwangerschaft während weiterer Ausbildungen nicht akzeptabel. Die „Akzeptanz“ lag bei den höheren Schulstufen deutlich unter der „Nicht-Akzeptanz“.

Eine Abtreibung bei einer Schwangerschaft mit einem ehemaligen Partner wäre für mehr als die Hälfte der Probanden nicht akzeptabel.

In den genannten Situationen wäre eine Abtreibung für die Burschen jeweils eher akzeptabel als für die Mädchen. Burschen würden sich in dieser Situation daher eher gegen das Kind entscheiden. Die Einstellungen veränderten sich auch mit steigender Schulstufe kaum.

Im Falle einer körperlichen oder geistigen Behinderung des Kindes wäre ein Abbruch für etwa die Hälfte der Probanden akzeptabel, für die andere Hälfte nicht akzeptabel. Diese persönliche Einstellung war unabhängig vom Geschlecht. Im Falle einer geistigen Behinderung des Kindes nahm die Akzeptanz mit steigender Schulstufe ab. Die

Einstellung zum möglichen Fall einer körperlichen Behinderung veränderte sich mit steigender Schulstufe kaum.

Für den Großteil der Probanden wäre eine Abtreibung „Im Falle einer Vergewaltigung“ akzeptabel. Die Einstellung war unabhängig von Geschlecht und Schulstufe.

Mögliche vorhandene Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr hatten keinen Einfluss auf die Akzeptanz einer Abtreibung in den eben beschriebenen Situationen.

9 Literaturverzeichnis

Diplomarbeiten und Dissertationen

Beck, Joachim. (1992): Pflanzliche Abortiva und Teratogene. Diplomarbeit, Universität Wien, Formal und Naturwissenschaftliche Fakultät.

Erbguth, Peter. (1964): Die Wertung und gesetzliche Behandlung der Abtreibung und Kindestötung in Deutschland und einigen Nachbarländern. Dissertation, Julius-Maximilians-Universität Würzburg, Hohe Medizinische Fakultät.

Friedrich, Teresa. (2002): Hexenkräuter. Wissenschaft und Mythos. Diplomarbeit, Universität Wien, Fakultät für Naturwissenschaften und Mathematik.

Göd, Irene. (1999): Abtreibung und Verhütung. Ein Kulturvergleich mit besonderer Berücksichtigung der pflanzlichen Abortivdrogen. Diplomarbeit, Universität Wien, Grund- und Integrativwissenschaftliche Fakultät.

Pöchlhacker, Sabrina. (2006): „Let´s talk about sex“ – Sexualerziehung in der Schule. Eine statistische Analyse der behandelten Themen, Informationsquellen und des Wissensstandes von SchülerInnen der 2. bis 5. Klasse AHS. Diplomarbeit, Universität Wien.

Spacek, Helmut. (2004): Wissensstand, Erfahrung und Informationsquellen bezüglich Familienplanung und Sexualbiologie. Von Schülern des 1. Jahrganges Höherer Technischer Berufsbildender Schulen. Diplomarbeit, Universität Wien, Fakultät für Naturwissenschaften und Mathematik.

Unger, Birgit. (2003): Sexualerziehung im Biologieunterricht. Eine empirische Untersuchung über den Sexualunterricht auf der achten Schulstufe an Wiener Allgemeinbildenden Höheren Schulen. Diplomarbeit, Universität Wien, Fakultät für Naturwissenschaften und Mathematik.

Buchzitate

Arndt, Joachim. (1984): Unerwünschte Schwangerschaft. Meinungen – Fakten – Hilfen. Würzburg: Echter Verlag.

Baumeister, Walter (Hrsg.). & Smets, Rudolf (Hrsg.). (1955): Das Lebensrecht der Ungeborenen. Mainz: Der Rheingold-Verlag.

Beckel, Albrecht (Hrsg.). (1972): Abtreibung in der Diskussion. Medizinische, psychologische, juristische, ethische und politische Aspekte der Reform der §218. Westfahlen: Verlag Regensburg Münster.

Beckmann, Dieter & Beckmann, Barbara. (1990): Alraun, Beifuß und andere Hexenkräuter. Alltagswissen vergangener Zeiten. Frankfurt am Main: Campus Verlag GmbH.

Biener, Kurt. (1973): Jugendsexualität und Präventivmedizin. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.

Boltanski, Luc. (2007): Soziologie der Abtreibung. Zur Lage des fötalen Lebens. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

Bönitz, Dieter. (1979): Zur Psychologie der Abtreibung. Legale und illegale Schwangerschaftsabbrüche im Vergleich. Göttingen: Verlag für Medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck und Ruprecht.

Bühl, Achim. (2008): SPSS 16. Einführung in die moderne Datenanalyse. (11.Aufl.). München: Pearson Studium.

Campbell, Neil A. & Reece, Jane B. (2006): Biologie. (6. Aufl.). München: Pearson Studium.

Dudenhausen, W. (Hrsg.). & Schneider, H.P.G. (Hrsg.). & Bastert, G. (Hrsg.). (2003): Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Berlin: Walter de Gruyter GmbH & Co. KG.

Faller, Adolf & Schünke, Michael. (2004): Der Körper des Menschen – Einführung in Bau und Funktion. (4.Aufl.). Stuttgart: Thieme Verlag.

Fischer, Johann. (1966): Die Abtreibung. Problematik und Methoden, ihre Kriminologie und polizeiliche Bearbeitung. Hamburg: Kriminalistik - Verlag für kriminalistische Fachliteratur.

Jütte, Robert. (Hrsg.). (1993): Geschichte der Abtreibung. Von der Antike bis zur Gegenwart. München: C.H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung (Oscar Beck).

Kluge, Norbert. (Hrsg.). (1998): Aufklären statt Verschweigen – Informieren statt Verschleiern. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH.

Knopf, Marina & Mayer, Elfie & Meyer, Elsbeth. (1995): Trauring und befreit zugleich. Psychische Folgen des Schwangerschaftsabbruchs. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.

Kreutzig, Thomas. (2001): Biochemie. Kurzlehrbuch zum Gegenstandskatalog. (10. Aufl.). München: Urban & Fischer Verlag.

Lewin, L. (1925): Die Fruchtabtreibung durch Gifte und andere Mittel. Ein Handbuch für Ärzte, Juristen, Politiker, Nationalökonomien. (4. Aufl.). Berlin: Verlag von Georg Stilke.

Raab-Steiner, Elisabeth & Benesch, Michael. (2008): Der Fragebogen. Von der Forschungsidee zur SPSS-Auswertung (1. Aufl.). Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Rohrer-Werneck, Sonja (Hrsg.) & Werneck, Harald. (2000): Psychologie der Familie – Theorien, Konzepte, Anwendungen. Wien: WUV – Universitätsverlag.

Simhofer, Doris. (2005): Empfängnisverhütung: Lust ohne Angst. Alles über Pille, Kondom, Spirale & Co. Wien: Verein für Konsumenteninformation.

Steinbüchel, Alexander & Oppermann-Sanio, Fred Bernd. (2003): Mikrobiologisches Praktikum. (1.Aufl.). Berlin: Springer Verlag.

Valtl, Karlheinz. (1998): Sexualpädagogik in der Schule. Didaktische Analysen und Materialien für die Praxis. Primar- und Sekundarstufe. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Vollhardt, K. Peter C & Schore, Neil E. & Butenschön, Holger (Hrsg). (2000): Organische Chemie. (3. Aufl.). Weinheim: Wiley-VCH Verlag GmbH.

Weidinger, Bettina & Kostenwein, Wolfgang & Dörfler, Daniela. (2004): Sexualität im Beratungsgespräch mit Jugendlichen. Wien: Springer-Verlag Wien-New York.

Wiesenauer, Markus & Kerckhoff, Annette. (2005): PhytoPraxis. (2.Aufl.). Berlin: Springer Verlag.

Internet

Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend: Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/11. Zugriff am 4.05.2011 unter <http://www.goeg.at/de/Bereich/GB-Archiv.html>

Bundesministeriums für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten. Grundsatzterlass „Sexualerziehung in den Schulen“. GZ 36.145/16-V/3/94 vom 25. April 1994. Rundschreiben Nr. 36/1994. (Für den Inhalt verantwortlich: Haller, Beatrix) Zugriff am 24.3.2010 unter <http://www.bmukk.gv.at/medienpool/918/sexuerzi.pdf>

Fiala, Christian. (2009). Schwangerschaftsabbruch in Theorie und Praxis. Zugriff am 23.März 2011 unter <http://abtreibung.at/fur-fachkrafte/hintergrundinformationen/abbruch-in-osterreich>

Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, Deutschland. Altersgruppen. Zugriff am 25.3.2011 unter http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/XWD_FORMPROC?TARGET=&PAGE=XWD_202&OPINDEX=4&HANDLER=XSRotateAdvanced&DataCube=XWD_228&D.000=ACROSS&D.001=PAGE&D.002=DOWN&D.100=PAGE)

Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, Deutschland. Zugriff am 25.3.211 unter http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=83060813&nummer=240&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=86414817)

Strafgesetzbuch (StGB) Österreich, Berücksichtigter Stand der Gesetzgebung: 1. März 2011. §96. Zugriff am 16. März 2011 unter <http://www.jusline.at/index.php?cpid=ba688068a8c8a95352ed951ddb88783e&lawid=11&paid=96>

Strafgesetzbuch (StGB) Österreich, Berücksichtigter Stand der Gesetzgebung: 1. März 2011. §97. Zugriff am 16. März 2011 unter <http://www.jusline.at/index.php?cpid=ba688068a8c8a95352ed951ddb88783e&lawid=11&paid=97>

Strafgesetzbuch (StGB) Österreich, Berücksichtigter Stand der Gesetzgebung: 1. März 2011. §98. Zugriff am 16. März 2011 unter <http://www.jusline.at/index.php?cpid=ba688068a8c8a95352ed951ddb88783e&lawid=11&paid=98>

10 Anhang

10.1 Tabellenverzeichnis

Tab.1:	Vergleich der Abtreibungsmethoden	34
Tab.2:	Geschlechtsverteilung. Gesamte Stichprobe.	44
Tab.3:	Schulstufenverteilung. Gesamte Stichprobe.	44
Tab.4:	Irrtumswahrscheinlichkeit	46
Tab.5:	Eintrittsalter in die Geschlechtsreife. Gesamte Stichprobe.	50
Tab.6:	Zuständigkeit für Verhütung. Differenziert nach Geschlecht.	77
Tab.7:	Können sich Risiken ergeben. Differenziert nach Geschlecht.	86
Tab.8:	Im Falle einer Vergewaltigung – Signifikanz. Gesamte Stichprobe.	104

10.2 Abbildungsverzeichnis

Abb.1:	Häufigkeit an Abtreibungen in den Jahren 2000-2010	37
Abb.2:	Häufigkeit an Abtreibungen in den Jahren 1996-2010. Differenziert nach der Abtreibungsmethode	38
Abb.3:	Häufigkeit in Abhängigkeit der vorangegangenen Lebendgeburten im Jahr 2010	39
Abb.4:	Häufigkeit in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2010	39
Abb.5:	Geschlechtsverteilung. Gesamte Stichprobe.	47
Abb.6:	Schulstufenverteilung. Differenziert nach Geschlecht.	47
Abb.7:	Altersverteilung. Gesamte Stichprobe.	48
Abb.8:	Schultypverteilung. Gesamte Stichprobe.	48
Abb.9:	Vorhandene Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr. Differenziert nach Schulstufe.	49
Abb.10:	Vorhandene Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr. Differenziert nach Geschlecht und Schulstufe.	49
Abb.11:	Eintrittsalter in die Geschlechtsreife. Differenziert nach männlicher und weiblicher Geschlechtsreife und unterer und oberer Grenze.	51
Abb.12:	Häufigkeit „Ab der Menarche bis zur Menopause“. Differenziert nach Schulstufe und Geschlecht.	51
Abb.13:	Weibliche Fruchtbarkeit – 12. Schulstufe. Differenziert nach Geschlecht.	52
Abb.14:	Häufigkeit „Ab dem ersten Samenerguss bis zum Tod“. Differenziert nach Schulstufe und Geschlecht.	53
Abb.15:	Männliche Fruchtbarkeit – 12. Schulstufe. Differenziert nach Geschlecht.	53

Abb.16:	Zyklusdauer von 28 Tagen. Differenziert nach Geschlecht und Schulstufe	54
Abb.17:	Zyklusdauer – 9. Schulstufe. Differenziert nach Geschlecht.	55
Abb.18:	Fruchtbare Tage – „In der Mitte des Zyklus“. Differenziert nach Geschlecht und Schulstufe.	56
Abb.19:	Fruchtbare Tage – 12. Schulstufe. Differenziert nach Geschlecht.	57
Abb.20:	Zeitpunkt des Eisprungs – „Zur Zyklusmitte“. Differenziert nach Geschlecht und Schulstufe.	58
Abb.21:	Zeitpunkt des Eisprungs – 12. Schulstufe. Differenziert nach Geschlecht.	58
Abb.22:	Kein Wissen bezüglich Hormone. Differenziert nach Geschlecht und Schulstufe.	59
Abb.23:	Schwangerschaftsdauer. Gesamte Stichprobe.	60
Abb.24:	Schwangerschaftshinweis – „Ausbleiben der Monatsblutung“. Differenziert nach Geschlecht und Sicherheitsgrad	61
Abb.25:	Schwangerschaftshinweis – „Morgendliche Übelkeit“. Differenziert nach Geschlecht und Sicherheitsgrad.	62
Abb.26:	Schwangerschaftshinweis – „Nachweis des Fötus im Ultraschall“. Differenziert nach Geschlecht und Sicherheitsgrad	62
Abb.27:	Schwangerschaftshinweis – „Unerwartete Gewichtszunahme“. Differenziert nach Geschlecht und Sicherheitsgrad.	63
Abb.28:	Schwangerschaftshinweis – „Positiver Schwangerschaftstest“. Differenziert nach Geschlecht und Sicherheitsgrad.	64
Abb.29:	Hormonelle Verhütungsmethoden. Differenziert nach bekannte und unbekannte Methoden.	64
Abb.30:	Barriere Verhütungsmethoden. Differenziert nach bekannte und unbekannte Methoden.	65
Abb.31:	Natürliche Verhütungsmethoden. Differenziert nach bekannte und unbekannte Methoden.	65
Abb.32:	Signifikante Veränderungen der Verhütungsmethoden. Differenziert nach Schulstufe.	66
Abb.33:	Signifikante Veränderungen der Verhütungsmethoden. Differenziert nach Geschlecht	67
Abb.34:	Signifikante Veränderungen der Verhütungsmethoden. Differenziert nach sexuellen Erfahrungen.	68
Abb.35:	Sicherheit der Pille. Gesamte Stichprobe.	68
Abb.36:	Sicherheit der Pille. Differenziert nach sexuellen Erfahrungen.	69
Abb.37:	Sicherheit des Kondoms. Gesamte Stichprobe.	69
Abb.38:	Sicherheit des Kondoms. Differenziert nach Geschlecht.	70
Abb.39:	Sicherheit des Kondoms. Differenziert nach Geschlecht.	70
Abb.40:	Sicherheit des Hormonpflasters. Differenziert nach Geschlecht.	71
Abb.41:	Sicherheit des Hormonpflasters. Differenziert nach Geschlecht.	72
Abb.42:	Sicherheit des Hormonpflasters. Differenziert nach sexuellen Erfahrungen.	72

Abb.43:	Sicherheit es Hormonpflasters. Differenziert nach Schulstufe.	73
Abb.44:	Sicherheit der Hormonspirale. Differenziert nach Geschlecht.	73
Abb.45:	Sicherheit der Hormonspirale. Differenziert nach Geschlecht.	74
Abb.46:	Sicherheit der Hormonspirale. Differenziert nach sexuellen Erfahrungen.	74
Abb.47:	Sicherheit der Sterilisation. Gesamte Stichprobe.	75
Abb.48:	Sicherheit der Sterilisation. Differenziert nach sexuellen Erfahrungen.	75
Abb.49:	Sicherheit des Diaphragmas. Gesamte Stichprobe.	76
Abb.50:	Sicherheit der Kalendermethode. Gesamte Stichprobe.	76
Abb.51:	Zuständigkeit für Verhütung. Gesamte Stichprobe.	77
Abb.52:	Zuständigkeit für Verhütung. Differenziert nach Schulstufe.	78
Abb.53:	Von der Pille-danach gehört. Gesamte Stichprobe.	78
Abb.54:	Von der Pille-danach gehört. Differenziert nach sexuellen Erfahrungen.	79
Abb.55:	Was ist die Pille-danach. Differenziert nach Schulstufe.	79
Abb.56:	Was ist die Pille-danach. Differenziert nach Geschlecht	80
Abb.57:	Was ist die Pille-danach. Differenziert nach sexuellen Erfahrungen.	80
Abb.58:	Wie wirkt die Pille-danach. Differenziert nach Schulstufe.	81
Abb.59:	Wie wirkt die Pille-danach. Differenziert nach Geschlecht.	82
Abb.60:	Wie wirkt die Pille-danach. Differenziert nach sexuellen Erfahrungen.	82
Abb.61:	Ist Abtreibung in Österreich straffrei. Gesamte Stichprobe.	83
Abb.62:	Ist Abtreibung in Österreich straffrei. Differenziert nach Geschlecht.	83
Abb.63:	Ist Abtreibung in Österreich straffrei – 9. Schulstufe. Differenziert nach Geschlecht.	84
Abb.64:	Grenze der Straffreiheit in Österreich. Differenziert nach Schulstufe.	85
Abb.65:	Können sich Risiken ergeben. Gesamte Stichprobe.	85
Abb.66:	Können sich Risiken ergeben. Gesamte Stichprobe.	86
Abb.67:	Gibt es andere Möglichkeiten. Gesamte Stichprobe.	87
Abb.68:	Gibt es andere Möglichkeiten. Differenziert nach Geschlecht.	87
Abb.69:	Gibt es andere Möglichkeiten. Differenziert nach sexuellen Erfahrungen.	88

Abb.70:	Das Kind behalten. Differenziert nach 9. und 12. Schulstufe.	89
Abb.71:	Das Kind behalten. Differenziert nach Geschlecht.	90
Abb.72:	Bei jeder ungewollten Schwangerschaft. Gesamte Stichprobe.	90
Abb.73:	Bei jeder ungewollten Schwangerschaft. Differenziert nach Geschlecht.	91
Abb.74:	Bei jeder ungewollten Schwangerschaft – Weibliche Probanden. Differenziert nach Schulstufe.	91
Abb.75:	Bei jeder ungewollten Schwangerschaft. Differenziert nach Schulstufe.	92
Abb.76:	Bei jeder Schwangerschaft vor 18. Gesamte Stichprobe.	93
Abb.77:	Bei jeder Schwangerschaft vor 18. Differenziert nach Geschlecht.	94
Abb.78:	Bei jeder Schwangerschaft vor 18. Differenziert nach Schulstufe.	94
Abb.79:	Bei jeder Schwangerschaft vor 24. Gesamte Stichprobe.	95
Abb.80:	Bei jeder Schwangerschaft vor 24. Differenziert nach Geschlecht	95
Abb.81:	Bei jeder Schwangerschaft vor der Matura. Gesamte Stichprobe.	96
Abb.82:	Bei jeder Schwangerschaft vor der Matura. Differenziert nach Geschlecht.	96
Abb.83:	Bei jeder Schwangerschaft während weiterer Ausbildung. Gesamte Stichprobe.	97
Abb.84:	Bei jeder Schwangerschaft während weiterer Ausbildungen. Differenziert nach Geschlecht.	98
Abb.85:	Bei jeder Schwangerschaft während weiterer Ausbildungen. Differenziert nach Schulstufe.	98
Abb.86:	Bei Schwangerschaft mit ehemaligen Partner. Gesamte Stichprobe.	99
Abb.87:	Bei Schwangerschaft mit ehemaligen Partner. Differenziert nach Geschlecht.	100
Abb.88:	Bei Schwangerschaft mit ehemaligen Partner. Differenziert nach Geschlecht.	100
Abb.89:	Bei Schwangerschaft mit ehemaligen Partner. Differenziert nach sexuellen Erfahrungen.	101
Abb.90:	Bei körperlicher Behinderung. Gesamte Stichprobe.	101
Abb.91:	Bei geistiger Behinderung. Gesamte Stichprobe.	102
Abb.92:	Bei geistiger Behinderung. 9. & 12. Schulstufe.	103
Abb.93:	Im Falle einer Vergewaltigung. Gesamte Stichprobe.	103

10.3 Der Fragebogen

Fragebogen zum Thema Schwangerschaft

Liebe Schülerinnen und Schüler!

Dieser Fragebogen beinhaltet Fragen zur Schwangerschaft und zu anderen damit in engen Zusammenhang stehenden Themen.

Ich bitte dich die folgenden Fragen ehrlich zu beantworten, da die Ergebnisse dieser Studie die Basis meiner Diplomarbeit zum Thema „Schwangerschaft“ an der Universität Wien darstellen.

Die Umfrage nimmt nur wenige Minuten in Anspruch und bevor du beginnst, lies dir jede Frage genau durch.

Ich versichere dir, dass deine Daten absolut vertraulich behandelt werden und um die Anonymität zu bewahren sind außer deinem Alter auch keine weiteren persönlichen Angaben nötig.

Vielen DANK für dein Bemühen!

Bei Rückfragen: Sabine Putz
Email: sabine.putz@gmx.at



universität
wien

1. Angaben zur Person:

Alter: _____ Jahre

Geschlecht: O männlich
 O weiblich

Klasse: Ich besuche die ____ . Klasse

Schultyp: O AHS
 O BHS

2. Geschlechtsreife & Fruchtbarkeit

1. In welchem Alter erreichen Frauen in Österreich die Geschlechtsreife?

Bitte gib das Alter bzw. den Altersbereich an!

_____ Jahre

2. In welchem Alter erreichen Männer in Österreich die Geschlechtsreife?

Bitte gib das Alter bzw. den Altersbereich an!

_____ Jahre

3. **Wie lange ist eine Frau durchschnittlich fruchtbar?** (Wie lange kann eine Frau Kinder empfangen?) *Bitte nur 1x ankreuzen!*

☐	Von der Geburt bis zum Tod
☐	Ab der Menarche, der ersten Blutung, bis zum Tod
☐	Ab der Menarche, der ersten Blutung, bis zur Menopause
☐	Ab der Menarche, der ersten Blutung, bis ungefähr zum 65. Lebensjahr
☐	Ich weiß es nicht

4. **Wie lange ist ein Mann durchschnittlich fruchtbar?** (Wie lange kann ein Mann Kinder zeugen?) *Bitte nur 1x ankreuzen!*

☐	Von der Geburt bis zum Tod
☐	Ab dem ersten Samenerguss bis zum Tod
☐	Ab dem ersten Samenerguss bis zur Pause
☐	Ab dem ersten Samenerguss bis ungefähr zum 65. Lebensjahr
☐	Ich weiß es nicht

3. Weiblicher Zyklus:

1. **Wie lange dauert ein durchschnittlicher weiblicher Menstruationszyklus?** *Bitte nur 1x ankreuzen!*

☐	20 Tage
☐	24 Tage
☐	28 Tage
☐	32 Tage
☐	Ich weiß es nicht

2. **Wann im Menstruationszyklus kann eine Frau schwanger werden?** *Bitte nur 1x ankreuzen!*

☐	Während der Menstruation, der Blutung
☐	Kurz vor Einsetzen der Menstruation
☐	Kurz nach der Menstruation
☐	In der Mitte des Zyklus
☐	An allen Tagen des Zyklus
☐	Ich weiß es nicht

3. **Wann findet im Menstruationszyklus der Eisprung statt?** *Bitte nur 1x ankreuzen!*

☐	Kurz vor Einsetzen der Menstruation, der Blutung
☐	Während der Menstruation
☐	Etwa zur Zyklusmitte
☐	Ich weiß es nicht

4. Welche der folgenden Hormone wirken am Ablauf des weiblichen Menstruationszyklus mit? Bitte kreuze an! Mehrfachnennungen möglich

☐	LH (Luteinisierungshormon)
☐	Testosteron
☐	FSH (Follikelstimulierendes Hormon)
☐	Östradiol
☐	Insulin
☐	Adrenalin
☐	HCG (Humanes Choriongonadotropin)
☐	Progesteron
☐	TSH (Thyroideastimulierendes Hormon)
☐	Ich weiß es nicht

4. Schwangerschaft

1. Wie viele Wochen dauert eine natürlich verlaufende Schwangerschaft durchschnittlich? Bitte nur 1x ankreuzen!

☐	30 Wochen und weniger (<30)
☐	31 - 35 Wochen
☐	36 - 42 Wochen
☐	42 Wochen und mehr (42<)
☐	Ich weiß es nicht

2. Gib bei den folgenden Beispielen an, wie sicher sie einen Hinweis auf eine Schwangerschaft bieten! Bitte kreuze bei jedem Beispiel den Grad der Sicherheit an!

	Sehr <u>sicherer</u> Hinweis	Eher <u>sicherer</u> Hinweis	Eher <u>unsicherer</u> Hinweis	Sehr <u>unsicherer</u> Hinweis
Das Ausbleiben der Monatsblutung	☐	☐	☐	☐
Morgendliche Übelkeit	☐	☐	☐	☐
Der Nachweis eines Fötus durch Ultraschall	☐	☐	☐	☐
Unerwartete Gewichtszunahme	☐	☐	☐	☐
Ein positiver Schwangerschaftstest	☐	☐	☐	☐

3. Welche Möglichkeiten gibt es für eine Frau schwanger zu werden, wenn die Fortpflanzung durch Geschlechtsverkehr nicht klappt?

☐ _____

☐ Es gibt keine anderen Möglichkeiten

4. **Ab** welcher Schwangerschaftswoche (SSW) kann bei einer natürlich verlaufenden Schwangerschaft der Herzschlag des Fötus im Ultraschall nachgewiesen werden? Bitte nur 1x ankreuzen!

☐	7. SSW
☐	8. SSW
☐	9. SSW
☐	10. SSW
☐	Ich weiß es nicht

5. Verhütung

1. Welche der folgenden Verhütungsmethoden sind dir bekannt? Bitte kreuze die Methoden an, von denen du schon gehört hast! Mehrfachnennungen möglich

☐	Pille	☐	Kondom	☐	Zäpfchen
☐	Hormonpflaster	☐	Diaphragma	☐	Temperaturmethode
☐	Implanon	☐	Femidom	☐	Kalendermethode
☐	Dreimonatsspritze	☐	Kupferspirale	☐	Verhütungscomputer
☐	Hormonspirale	☐	Coitus interruptus	☐	Sterilisation
☐	Pille-danach	☐	Spermizide	☐	Vasektomie

☐ Andere: _____

2. Gibt es natürliche Verhütungsmittel?

☐ Ja ☐ Nein

2a. **Wenn JA:** Welche natürlichen Verhütungsmittel sind dir bekannt?

3. Gibt es mechanische Verhütungsmittel?

☐ Ja ☐ Nein

3a. **Wenn JA:** Welche mechanischen Verhütungsmittel sind dir bekannt?

4. Gibt es hormonelle Verhütungsmittel?

☐ Ja ☐ Nein

4a. **Wenn JA:** Welche hormonellen Verhütungsmittel sind dir bekannt?

5. Gibt es chemische Verhütungsmittel?

☐ Ja ☐ Nein

5a. Wenn JA: Welche chemischen Verhütungsmittel sind dir bekannt?

6. Wie sicher sind deiner Meinung nach die folgenden Verhütungsmethoden? Bitte kreuze für jede Verhütungsmethode die du kennst den Grad der Sicherheit an!

	Sehr <u>sicher</u>	Eher <u>sicher</u>	Eher <u>unsicher</u>	Sehr <u>unsicher</u>	Kenn ich nicht
Pille	☐	☐	☐	☐	☐
Hormonpflaster	☐	☐	☐	☐	☐
Implanon	☐	☐	☐	☐	☐
Dreimonatsspritze	☐	☐	☐	☐	☐
Hormonspirale	☐	☐	☐	☐	☐
Pille-danach	☐	☐	☐	☐	☐
Kondom	☐	☐	☐	☐	☐
Diaphragma	☐	☐	☐	☐	☐
Femidom	☐	☐	☐	☐	☐
Kupferspirale	☐	☐	☐	☐	☐
Coitus interruptus	☐	☐	☐	☐	☐
Spermizide	☐	☐	☐	☐	☐
Zäpfchen	☐	☐	☐	☐	☐
Temperaturmethode	☐	☐	☐	☐	☐
Kalendermethode	☐	☐	☐	☐	☐
Verhütungscomputer	☐	☐	☐	☐	☐
Sterilisation	☐	☐	☐	☐	☐
Vasektomie	☐	☐	☐	☐	☐

7. Hattest du bereits Geschlechtsverkehr?

☐ Ja ☐ Nein

7a. Wenn JA: Welche Verhütungsmethoden hast du bisher angewendet?

☐ _____

☐ Ich habe nicht verhütet.

8. Wer ist deiner Meinung nach für die Verhütung zuständig? Bitte nur 1x ankreuzen!

☐	Der Mann
☐	Die Frau
☐	Beide aber vor allem der Mann
☐	Beide aber vor allem die Frau
☐	Beide sind zu gleichen Teilen für die Verhütung verantwortlich

9. Hast du schon mal von der „Pille-danach“ gehört? Bitte nur 1x ankreuzen!

☐ JA ☐ NEIN

9.a. Wenn JA: Was ist die „Pille-danach“? Bitte nur 1x ankreuzen!

	Die Pille-danach ist....
☐	... eine Abtreibungspille
☐	... eine Notfallspille
☐	... ein gängiges Verhütungsmittel
☐	Ich weiß es nicht

9.b. Wenn JA: Wie wirkt die „Pille-danach“? Bitte nur 1x ankreuzen!

☐	Sie verhindert einen Eisprung
☐	Sie zerstört eine befruchtete Eizelle
☐	Sie verhindert die Verschmelzung von Ei- und Samenzelle
☐	Sie verhindert die Einnistung
☐	Ich weiß es nicht

6. Schwangerschaftsabbruch

1. Ist ein Schwangerschaftsabbruch (Abtreibung) in Österreich straffrei? Bitte nur 1x ankreuzen!

☐ Ja ☐ Nein

1.a. Wenn JA: Bis zu welcher Schwangerschaftswoche (SSW) darf in Österreich straffrei ein Schwangerschaftsabbruch durchgeführt werden? Bitte nur 1x ankreuzen!

☐	Bis zur 8. SSW
☐	Bis zur 12. SSW
☐	Bis zur 16. SSW
☐	Bis zur 24. SSW
☐	Bis kurz vor der Geburt
☐	Ich weiß es nicht

2. **Wie** (durch welche Methode, auf welche Art und Weise) **wird in Österreich ein Schwangerschaftsabbruch durchgeführt?** *Bitte beschreibe kurz in Stichworten*

☐ _____

☐ Ich weiß es nicht

3. **Wie würdest du vorgehen, wenn du morgen von deiner Schwangerschaft bzw. der Schwangerschaft deiner Freundin, erfahren würdest?** *Mehrfachnennung möglich*

☐	Ich spreche mit meinen Eltern, die werden schon wissen was zu tun ist
☐	Ich würde einmal abwarten, oft lösen sich Probleme von selbst
☐	Ich und mein/e Partner/in sprechen darüber und wir allein entscheiden, wie weiter vorgegangen wird
☐	Ich würde das Kind so schnell wie möglich loswerden wollen
☐	Ich suche eine Beratungsstelle auf und informiere mich
☐	Anderes: _____

4. **Würdest du in deiner jetzigen Lebenssituation das Kind behalten und eine unabgeschlossene Schulbildung in Kauf nehmen?** *Bitte nur 1x ankreuzen!*

☐ JA sicher

☐ JA eher schon

☐ NEIN, eher nicht

☐ Sicher NICHT

5. **Ergeben sich für die Mutter nach einem Abbruch Risiken?** *Bitte nur 1x ankreuzen!*

☐ Ja ☐ Nein

- 5.a. **Wenn JA**: Welche Risiken ergeben sich für die Mutter? *Mehrfachnennung möglich*

☐	Erhöhtes Risiko einer Frühgeburt bei folgenden Schwangerschaften
☐	Erhöhte Suizidrate bei Müttern
☐	Bluthochdruck
☐	Depressionen
☐	Beeinträchtigung der Fruchtbarkeit der Mutter
☐	Erhöhtes Herzinfarktrisiko

6. **Gibt es in Österreich, abgesehen vom Schwangerschaftsabbruch, noch andere Möglichkeiten für Eltern, die ihr Kind nicht behalten wollen?** *Bitte nur 1x ankreuzen!*

☐ Ja ☐ Nein

- 6.a. **Wenn JA**: Welche Möglichkeiten gibt es? *Bitte gib ein Beispiel an!*

☐ _____

7. In welcher der folgenden Situationen wäre für dich ein Abbruch deiner Schwangerschaft, bzw. der Schwangerschaft deiner Freundin akzeptabel? Bitte kreuze an, ob in der jeweiligen Situationen ein Abbruch für dich „Eindeutig Akzeptabel“, „Eher Akzeptabel“, „Eher nicht akzeptabel“ oder „Eindeutig nicht akzeptabel“ wäre!

Achte auf Fragen, die „Nur für ♀(Mädchen)“ bzw. die „Nur für ♂(Burschen)“ zu beantworten sind.

	Eindeutig Akzeptabel	Eher Akzeptabel	Eher Nicht Akzeptabel	Eindeutig Nicht akzeptabel
Bei jeder <u>ungewollten</u> (ungeplanten) Schwangerschaft	☐	☐	☐	☐
Bei jeder Schwangerschaft vor meinem <u>18. Geburtstag</u>	☐	☐	☐	☐
Bei jeder Schwangerschaft vor meinem <u>24. Geburtstag</u>	☐	☐	☐	☐
Bei jeder Schwangerschaft vor meiner <u>Matura</u> .	☐	☐	☐	☐
Bei jeder Schwangerschaft während meiner weiteren <u>Ausbildung</u> (Studium, Fortbildung,...)	☐	☐	☐	☐
Nur für ♀: Bei einer Schwangerschaft von meinem damaligen Freund, von dem ich mich nun bereits getrennt habe. Nur für ♂: Bei einer Schwangerschaft meiner damaligen Freundin, von der ich mich nun bereits getrennt habe.	☐	☐	☐	☐
Wenn am ungeborenen Kind eine mit hoher Wahrscheinlichkeit auftretende <u>körperliche</u> Behinderung festgestellt wird.	☐	☐	☐	☐
Wenn am ungeborenen Kind eine mit hoher Wahrscheinlichkeit auftretende <u>geistige</u> Behinderung festgestellt wird.	☐	☐	☐	☐
Nur für ♀: Wenn ich einer Vergewaltigung zum Opfer gefallen bin. Nur für ♂: Wenn meine Freundin einer Vergewaltigung zum Opfer gefallen ist.	☐	☐	☐	☐

Danke für deine Mitarbeit und viel Erfolg für deine Zukunft!
Mit freundlichen Grüßen
Sabine Putz

10.4 Genehmigung

LANDESSCHULRAT FÜR OBERÖSTERREICH

A-4040 LINZ, SONNENSTEINSTRASSE 20



Frau
Sabine Putz
Eglsee 52
4690 Schwanenstadt
sabine.putz@gmx.at

Bearbeiterin:
U. Wagner
Tel: 0732/7071-2321
Fax: 0732/7071-2330
E-mail: lsr@lsr-ooe.gv.at

Ihr Zeichen

vom

Unser Zeichen

vom

14. 12. 2010

B5 – 14/65 – 2010

16. 12. 2010

Befragung im Rahmen Ihrer Diplomarbeit für das Lehramt Biologie zum Thema Schwangerschaft

Sehr geehrte Frau Putz!

Sie haben beim Landesschulrat f. OÖ um Genehmigung der gegenständlichen Befragung von Schülerinnen und Schülern an allgemeinbildenden höheren Schulen in Gmunden und Vöcklabruck angesucht.

Nach Prüfung der Unterlagen genehmigt der Landesschulrat für OÖ Ihre Untersuchung unter den üblichen Bedingungen:

- Freiwilligkeit der Teilnahme
- Information der Erziehungsberechtigten
- Einhaltung der Datenschutzbestimmungen
- Übermittlung eines Kurzberichtes an den Landesschulrat für OÖ.

Bei Ihrer Kontaktaufnahme mit den Schulen verweisen Sie bitte auf diese Genehmigung.

Mit freundlichen Grüßen

Für den Amtsführenden Präsidenten
Dr. Lang eh.

DVR.0064351

<http://www.lsr-ooe.gv.at>
Parteienverkehr Montag bis Freitag 08.00 - 12.30 Uhr

11 Lebenslauf

Name:	Sabine Putz		
Geburtsdatum:	29.06.1988		
Geburtsort:	Gmunden		
Adresse:	Eglsee 52, 4690 Schwanenstadt		
Familienstand:	ledig		
Staatsbürgerschaft:	Österreich		
Eltern:	Johannes Michael Putz, *09.10.1958 Dorothea Elisabeth Putz (geb. Schwaiger), *09.05.1961		
Geschwister:	Thomas Putz, *12.07.1990 Stefanie Putz, *30.10.1993		
Schulbildung:	Sept. 1995 – Juni 1999:	Volksschule in Schwanenstadt	
	Sept. 1999 – Juni 2002:	Realgymnasium	der Benediktiner in Lambach
	Sept. 2002 – Juni 2006:	Oberstufenrealgymnasium	der Franziskanerinnen in Vöcklabruck
Hochschulausbildung:	Ab Wintersemester 2006: Lehramtsstudium Biologie und Chemie		
	Ab Wintersemester 2009: Lehramtsstudium Biologie und Psychologie/Philosophie		