



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium  
Observatoire suisse de la santé  
Osservatorio svizzero della salute  
Swiss Health Observatory

OBSAN DOSSIER 59

59

# Schweizerischer Verhütungsbericht

Anna Späth, Cornelia Schneider, Lina Stutz, Sibil Tschudin, Elisabeth Zemp Stutz

Das **Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan)** ist eine von Bund und Kantonen getragene Institution. Das Obsan analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind unter [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) zu finden.

In der **Reihe «Obsan Dossier»** erscheinen Forschungsberichte, welche Fachleuten im Gesundheitswesen als Arbeitsgrundlage dienen sollen. Die Berichte werden vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium bei externen Expertinnen und Experten in Auftrag gegeben oder intern erarbeitet. Der Inhalt der Obsan Dossiers unterliegt der redaktionellen Verantwortung der Autorinnen und Autoren. Obsan Dossiers liegen in der Regel ausschliesslich in elektronischer Form (PDF) vor.

## Impressum

### Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

### Autorinnen/Autoren

- Anna Späth, dipl. pharm. MPH, Swiss Tropical and Public Health Institute (Swiss TPH)
- Cornelia Schneider, PhD, Swiss TPH
- Lina Stutz, cand. med., Swiss TPH
- Sibil Tschudin, PD Dr. med., Frauenklinik, Universitätsspital Basel
- Elisabeth Zemp Stutz, Prof. Dr. med., Swiss TPH

### Projektleitung Obsan

Monika Diebold

### Reihe und Nummer

Obsan Dossier 59

### Zitierweise

Späth, A., Schneider, C., Stutz, L., Tschudin, S. & Zemp Stutz, E. (2017). *Schweizerischer Verhütungsbericht* (Obsan Dossier 59). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

### Auskünfte/Informationen

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium  
Espace de l'Europe 10  
CH-2010 Neuchâtel  
Tel. 058 463 60 45  
[obsan@bfs.admin.ch](mailto:obsan@bfs.admin.ch)  
[www.obsan.ch](http://www.obsan.ch)

### Originaltext

Deutsch

### Layout/Grafiken

Bundesamt für Statistik (BFS), Sektion DIAM, Prepress/Print

### Titelgrafik

Roland Hirter, Bern

### Druck

in der Schweiz

### BFS-Nummer

1037-1701-05

### Download PDF

[www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) → Publikationen (gratis)  
Diese Publikation ist nur in elektronischer Form erhältlich.

### ISBN

978-2-940502-68-4

© Obsan 2017

# Schweizerischer Verhütungsbericht

**Autoren** Anna Späth  
Cornelia Schneider  
Lina Stutz  
Sibil Tschudin  
Elisabeth Zemp Stutz

**Herausgeber** Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Neuchâtel 2017

# Inhaltsverzeichnis

<b>Abkürzungen</b>	<b>3</b>	<b>3.5 Hormonelle Verhütung bei Raucherinnen und Personen mit weiteren Risikofaktoren</b>	<b>27</b>
<b>Zusammenfassung</b>	<b>4</b>	<b>4 Diskussion und Fazit</b>	<b>29</b>
<b>Résumé</b>	<b>6</b>	<b>5 Bibliografie</b>	<b>32</b>
<b>1 Einleitung</b>	<b>8</b>	<b>6 Anhang</b>	<b>34</b>
<b>2 Methoden und Daten</b>	<b>10</b>	Anhang A	Fragen zur Verhütung in den schriftlichen Befragungen 1992-2012 34
<b>2.1 Die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)</b>	<b>10</b>	Anhang B	Uni- und multivariable Regressionen in der 15- bis 49-jährigen Bevölkerung und bei Personen mit sexuellen Kontakten (letzte 12 Monate), insgesamt und stratifiziert nach Geschlecht 35
<b>2.2 Studienpopulation</b>	<b>10</b>	Anhang C	Multivariable Regressionen in der 15- bis 49-jährigen Bevölkerung 1997 und 2012, stratifiziert nach Geschlecht 39
<b>2.3 Prävalenzberechnungen und Trends auf Basis der Daten 1992, 1997, 2002, 2007 und 2012</b>	<b>10</b>		
<b>2.4 Analyse von Determinanten der Verhütung (SGB 2012)</b>	<b>12</b>		
<b>2.5 Analyse der Risikofaktoren für die hormonelle Verhütung (SGB 2012)</b>	<b>13</b>		
<b>3 Ergebnisse</b>	<b>14</b>		
<b>3.1 Sexuelle Aktivität</b>	<b>14</b>		
<b>3.2 Kontrazeptive Prävalenz seit 1992</b>	<b>15</b>		
<b>3.3 Die Verwendung einzelner Verhütungsmethoden</b>	<b>17</b>		
3.3.1 Die Verwendung der einzelnen Methoden im Überblick	17		
3.3.2 Die Verwendung der Pille 1992 bis 2012	19		
3.3.3 Die Verwendung des Kondoms 1992 bis 2012	20		
3.3.4 Verhütung mit Notfallkontrazeption 2012	22		
3.3.5 Beratung und Information zu Verhütung und Familienplanung als Grund für den Frauenarztbesuch 2012	22		
<b>3.4 Determinanten der Verhütung</b>	<b>23</b>		
3.4.1 Geschlecht und Alter	23		
3.4.2 Sozioökonomische Faktoren (Nationalität, Zivilstand, Haushaltstyp, Bildung, Haushaltseinkommen)	24		
3.4.3 Sprachregion, Stadt/Land	25		
3.4.4 Gesundheit allgemein	25		
3.4.5 Psychische Gesundheit	26		

# Abkürzungen

BFS	Bundesamt für Statistik
SGB	Schweizerische Gesundheitsbefragung
Swiss TPH	Swiss Tropical and Public Health Institute

# Zusammenfassung

Die Häufigkeit der Verhütung wird für die Einschätzung und das Monitoring der sexuellen und reproduktiven Gesundheit herangezogen und ist in vielen Ländern integraler Teil der Sexualerziehung. In westlichen Ländern wird über eine lange Lebensspanne verhütet und die Anforderungen an eine die Gesundheit nicht gefährdende Verhütung sind gestiegen. Der vorliegende Bericht hat zum Ziel, für die Schweiz die Häufigkeit der Verhütung seit 1992 zu beschreiben, ihre Determinanten zu untersuchen und insbesondere auf die Rolle der psychischen Gesundheit und gesundheitlicher Risiko-Konstellationen einzugehen.

**Methodik:** Das Bundesamt für Statistik (BFS) führt seit 1992 fünfjährlich die Schweizerische Gesundheitsbefragung durch. Eine für die Wohnbevölkerung ab 15 Jahren repräsentative Stichprobe wird mittels computergestützten, telefonischen Interviews und eines anschliessend schriftlich zugesellten Fragebogens befragt. Befragungssprachen sind Deutsch, Französisch und Italienisch. Um dem Stichprobenplan und den Antwortausfällen Rechnung zu tragen, wird die Stichprobe gewichtet und kalibriert. Die Gewichtung berücksichtigt insbesondere Alter, Geschlecht, Zivilstand, Haushaltgrösse, Wohnregion und Nationalität. Die Studienpopulation für den vorliegenden Bericht besteht aus den 15-74-jährigen Teilnehmerinnen und Teilnehmern der schriftlichen Befragungen 1992–2012, welche die Frage „Benützen Sie oder Ihr Partner/Ihrer Partnerin irgendeine Methode zur Empfängnisverhütung?“ beantwortet haben.

Mit gewichteten Daten wurde die kontrazeptive Prävalenz für die SGB-Erhebungen 1992 bis 2012 berechnet, bezogen einerseits auf die Grundgesamtheit der Personen zwischen 15 und 74 Jahren, andererseits auf Personen zwischen 15 und 49 Jahren. Für die Daten der SGB 2007 und 2012 konnte zusätzlich die kontrazeptive Prävalenz von Personen berechnet werden, die in den letzten 12 Monaten sexuell aktiv waren, für das Jahr 2012 zudem die Pilleneinnahme in den letzten 7 Tagen und ihre Kombination mit andern Medikamenten sowie der Kondomgebrauch beim letzten Geschlechtsverkehr. Die Häufigkeit der Anwendung irgendeiner Verhütungsmethode (kontrazeptive Prävalenz) sowie der einzelnen Methoden (hormonelle Verhütung, Spirale, Kondom, Sterilisation) wurde insgesamt und nach 5-Jahres-Altersgruppen berechnet und nach Geschlecht und sexueller Aktivität stratifiziert. Mit multivariablen Regressionen wurden Determinanten der Verhütung untersucht, unter Einbezug von Faktoren aus mehreren Bereichen (soziodemographische und sozio-ökonomische Charakteristika, Indikatoren des Gesundheitsverhaltens, ausgewählte Gesundheitsindikatoren und Indikatoren der psychischen Gesundheit).

**Ergebnisse:** Bezogen auf die 15-49-jährige Bevölkerung beträgt die kontrazeptive Prävalenz im Jahr 2012 bei Frauen 74% (95% CI: 72,3-75,5%), bei Männern 76% (95% CI: 74,8-78,0%). Wird nur die sexuell aktive Bevölkerung im Alter von 15 bis 49 Jahren betrachtet, liegt sie bei Frauen wie Männern bei 80%. Am häufigsten werden das Kondom (von 38% der Männer, 27% der Frauen) und die hormonellen Methoden (von 33% der Frauen und 37% der Männer) angegeben, gefolgt von Sterilisation (Frauen 12%, Männer 10%) und Spirale (Frauen 14%, Männer 9%). Die Notfallkontrazeption wurde von <1% angegeben. In der 15- bis 74-jährigen Bevölkerung haben 57% der Frauen und 64% der Männer verhütet (bei den sexuell Aktiven dieser Altersgruppe 64% bzw. 67%). Mit zunehmendem Alter nehmen die Häufigkeit von Kondomgebrauch und hormonellen Methoden ab, die Sterilisation zu. Rund ein Viertel der 15-29-Jährigen verwendet das Kondom in Kombination mit andern Verhütungsmethoden. In den höheren Altersgruppen ist dies deutlich seltener. Auch der Kondomgebrauch beim letzten Geschlechtsverkehr wird von Personen der jüngsten Altersgruppen am häufigsten angegeben (bei den 15- bis 19-Jährigen von 80% der Männer und 68% der Frauen gegenüber weniger als 20% bei den über 40-Jährigen). 7% der Frauen, welche die Pille einnehmen, kombinieren diese mit einem andern Medikament.

Im zeitlichen Verlauf zwischen 1992 und 2012 hat die Häufigkeit der Verhütung mit irgendeiner Methode leicht zugenommen. Bei den einzelnen Verhütungsmethoden und in den verschiedenen Altersgruppen zeigt sich ein heterogenes Bild. Für die Pilleneinnahme ist bei den Altersgruppen der 15-19- und der 20-24-Jährigen eine Zunahme zu verzeichnen. Bei Männern ist der Kondomgebrauch in den Jahren 1997 und 2012 höher als in den andern Erhebungszeitpunkten.

Die multivariablen Auswertungen der SGB von 2012 zeigen Zusammenhänge zwischen etlichen Faktoren und dem Verhütungsverhalten. Jüngere verhüten im Vergleich zu älteren Altersgruppen deutlich häufiger, insbesondere, wenn sie sexuelle Kontakte in den letzten 12 Monaten angeben. Verheiratete verhüten häufiger als Personen mit einem andern Zivilstand. In der italienischsprachigen Region ist Verhütung seltener als in der deutsch- und französisch-sprachigen Schweiz. Ebenfalls seltener ist die Verhütung bei Paaren ohne Kinder und bei Frauen mit ausländischer Nationalität. Männer mit einer chronischen Krankheit haben eine

grössere Wahrscheinlichkeit zu verhüten als Männer ohne chronische Krankheiten. Bei Frauen zeigt sich kein entsprechender Zusammenhang.

Wenig ausgeprägte Zusammenhänge bestanden mit einzelnen Indikatoren der psychischen Gesundheit: Verhütung ist weniger wahrscheinlich bei Frauen, welche psychotrope Medikamente einnehmen und einen mittleren Vitalitätsgrad angeben. Sie ist auch seltener bei einer (faktorenanalytisch eruierten) schlechter eingeschätzten psychischen Gesundheit sowie bei einer mittleren selbst eingeschätzten psychischen Belastung. Dies war bei Männern stärker ausgeprägt.

Die Häufigkeit der Pilleneinnahme bei Frauen, welche kardiovaskuläre Risikofaktoren aufweisen, ist beträchtlich: 20% der Frauen mit Übergewicht, 19% der Frauen mit Adipositas, und 22% der Frauen mit hohem Blutdruck oder Herz-Kreislaufkrankungen. Zudem benutzen drei von zehn Raucherinnen sowie eine von zehn Frauen im Alter über 35 Jahren hormonelle Mittel. Aus medizinischer Sicht sollte beim Vorliegen mehrerer dieser Faktoren eine Alternative zur hormonellen Verhütung in Betracht gezogen werden. Mehr als ein Viertel der Frauen mit Pilleneinnahme weist zwei oder mehr dieser Risikofaktoren auf. Die Wahrscheinlichkeit der Pilleneinnahme sinkt jedoch beträchtlich mit zunehmender Anzahl Risikofaktoren.

**Fazit:** Insgesamt ist im internationalen Vergleich die Häufigkeit der Verhütung in der Schweiz als hoch einzustufen, insbesondere in der jüngeren Bevölkerung. Zeitlich besteht für die einzelnen Verhütungsmethoden und in den verschiedenen Altersgruppen kein einheitlicher Trend. Bei der hormonellen Verhütung zeichnet sich bis 2012 kein Rückgang ab, sondern eher eine Zunahme. Die nächste SGB 2017 dürfte hier ein klareres Bild verschaffen. Der Kondomgebrauch – allein oder in Kombination mit andern Verhütungsmitteln – ist in den jüngeren Altersgruppen deutlich höher als in der älteren Bevölkerung.

Eine Verbesserung von Information und Beratung scheint für einzelne Bevölkerungsgruppen angezeigt, so in der italienischsprachigen Schweiz und bei Personen mit beeinträchtigter (psychischer) Gesundheit. Handlungsbedarf besteht für Risikokonstellationen bei Pilleneinnahme. Auch wenn die Pille bei Vorliegen von Risikofaktoren wie höherem Rauchen, Adipositas, Hypertonie/Herz-Kreislaufkrankungen weniger oft verschrieben wird – und deutlich seltener bei Vorliegen mehrerer Risiken (auch bei Vorliegen dieser Faktoren im Alter über 35 Jahren) – ist der Anteil Frauen, die eine Pilleneinnahme bei Vorliegen mehrerer dieser Risikofaktoren angibt, doch beträchtlich. Vor allem Aufklärung und Kampagnen bezüglich Rauch-Stopp sollten verstärkt weitergeführt werden.

# Résumé

La fréquence du recours à la contraception est utilisée pour l'évaluation et le suivi de la santé sexuelle et reproductive. Dans beaucoup de pays, la contraception fait d'ailleurs partie intégrante de l'éducation sexuelle. Comme elle est utilisée sur de longues périodes dans les pays occidentaux, les exigences s'appliquant à des moyens de contraception ne présentant pas de danger pour la santé se sont accrues. Le présent rapport a pour objectif de décrire la fréquence du recours à la contraception en Suisse depuis 1992, d'étudier les facteurs associés à son utilisation et d'explorer plus spécialement le rôle de la santé psychique et des constellations de risques liés à la contraception pour la santé.

**Méthodologie :** Depuis 1992, l'Office fédéral de la statistique (OFS) réalise tous les cinq ans l'Enquête suisse sur la santé (ESS). Un échantillon représentatif de la population âgée de 15 ans et plus est sondé au moyen d'entretiens téléphoniques assistés par ordinateur, puis répond à un questionnaire écrit. Le sondage est mené en trois langues : allemand, français et italien. Afin de tenir compte du plan d'échantillonnage et des non-réponses, l'échantillon fait l'objet d'une pondération et d'un calage. La pondération prend notamment en considération l'âge, le sexe, l'état civil, la taille du ménage, la région de domicile et la nationalité. La population étudiée pour les besoins du présent rapport comprend les personnes âgées de 15 à 74 ans qui ont participé à l'enquête écrite entre 1992 et 2012 et qui ont répondu à la question suivante : « Utilisez-vous, votre partenaire ou vous-même, un quelconque moyen de contraception ? »

La fréquence du recours à une méthode contraceptive (prévalence contraceptive) a été calculée, à l'aide de données pondérées, pour les enquêtes ESS 1992 à 2012, puis extrapolée à l'ensemble des personnes âgées de 15 à 74 ans d'une part et à celles âgées de 15 à 49 ans d'autre part. Les données de l'ESS 2007 et 2012 ont de plus permis de déterminer la prévalence contraceptive des personnes sexuellement actives au cours des 12 mois précédents, celles de l'ESS 2012 d'établir la fréquence de la prise de la pilule au cours des 7 jours précédents et son association avec d'autres médicaments ainsi qu'avec l'utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel. La prévalence contraceptive ainsi que celle des différentes méthodes (contraception hormonale, stérilet, préservatif, stérilisation) ont été calculées pour l'ensemble de la population considérée et par groupes d'âge de 5 ans, puis distinguées en fonction du sexe et de l'activité sexuelle. Des régressions multivariées ont ensuite permis d'étudier les relations entre la prévalence contraceptive et différents facteurs (caractéristiques sociodémographiques et socio-économiques, indicateurs du comportement en matière de santé, sélection d'indicateurs de la santé et de la santé psychique).

**Résultats :** Parmi les 15 à 49 ans, la prévalence contraceptive avoisine 74% en 2012, (IC à 95%: 72,3%-75,5%) chez les femmes et 76% (IC à 95%: 74,8-78,0%) chez les hommes. Si l'on ne considère que les personnes sexuellement actives dans cette classe d'âge, elle atteint toutefois 80% environ chez les femmes et chez les hommes. Les méthodes les plus fréquemment utilisées sont le préservatif (mentionné par 38% des hommes et 27% des femmes) et la contraception hormonale (indiquée par 33% des femmes et 37% des hommes). Elles sont suivies par la stérilisation (femmes : 12%, hommes : 10%) et le stérilet (femmes : 14%, hommes : 9%). La contraception d'urgence a été mentionnée par moins de 1% des personnes interrogées. Parmi les 15 à 74 ans, 57% des femmes et 64% des hommes ont eu recours à un moyen contraceptif (ces proportions atteignant 64% et 67% respectivement parmi les personnes sexuellement actives de cette classe d'âge). Avec l'âge, le recours au préservatif et à la contraception hormonale recule, tandis que la part de personnes stérilisées augmente. Un quart environ des personnes de 15 à 29 ans utilisent le préservatif en association avec d'autres méthodes. Ce type d'association est nettement plus rare au sein des groupes plus âgés. Les plus jeunes sont également ceux qui indiquent le plus souvent avoir utilisé un préservatif durant le dernier rapport sexuel (80% des hommes et 68% des femmes parmi les 15 à 19 ans contre moins de 20% parmi les plus de 40 ans). Parmi les femmes qui prennent la pilule, 7% consomment en même temps d'autres médicaments.

Entre 1992 et 2012, le recours à un moyen de contraception, quel qu'il soit, a légèrement augmenté. L'évolution varie cependant en fonction de la méthode employée et de la classe d'âge. Le recours à la pilule a augmenté chez les 15 à 19 ans et les 20 à 24 ans. Les hommes ont utilisé un préservatif plus souvent en 1997 et en 2012 que lors des autres années d'enquête.

Les analyses multivariées de l'ESS de 2012 révèlent des corrélations entre différents facteurs et le recours à des moyens de contraception. Les plus jeunes y recourent nettement plus souvent que les plus âgés, en particulier s'ils déclarent avoir eu des rapports sexuels au cours des 12 mois précédents. Les individus mariés utilisent plus souvent un moyen contraceptif que les personnes affichant



un autre état civil. La contraception est moins répandue dans la région italophone qu'en Suisse alémanique et en Suisse romande. C'est également le cas chez les couples sans enfants et chez les femmes de nationalité étrangère. La probabilité de recourir à une méthode contraceptive est plus élevée chez les hommes souffrant d'une maladie chronique que chez ceux ne souffrant pas d'une telle maladie. Aucune corrélation similaire n'apparaît chez les femmes.

Des corrélations moins nettes ont été identifiées avec certains indicateurs de la santé psychique : la contraception est moins probable chez les femmes qui prennent des médicaments psychotropes et font état d'une vitalité moyenne. Elle est également moins fréquente chez les personnes dont la santé psychique est plus mauvaise (selon l'analyse factorielle) et chez celles qui estiment que leur santé psychique est moyenne. Cette situation était plus marquée chez les hommes.

La proportion de femmes qui présentent des facteurs de risques cardiovasculaires et qui prennent néanmoins la pilule est considérable. C'est le cas de 20% des femmes en surpoids, de 19% des femmes souffrant d'obésité, de 29% des fumeuses et de 22% des femmes souffrant d'hypertension ou d'une maladie cardiovasculaire. En plus, 12% des femmes de plus de 35 ans utilisent des méthodes contraceptives hormonales. D'un point de vue médical, une alternative à la contraception hormonale devrait être considérée à partir de 35 ans pour les femmes présentant des facteurs de risque cardiovasculaires. Plus d'un quart des femmes qui prennent la pilule cumulent au moins deux de ces facteurs. La probabilité qu'une femme prenne la pilule diminue toutefois lorsque le nombre de facteurs de risque augmente.

**Conclusion :** En comparaison internationale, la fréquence du recours à la contraception peut être considérée comme élevée en Suisse, en particulier au sein des jeunes. Au fil du temps, aucune tendance claire n'a été observée, ni dans l'emploi de certaines méthodes contraceptives ni au sein des différentes classes d'âge. La contraception hormonale n'enregistre pas de recul jusqu'en 2012, mais plutôt une augmentation. Dans ce domaine, les données de l'ESS 2017 devraient clarifier la situation. L'utilisation du préservatif, seul ou associé à d'autres moyens de contraception, est nettement plus fréquente dans les groupes d'âge plus jeunes qu'au sein de la population plus âgée.

Il apparaît nécessaire d'améliorer les informations et les conseils destinés à certains groupes de population : la Suisse italienne et les personnes qui ne sont pas en bonne santé (psychique). Des interventions doivent par ailleurs cibler la prise de la pilule en cas de situation à risque. Même si la pilule est prescrite moins souvent lors de l'existence de facteurs de risque (tabagisme, obésité, hypertension ou maladie cardiovasculaire) et nettement moins en cas de coexistence de plusieurs facteurs de risque (également lorsque ces facteurs se présentent à un âge élevé), la proportion de femmes qui déclarent prendre la pilule alors qu'elles présentent de tels facteurs est considérable. Il importe en particulier de poursuivre et d'intensifier les campagnes d'informations et de lutte contre le tabac.

# 1 Einleitung

Im Aktionsprogramm der Internationalen UN-Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung 1994 wurde festgehalten, dass reproduktive Gesundheit unter anderem bedeutet, dass Menschen die Fähigkeit zur Fortpflanzung und die freie Entscheidung darüber haben sollen, „ob, wann und wie oft sie hiervon Gebrauch machen wollen“ (United Nations 1994). Die Häufigkeit der Verhütung (kontrazeptive Prävalenz) ist seither Teil der 17 wichtigsten Indikatoren, welche für die Einschätzung und das Monitoring der sexuellen und reproduktiven Gesundheit von Bevölkerungen verwendet werden (WHO 2017). Mit der Einführung sogenannt sicherer Verhütungsmittel (hormonelle Verhütungsmittel, Spirale) in der zweiten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts ist es in einem viel stärkeren Ausmass möglich geworden, dem Bedürfnis nach der Selbstbestimmung von Frauen und Männern über die Anzahl der Kinder und den Zeitpunkt der Geburten nachzukommen. Doch trotz der breiten heute zur Verfügung stehenden Palette von Verhütungsmöglichkeiten wird davon ausgegangen, dass weltweit etwa 40% der Schwangerschaften ungewollt / nicht zu einem gewollten Zeitpunkt eintreten (WHO 2007), und in der Zeit von 2010 bis 2014 wurde in fast einem Viertel der Schwangerschaften ein Schwangerschaftsabbruch vorgenommen (Sedgh 2016). Die Häufigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen ist in europäischen Ländern seit 1990 deutlich rückläufig, nicht jedoch in Entwicklungsländern (Sedgh 2016). Die erfolgreiche Realisierung der Verhütung hängt denn auch von einer Vielzahl von Faktoren ab, so einerseits vom Zugang zu und der Verfügbarkeit von Verhütungsmitteln, andererseits von Geschlecht, Alter, Bildung, Zivilstand beziehungsweise der Beziehungssituation oder der Anzahl bereits vorhandener Kinder (Raine 2003, Pérez 2010, Richters 2016). Auch wurde mehrfach ein Zusammenhang zwischen psychischer Morbidität und einer schlechteren Verhütung dokumentiert (Forrester-Knauss 2011, Steinberg 2015, Field 2016).

In vielen Ländern ist die Verhütung integraler Teil der Sexualerziehung (IPPF 2010, UNESCO 2009). Im Rahmen von HIV/Aids-Präventionsprogrammen wurde zudem der Kondomgebrauch als wichtiges Mittel zur Verhütung sexuell übertragbarer Infektionen und die Anwendung des Kondoms in Kombination mit andern Verhütungsmethoden propagiert, so auch in der Schweiz (Bundesamt für Gesundheit 2011). Das Kondom gilt bei Jugendlichen als Einstiegsverhütungsmittel (Bode 2015). Vor diesem Hintergrund ist Verhütung vor allem bei jugendlichen Erwachsenen zu einem Erfolgs- und Monitoring-Parameter von Präventionsprogrammen und der Sexualerziehung geworden (Narring 2004, Eidgenössische Kommission für Kinder- und Jugendfragen 2009, Bode 2015). Im Alter von 17 Jahren haben in der Schweiz im Jahr 2007 über 60% aller Jugendlichen schon Geschlechtsverkehr gehabt (Eidgenössische Kommission für Kinder und Jugendfragen 2009). Trotz dieses hohen Anteils werden wenige jugendliche Frauen ungewollt schwanger: Die Schwangerschaftsabbruchrate der 15- bis 19-Jährigen in der Schweiz (3,7 pro 1000) gehört international zu den tiefsten, die Geburtsrate in dieser Altersgruppe ist sogar noch tiefer (Berrut 2014). Junge Schweizerinnen und Schweizer scheinen offenbar effizient zu verhüten.

In vielen westlichen Ländern werden seit mehreren Jahrzehnten durchschnittlich pro Frau weniger als zwei Kinder geboren. In der Schweiz sind es seit Mitte der 1970er Jahre zwischen 1,4 und 1,6 Kinder pro Frau (BFS 2016). Dies bedeutet, dass Frauen/Paare über eine lange Zeitspanne verhüten und damit sind die Anforderungen gestiegen, dass die Kontrazeption die Gesundheit möglichst nicht gefährden soll. Gewisse Risiken sind jedoch vor allem bei Einnahme hormoneller Mittel bekannt. Die mit der Einnahme oraler Kontrazeptiva verbundene Risikoerhöhung für ein Herz-Kreislaufereignis wird zudem durch gleichzeitig vorliegende Risikofaktoren wie Rauchen, Alter über 35 Jahre, Übergewicht und Bluthochdruck stark erhöht (Farley 1998, Kaminski 2013). Die Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe empfiehlt daher, Frauen mit solchen Risikofaktoren hormonelle Kontrazeptiva zurückhaltend oder gar nicht zu verschreiben (SGGG 2013).

Vermehrt gab es in den letzten Jahren Medienberichte, welche eine „Pillenmüdigkeit“ junger Schweizerinnen thematisierten (Beobachter 2017). Effektiv ist der Verkauf der Antibabypille in der Schweiz gemäss Interpharma von 2,2 Millionen Packungen im Jahr 2008 auf 1,9 Millionen Packungen im Jahr 2015 zurückgegangen (Interpharma 2017). Auch im aktuellsten Verhütungsreport von Österreich wird auf einen Rückgang der Verhütung zwischen 2012 und 2015 hingewiesen, der sich in den Altersgruppen zwischen 20 und 40 Jahren zeigt und bei Frauen für die ‚Pille‘ am ausgeprägtesten ist (Fiala 2015). Eine vermehrte Zurückhaltung gegenüber der Pilleneinnahme entstand möglicherweise durch die mediale Präsenz des Themas, die u.a. durch den „Fall Céline“ ausgelöst wurde. Céline ist infolge einer schweren Lungenembolie seit 2008 spastisch gelähmt. Ihre Mutter klagte die Firma Bayer wegen ungenügender Aufklärung über die Gefahr von Embolien bei der Einnahme der durch sie produzierten Pille Yasmin® ein.

Seit der ersten Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) im Jahr 1992 werden der Bevölkerung von 15 bis 74 Jahren alle 5 Jahre Fragen zur Verhütung gestellt. Auf Basis dieser Daten kann in der Schweiz die kontrazeptive Prävalenz wie auch die Verwendung einzelner Methoden erfasst und über diese Zeitspanne verfolgt werden, auch in den jüngeren Altersgruppen. Die Gesundheitsbefragungen erheben zudem zahlreiche Informationen zu Alter, Einkommen, Gesundheit und Gesundheitsverhalten, welche das Verhütungsverhalten beeinflussen können.

Im vorliegenden Bericht werden die Häufigkeit der Verhütung in der Schweizer Bevölkerung seit 1992 dargestellt und ihre Determinanten untersucht. Der Bericht beleuchtet auch den Zusammenhang zwischen der Verhütung und der psychischen Gesundheit sowie mit den Risikofaktoren Rauchen, höheres Alter, Übergewicht und hohem Blutdruck.

## 2 Methoden und Daten

### 2.1 Die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung wird seit 1992 alle fünf Jahre durch das Bundesamt für Statistik (BFS) durchgeführt. 2012 hat die fünfte Befragung stattgefunden. Es handelt sich um eine für die Schweizer Bevölkerung repräsentative Stichprobenerhebung anhand von computergestützten, telefonischen Interviews und einer anschliessenden schriftlichen Befragung (BFS 2013). Befragt wird die Wohnbevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren. Befragungssprachen sind Deutsch, Französisch und Italienisch. Die Erhebung wird jeweils in Wellen über das ganze Jahr durchgeführt, um jahreszeitliche Schwankungen auszugleichen. Um dem Stichprobenplan und den Antwortausfällen Rechnung zu tragen, wird die Stichprobe gewichtet und kalibriert. So wird gewährleistet, dass die einzelnen Gruppen der Stichprobe ihrem Wert in der Gesamtbevölkerung entsprechen (BFS 2013). Die Gewichtung berücksichtigt insbesondere Alter, Geschlecht, Zivilstand, Haushaltgrösse, Wohnregion und Nationalität.

### 2.2 Studienpopulation

Die Studienpopulation für den vorliegenden Bericht besteht aus den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der schriftlichen Befragungen 1992–2012, welche die Frage „Benützen Sie oder Ihr Partner/Ihrer Partnerin irgendeine Methode zur Empfängnisverhütung?“ beantwortet haben (Tab. 2.1). Während die Teilnehmer/-innen in der telefonischen Befragung mündlich Auskunft gegeben haben und einen Interviewpartner oder eine Interviewpartnerin als Gegenüber hatten, war dies in der schriftlichen Befragung nicht der Fall. Die schriftliche Befragung wurde seit 1992 mittels Fragebogen in Papierversion durchgeführt und kann seit 2007 auch Online ausgefüllt werden. Für den vorliegenden Bericht werden sowohl Daten der schriftlichen wie der telefonischen Befragung verwendet.

Die Auswertungen stützen sich auf die Fragen, die in den SGB-Erhebungen zur Verhütung gestellt wurden. Die Frage, ob und wie verhütet wird, wurde in allen bisherigen SGB-Erhebungen im Rahmen der schriftlichen Befragung an Frauen und Männer im Alter von 15 bis 74 Jahren gestellt (Vgl. Anhang A). Die Formulierung der Frage und die Auswahl an Antwortmöglichkeiten wurden jedoch im Lauf der Erhebungen modifiziert und ergänzt. Daher sind sie nicht durchwegs identisch und bei der Interpretation des Gesamtbildes müssen die jeweiligen Formulierungen entsprechend berücksichtigt werden. Dies gilt einerseits für den Begriff 'Verhütungs-,Mittel' (1992) und -Methode' (seit 1997) und die explizite Erwähnung der Verhütung auch durch den Partner/die Partnerin (seit 1997), wie auch für neu eingeführte Einzelfragen (3-Monatsspritze, Diaphragma, Kondom und natürliche Empfängnisverhütung im Jahr 1997 bzw. Femidom im Jahr 2007) und die Detaillierung der Fragen zu hormonellen Verhütungsmethoden im Jahr 2012. Im computergestützten telefonischen Interview wird seit 2007 die Frage gestellt, ob die Befragten je und in den letzten 12 Monaten sexuell aktiv gewesen sind („Hatten Sie schon einmal Sex gehabt? Damit meinen wir Geschlechtsverkehr mit Eindringen.“, „Haben Sie in den letzten 12 Monaten Sex gehabt?“). Im Interview von 2012 wurde zudem bei der Frage nach dem Grund des letzten Frauenarztbesuchs explizit danach gefragt, ob er „zur Beratung und Information zu Verhütung und Familienplanung“ erfolgt sei (BFS 2014). Die im Bericht untersuchten Determinanten der Verhütung (Kapitel 2.4) und Risikofaktoren für die Pilleneinnahme (Kapitel 2.5.) wurden im telefonischen Interview der SGB 2012 erfasst (BFS 2014).

### 2.3 Prävalenzberechnungen und Trends auf Basis der Daten 1992, 1997, 2002, 2007 und 2012

Die Berechnung der kontrazeptiven Prävalenz für die SGB-Erhebungen 1992 bis 2012 erfolgte mit gewichteten Daten. Die Prävalenzangaben wurden auf zwei verschiedene Gruppen bezogen: erstens auf die Grundgesamtheit der Personen zwischen 15 und 74 Jahren, zweitens auf Personen zwischen 15 und 49 Jahren, welche die Frage nach Empfängnisverhütung beantwortet haben (Tab. 2.1). Für die Daten der SGB 2007 und 2012 konnte zusätzlich die Prävalenz derjenigen berechnet werden, die angeben, in den letzten 12 Monaten sexuell aktiv gewesen zu sein. Die Häufigkeit der Anwendung irgendeiner Verhütungsmethode wurde insgesamt und stratifiziert nach Geschlecht und 5-Jahres-Altersgruppen berechnet. Für die SGB 2012 wurden zudem die Häufigkeit der einzelnen Verhütungsmethoden (hormonelle Verhütungsmethoden, Spirale, Kondom, Sterilisation) und die Anwendung des Kondoms in

Kombination mit anderen Verhütungsmitteln für Frauen und Männer getrennt, sowie nach 5-Jahres-Altersgruppen, berechnet. Die Prävalenz der Pilleneinnahme bei Frauen und des Kondomgebrauchs bei Männern wurden für den Zeitraum von 1992 bis 2012 nach 5-Jahres-Altersgruppen berechnet. In den Abbildungen werden die 95%-Vertrauensintervalle eingetragen.

Für das Jahr 2012 wurden sowohl für die Anwendung der Pille als auch für die Anwendung des Kondoms ergänzende Angaben aus der telefonischen Befragung herangezogen. Frauen, die angegeben haben, dass sie in den letzten 7 Tagen ein Medikament eingenommen haben, wurden gefragt, ob sie die Pille einnehmen. Somit konnte die Prävalenz der Pilleneinnahme in Kombination mit anderen Medikamenten berechnet werden. Des Weiteren wurden 15-74-jährige Personen, welche die Frage nach sexueller Aktivität in den letzten 12 Monaten bejaht haben, in der telefonischen Befragung der SGB 2012 gefragt, ob sie beim letzten Geschlechtsverkehr ein Kondom verwendet haben und mit wie vielen Sexualpartner/-innen sie in den letzten 12 Monaten sexuelle Kontakte gehabt haben („Mit wie vielen Personen haben Sie in den letzten 12 Monaten Sex gehabt? Feste Partner/feste Partnerin, Ehemann oder Ehefrau zählt auch als 1 Person“). Auf diese Fragen gestützt wurde die Prävalenz des Kondomgebrauchs beim letzten Geschlechtsverkehr nach 5-Jahres-Altersgruppen, Geschlecht und der Anzahl Sexualpartner/innen („ein/-e“, „zwei“, „mehr als zwei“) ausgewertet.

**Tab. 2.1 Studienpopulation für die Analyse der Prävalenz der Verhütung seit 1992**

		1992 N	1997 N	2002 N	2007 N	2012 N
15-74-Jährige	Total	9 943	9 375	13 622	12 275	16 210
	Männer	4 406	4 246	6 200	5 542	7 715
	Frauen	5 537	5 129	7 422	6 733	8 495
15-49-Jährige	Total	6 876	6 366	8 308	7 169	9 488
	Männer	3 082	2 941	3 848	3 239	4 467
	Frauen	3 794	3 425	4 460	3 930	5 021

Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 1992, 1997, 2002, 2007, 2012

© Obsan 2017

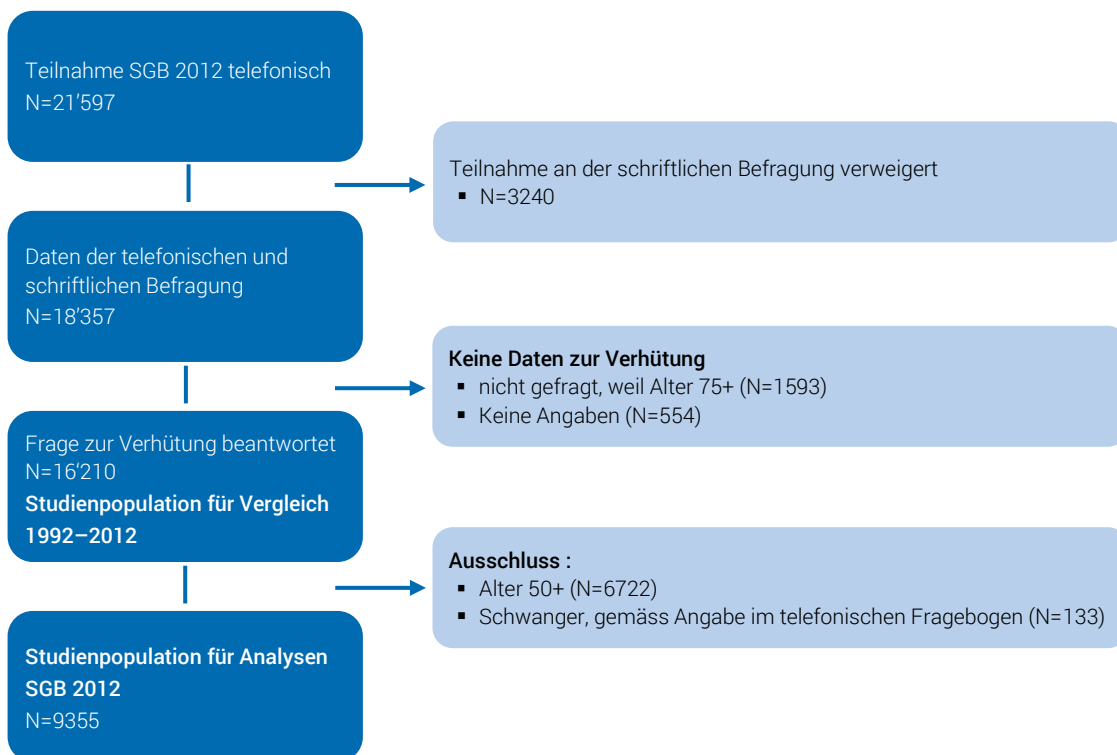
Die Prävalenz der Anwendung der „Pille danach“, welche in der schriftlichen Befragung 2012 erstmals erfasst wurde, wurde nicht gewichtet, da die Fallzahlen zu klein sind.

Falls die Frauen in der telefonischen Befragung angegeben haben, dass sie in den letzten 12 Monaten einen Frauenarzt aufgesucht hatten (N=5951), wurden sie gefragt, ob Beratung zu Verhütung und Familienplanung der Grund für diesen Frauenarztbesuch war. Die Frage lautet „Was ist der Grund gewesen von Ihrem letzten Frauenarztbesuch?“, und es konnten zwei der folgenden Antwortmöglichkeiten gewählt werden: „Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett“, „Vorsorgeuntersuchung, Check-up (z.B. Pap-Test)“, „Beratung bezüglich Verhütung, Familienplanung“, „Fruchtbarkeits- / Fertilitätsprobleme“, „Eine andere Beratung, ein Zeugnis“ oder „Beschwerden, Krankheit, Unfall inkl. Nachkontrollen“. Diese Prävalenzangaben wurden nicht gewichtet.

## 2.4 Analyse von Determinanten der Verhütung (SGB 2012)

Mittels logistischer Regressionen wurden Determinanten der Verhütung untersucht. Diese Analysen erfolgten mit den Daten der SGB 2012 (siehe Abb. 2.1).

**Abb. 2.1 Studienpopulation für die Analyse der Determinanten der Verhütung**



Im Jahr 2012 konnten 21'597 (54%) der angefragten Personen telefonisch befragt werden (s. Abb. 2.1). An der schriftlichen Befragung nahmen 18'357 Personen teil (85% der Personen, welche an der telefonischen Umfrage teilgenommen haben). Insgesamt beantworteten 16'210 Personen die Frage nach irgendeiner Verhütungsmethode. Von den Analysen wurden Frauen ausgeschlossen, die in der telefonischen Befragung angegeben hatten, dass sie schwanger sind. Da sich Schwangerschaftsverhütung bei Frauen ab dem Zeitpunkt der Menopause erübrigt, wurden auch Frauen ab 50 Jahren ausgeschlossen. Damit konnten 9'355 Personen in die Auswertungen zu den Determinanten der Verhütung eingeschlossen werden. Für diese Analysen wurde ‚Verhütung mit irgendeiner Methode‘ als binäre Outcome-Variable (Ja/Nein) gebildet. Als Einflussvariablen wurden Faktoren aus mehreren Bereichen in die Modelle eingeschlossen: soziodemographische und sozio-ökonomische Charakteristika, Indikatoren des Gesundheitsverhaltens, ausgewählte Gesundheitsindikatoren und Indikatoren der psychischen Gesundheit. Die soziodemographischen Einflussvariablen schlossen Alter (5-Jahres-Altersgruppen) ein sowie Nationalität (Schweizer/-in Ja/Nein), Sprachregion (D,F,I), Wohnregion (städtisches, ländliches Gebiet), Ausbildung (Obligatorische Schulbildung, Sekundär- oder Tertiärstufe), Erwerbstätigkeit (erwerbstätig, nicht Erwerbsperson, erwerbslos), monatliches Haushaltsäquivalenzeinkommen, Zivilstand (verheiratet, nicht verheiratet) und Haushaltstyp (Paar mit Kindern, Paar ohne Kinder, Einelternhaushalt mit Kindern, Einpersonenhaushalt, Mehrfamilienhaushalt, Nicht-Familienhaushalt mit mehreren Personen). Als Indikatoren des Gesundheitsverhaltens wurden Rauchen, Body Mass Index (BMI), körperliche Aktivität und riskanter Alkoholkonsum berücksichtigt, als Gesundheitsindikatoren der selbstwahrgenommene Gesundheitszustand, das Vorliegen chronischer Erkrankungen, psychische Belastung und Depression. Des Weiteren wurden die soziale Unterstützung und das Kohärenzgefühl in die Modelle aufgenommen.

Die statistische Analyse umfasste eine uni- und eine multivariable logistische Regression, unter Einschluss aller oben beschriebenen Variablen. Die multivariablen logistischen Regressionen wurden mit den Daten der 15-49-Jährigen und stratifiziert nach Geschlecht gerechnet, einerseits mit der Gesamtpopulation dieser Altersspanne wie auch mit den Daten der sexuell aktiven Bevölkerung (stratifiziert nach sexueller Aktivität).

Um zu überprüfen, ob sich in früheren SGB-Erhebungen ähnliche oder unterschiedliche Zusammenhänge mit der Verhütung zeigen wie im Jahr 2012, wurden die multivariablen logistischen Regressionen auch für das Jahr 1997 gerechnet. Die SGB von 1997 wurde

gewählt, da sie von der Formulierung der Verhütungsfrage her mit 2012 identisch ist („Methode“ zur Empfängnisverhütung). Determinanten, welche sowohl 1997 wie 2012 erhoben worden waren, schliessen Nationalität, Sprachregion, Wohnregion, Ausbildung, Zivilstand, BMI, Rauchen, selbst eingeschätzte Gesundheit und das Kohärenzgefühl ein. Die multivariablen Zusammenhänge dieser Faktoren mit der Verhütung wurden für diese zwei Zeitpunkte verglichen.

Der Zusammenhang zwischen der psychischen Gesundheit und der Verhütung wurde vertieft analysiert. Die in der SGB 2012 vorhandenen Indikatoren der psychischen Gesundheit umfassen Vitalität (tief, mittel, hoch), Kohärenzgefühl (tief, mittel, hoch), einen Indikator für Major Depression (keine oder minimal, leicht, mittel, eher schwer, schwer), selbstberichtete Angaben über die psychische Belastung (hoch, mittel, niedrig) sowie Behandlung wegen psychischen Problemen in den letzten 12 Monaten. Ebenfalls erfragt wurde die Medikamenteneinnahme in den letzten 7 Tagen („Haben Sie in den letzten 7 Tagen irgendein Medikament genommen?“). Bei Bejahung sowie bei allen Frauen von 15-49 Jahren wurde an dieser Stelle explizit nach der Pille gefragt („Nehmen Sie zurzeit die Pille zur Empfängnisverhütung (Antibabypille?)“).

In einem ersten Schritt erfolgten verschiedene deskriptive Auswertungen (Verteilung der einzelnen Indikatoren der psychischen Gesundheit, univariable logistische Regression). Zudem wurde mit allen Indikatoren der psychischen Gesundheit/Krankheit eine Faktorenanalyse durchgeführt. Diese ergab zwei Hauptfaktoren, die sich als ‚selbst eingeschätzte psychische Gesundheit‘ und ‚Behandlung wegen psychischer Probleme‘ charakterisieren liessen. Aus diesen Hauptfaktoren wurden zwei binäre Variablen gebildet: „Psychische Gesundheit“ wurde als „gut“ kodiert, falls die Vitalität „mittel“ bis „hoch“ war, keine Depression vorlag, in der Selbsteinschätzung keine psychische Belastung angegeben wurde und das Kohärenzgefühl „mittel“ oder „hoch“ war. Die Variable „Behandlung wegen psychischer Beeinträchtigung“ wurde als „ja“ kategorisiert, wenn die befragte Person angegeben hatte, wegen psychischer Probleme in den letzten 12 Monaten in Behandlung gewesen zu sein und/oder in den letzten 7 Tagen Antidepressiva oder psychotrope Medikamente eingenommen zu haben. Die multivariablen Modelle wurden sowohl mit den einzelnen Indikatoren der psychischen Gesundheit wie auch separat mit den beiden aus der Faktorenanalyse hervorgegangenen Variablen gerechnet.

## 2.5 Analyse der Risikofaktoren für die hormonelle Verhütung (SGB 2012)

Für Frauen im Alter von 15-49 Jahre wurde die Häufigkeit der Pilleneinnahme bei Vorliegen eines oder mehrerer Herz-Kreislauf-Risikofaktoren untersucht. Als Risikofaktoren wurden jene berücksichtigt, welche in den Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe aufgeführt sind (SGGG 2013): Alter > 35 Jahre, Adipositas, Rauchen und Bluthochdruck/Herz- Kreislaferkrankung. Das Alter, der BMI („Können Sie mir sagen, wie gross Sie ohne Schuhe sind?“ / „Und wie schwer sind Sie ohne Kleider?“) und der Rauchstatus („Rauchen Sie, wenn auch nur selten?“) wurden in der telefonischen Befragung erfasst. Der Risikofaktor „Bluthochdruck oder Herz-Kreislaferkrankung“ wurde als „Ja“ codiert, wenn die Frau im schriftlichen Fragebogen angegeben hatte, dass sie in den letzten 12 Monaten wegen einer oder mehrerer der folgenden Erkrankungen in ärztlicher Behandlung gewesen war: „Hoher Blutdruck“, „Herzinfarkt (Herzschlag)“, „Schlaganfall (Schlägli)“. Die logistische Regression wurde mit demselben Modell durchgeführt, welches in Kapitel 2.4. beschrieben ist.

# 3 Ergebnisse

## 3.1 Sexuelle Aktivität

Sowohl die sexuelle Aktivität als auch der Kinderwunsch sind für Verhütungsfragen zentral und ändern sich mit dem Alter. Fragen zur sexuellen Aktivität sind erstmals in der SGB 2007 gestellt worden: Im telefonischen Interview wurde erhoben, ob die Indexperson je im Leben und in den letzten 12 Monaten Geschlechtsverkehr gehabt hatte. Der Kinderwunsch wurde noch nie erfasst.

Abb. 3.1 zeigt für das Jahr 2012 die Häufigkeit der sexuellen Aktivität für alle Personen, welche die Verhütungsfrage beantwortet haben. Bis zum Alter von 35 Jahren zeigt sich kein Geschlechtsunterschied. Ab dem Alter von 35 Jahren geben mehr Männer eine sexuelle Aktivität an und dieser Geschlechtsunterschied wird mit zunehmendem Alter ausgeprägter.

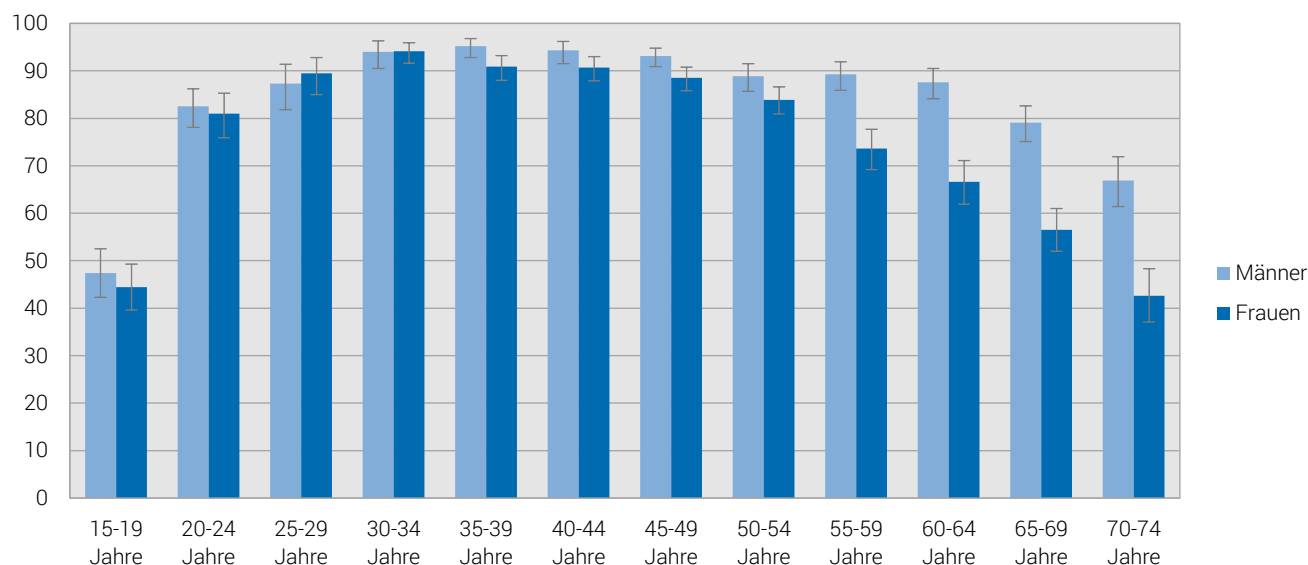
Im Vergleich zur Erhebung der sexuellen Aktivität im Jahr 2007 ist die Prävalenz der sexuellen Aktivität in den letzten 12 Monaten im Jahr 2012 bei beiden Geschlechtern höher (Männer 85,9% versus 81,6%, Frauen 78,6% versus 73,9%).

Unter den Personen, welche bereits einmal in ihrem Leben Geschlechtsverkehr gehabt haben, sind 2012 die meisten auch in den letzten 12 Monaten sexuell aktiv gewesen, Männer insgesamt häufiger als Frauen (92,5% versus 85,7%).

Bei den 15- bis 19-Jährigen gibt rund ein Fünftel an, noch nie Geschlechtsverkehr gehabt zu haben (Frauen 19,4%, 95%CI 16,8% – 22,2%; Männer 18,5%, 95%CI 15,8%–21,4%). Das durchschnittliche Alter beim ersten Geschlechtsverkehr lag bei 16,2 Jahren (95% CI 16,1–16,4 Jahre), der Median bei 18 Jahren.

Verheiratete haben sowohl in der SGB 2007 (84,8% gegenüber 68,9%) wie auch in der SGB 2012 (89,6% gegenüber 74,3%) signifikant häufiger als nicht Verheiratete angegeben, dass sie sexuell aktiv sind.

**Abb. 3.1 Anteil der Frauen und Männer, die 2012 angegeben haben, in den letzten 12 Monaten sexuell aktiv gewesen zu sein, nach Alter (gewichtet)**



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2017

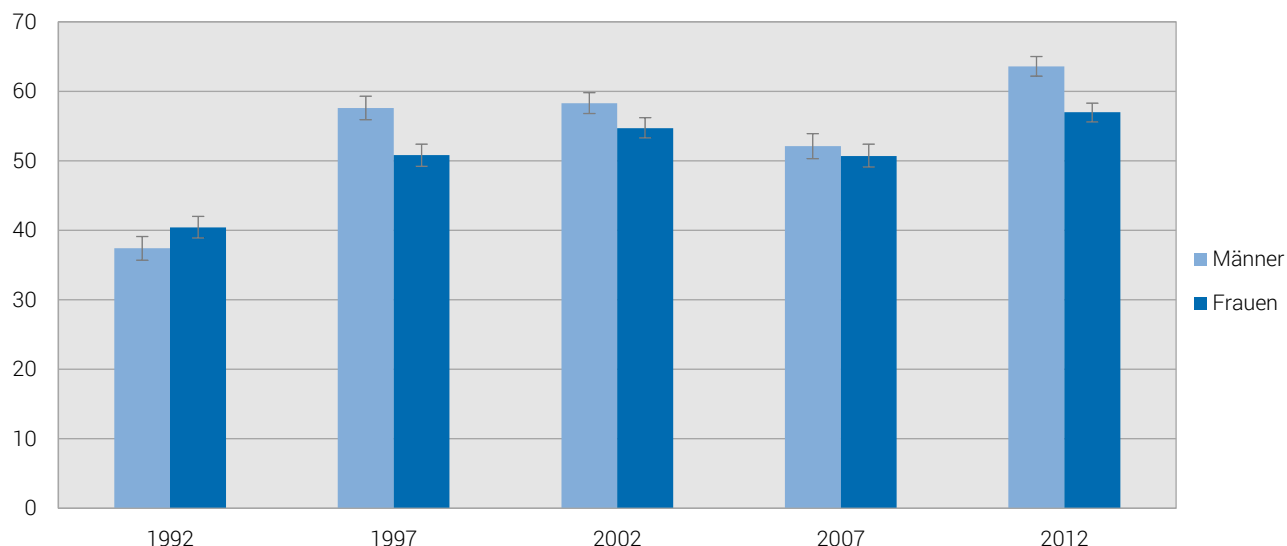
Die sexuelle Orientierung wurde erstmals in der SGB 2012 erfragt. Von 16'210 Personen, welche die Frage nach Verhütung beantwortet haben, gaben 32 Frauen und 96 Männer an, dass sie hauptsächlich oder nur mit gleichgeschlechtlichen Personen sexuelle Kontakte haben.



### 3.2 Kontrazeptive Prävalenz seit 1992

Während die kontrazeptive Prävalenz aller 15- bis 74-jährigen Personen, welche die Verhütungsfrage beantwortet haben, im Jahr 1992 um 40% lag (bei Frauen 40,4%, bei Männern 37,4%) (Abb. 3.2), beträgt sie in den Befragungen von 1997, 2002 und 2007 zwischen 50% und 60% und ist im Jahr 2012 am höchsten (Frauen: 57%, Männer: 64%). Vor allem bei Männern liegt die kontrazeptive Prävalenz im Jahr 2012 am höchsten. Die deutlich tiefere Prävalenz im Jahr 1992 mag durch den Fragen-Wortlaut bedingt sein (1992: „Benützen Sie Mittel zur Empfängnisverhütung?“; seit 1997: „Benutzen Sie bzw. Ihr/Ihre Partner/in irgendeine Methode zur Empfängnisverhütung?“).

**Abb. 3.2 Häufigkeit der Anwendung irgendeiner Verhütungsmethode nach Geschlecht, in den Befragungen der SGB 1992-2012, 15- bis 74-Jährigen (gewichtet).**



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

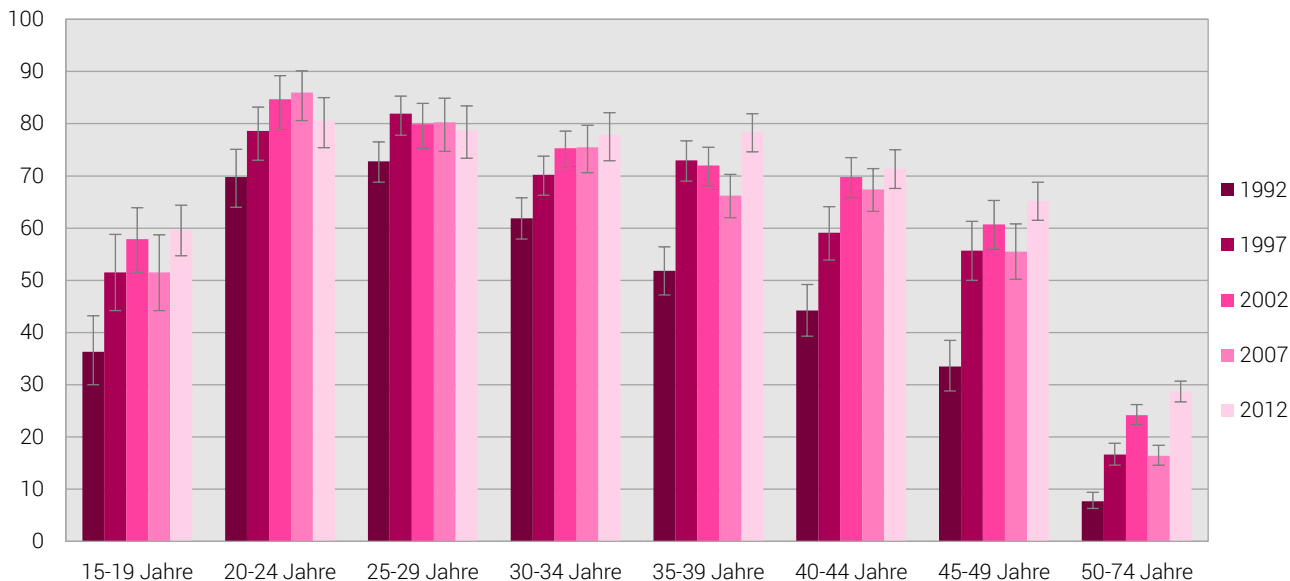
© Obsan 2017

In der sexuell aktiven Bevölkerung, d.h. bei jenen, welche im Jahr vor den Befragungen 2007 und 2012 sexuelle Kontakte bejahen, liegen die Werte signifikant höher: In der SGB 2007 betrug die Verhütungsprävalenz der sexuell aktiven Männer im Alter von 15 bis 74 Jahren 57,2% (95% CI: 55,2-59,1%) gegenüber 59,8% (95% CI: 58,0-61,6%) bei altersentsprechenden Frauen. In der SGB 2012 war sie bei sexuell aktiven Männern höher: 67,1% (95% CI: 65,7-68,5%) gegenüber 64,4% (95% CI: 62,9-65,9%) bei sexuell aktiven Frauen.

Bezogen auf die 15-49-jährige Bevölkerung beträgt die kontrazeptive Prävalenz im Jahr 2012 bei Frauen 74% (95% CI: 72,3-75,5%), bei Männern 76% (95% CI: 74,8-78,0%). Wenn nur die sexuell aktive Bevölkerung im Alter von 15 bis 49 Jahren berücksichtigt wird, liegt sie nochmals leicht höher: 80,3% (95% CI: 78,6-81,8%) der Frauen und 80,6% (95% CI: 78,9-82,1%) der Männer verhüten.

Die Abb. 3.3 und Abb. 3.4 zeigen den Trend der kontrazeptiven Prävalenz von 1992 bis 2012 nach 5-Jahres-Altersgruppen. Bei Frauen (Abb. 3.3) zeigt sich die auffällig tiefere Prävalenz im Jahr 1992 in sämtlichen Altersgruppen. Bei den 25- bis 29-Jährigen ist die Häufigkeit in den Erhebungen von 1997 bis 2012 praktisch identisch. In den andern Altersgruppen steigt sie stetig bis zum Jahr 2002, gefolgt von einem tieferen Wert im Jahr 2007. Sie ist im Jahr 2012 – mit Ausnahme der 20- bis 29-Jährigen - am höchsten.

**Abb. 3.3** Angaben der Frauen zur Häufigkeit der Anwendung irgendeiner Verhütungsmethode in den SGB-Befragungen 1992-2012, nach Alter (gewichtet)

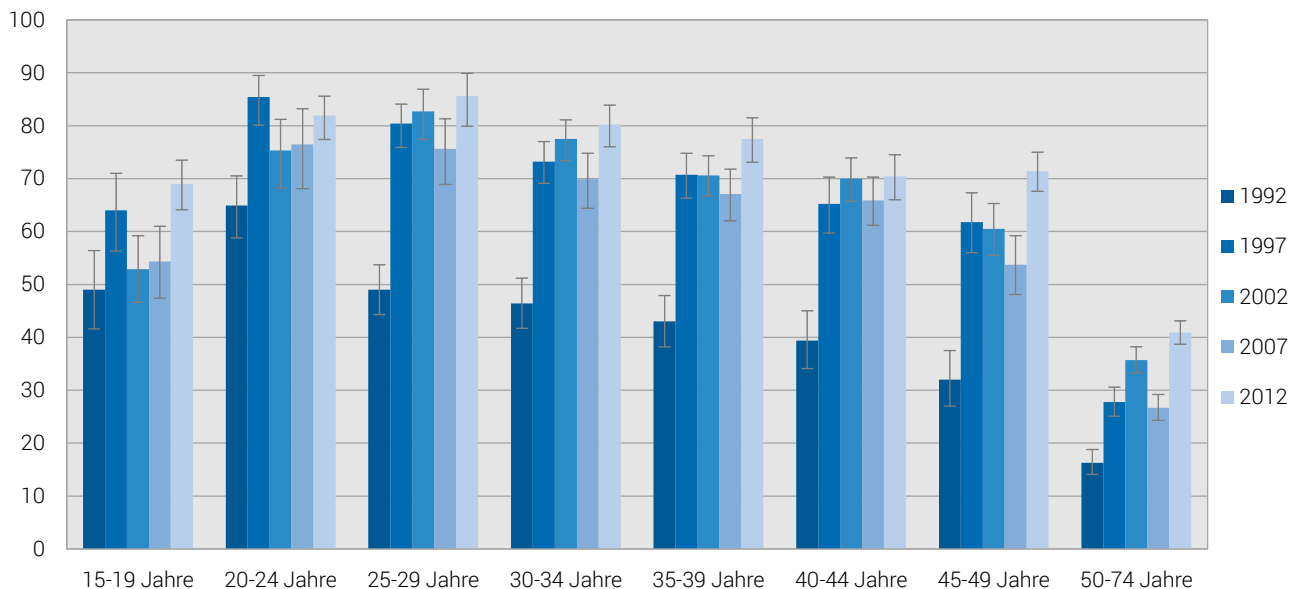


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2017

Bei Männern (Abb. 3.4) ist in allen Altersgruppen der Unterschied zwischen 1992 und 1997 besonders gross und die kontrazeptive Prävalenz ist bei den 20- bis 24-Jährigen im Jahr 1997 mit 85,4% (95% CI: 80,1-89,5) am höchsten überhaupt. In den andern Altersgruppen ist auch bei Männern die Häufigkeit im Jahr 2012 am höchsten, während die Unterschiede zwischen 1997, 2002 und 2007 nicht sehr gross sind. Ab 25 Jahren ist sie auch hier im Jahr 2007 tiefer als in den Jahren zuvor und danach.

**Abb. 3.4** Angaben der Männer zur Häufigkeit der Anwendung irgendeiner Verhütungsmethode in den SGB-Befragungen 1992-2012, nach Alter (gewichtet)



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2017

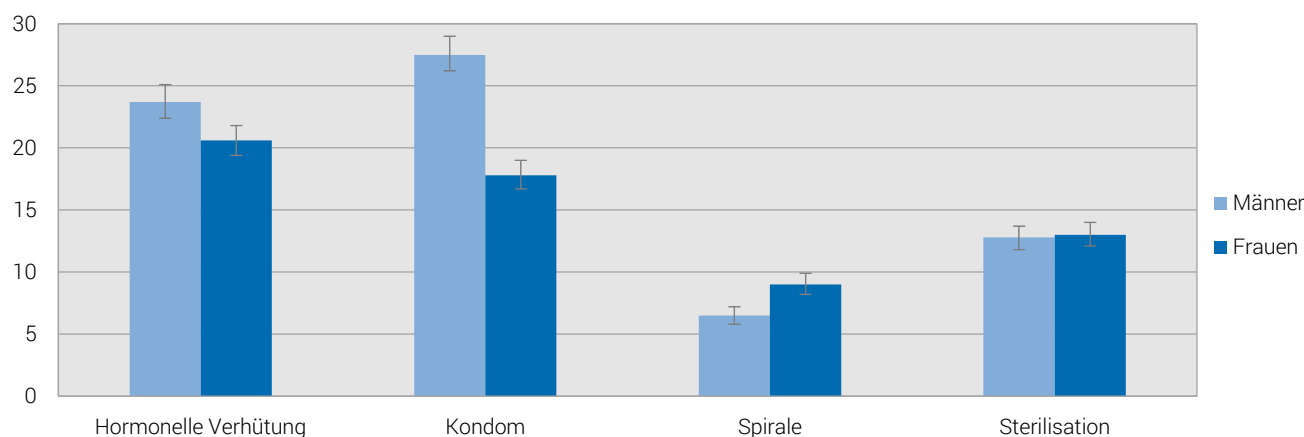
### 3.3 Die Verwendung einzelner Verhütungsmethoden

#### 3.3.1 Die Verwendung der einzelnen Methoden im Überblick

Im Jahr 2012 haben in der 15- bis 74-jährigen Bevölkerung Männer häufiger angegeben, dass sie oder ihre Partnerin ein Kondom benutzen (27,5%, Abb. 3.5) als Frauen dies für sich oder ihren Partner angegeben haben (17,8%). Männer haben auch häufiger angegeben, dass ihre Partnerin eine hormonelle Verhütung verwendet (23,7%) als die Frauen selbst (20,6%). Frauen gaben häufiger an, dass sie eine Spirale verwenden (9%), als dies Männer für ihre Partnerin angegeben haben (6,5%). Die Prävalenz der Verwendung der Sterilisation lag unabhängig vom Geschlecht bei rund 13%.

In der sexuell aktiven Bevölkerung der 15- bis 49-Jährigen gaben Männer signifikant häufiger als Frauen an, ein Kondom zur Empfängnisverhütung zu benutzen (37,4% versus 27,0%). Für die Pilleneinnahme ist der Geschlechtsunterschied bei sexuell Aktiven jedoch nicht signifikant (Männer 36,3%, Frauen 32,7%). Die Spirale wird in dieser Altersgruppe von Frauen signifikant häufiger angegeben (Frauen 14,1%, Männer 8,8%).

**Abb. 3.5** Angaben zur Häufigkeit der Anwendung einzelner Verhütungsmethoden in den SGB-Befragung 2012, 15- bis 74-Jährige, nach Geschlecht (gewichtet)

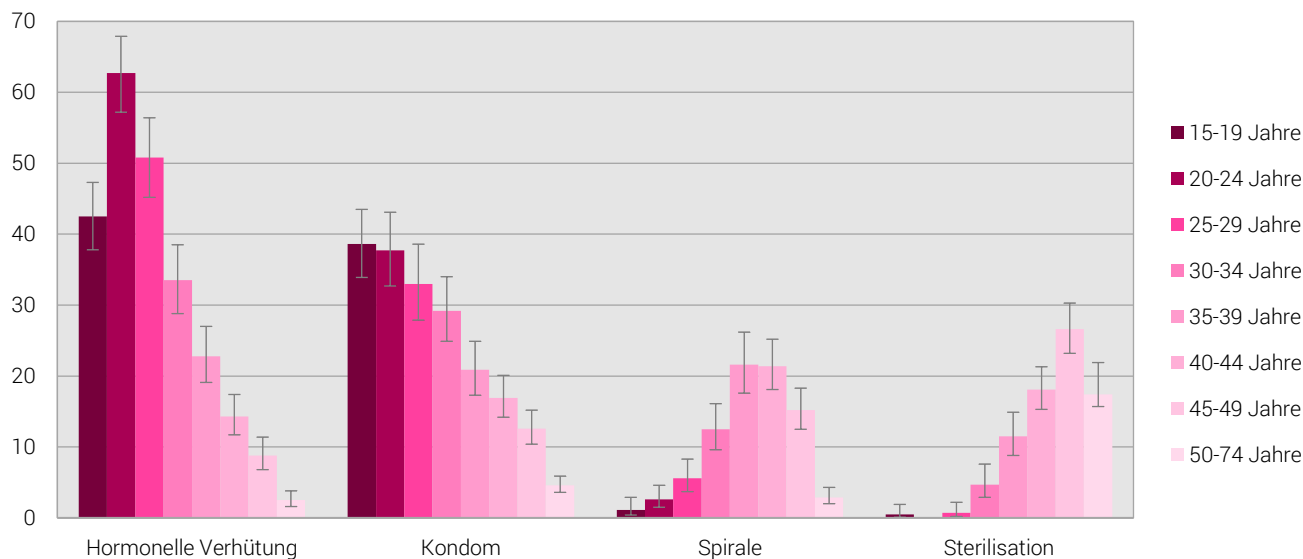


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2017

In den Abb. 3.6 und Abb. 3.7 sind die einzelnen Verhütungsmethoden für Frauen und Männer nach 5-Jahres-Altersgruppen dargestellt. Für die hormonellen Verhütungsmethoden und den Kondomgebrauch zeigt sich im Jahr 2012 bei Frauen (Abb. 3.6) wie bei Männern (Abb. 3.7) ein ähnliches Altersmuster: Mit zunehmendem Alter (ab 20 Jahren) nimmt deren Verwendung stetig ab. Für die jüngsten drei Altersgruppen der Frauen (15- bis 29-Jährige) sind hormonelle Mittel die deutlich am häufigsten verwendete Methode. Für die Sterilisation (bei sich selber bzw. dem Partner/der Partnerin) besteht ein gegenläufiges Muster: sie wird von Frauen und Männern mit zunehmendem Alter häufiger angegeben (mit Ausnahme der 50- bis 74-Jährigen). Das Muster bei der Spirale unterscheidet sich davon: die Häufigkeit nimmt bei Frauen bis zum Alter von 35 bis 44 Jahren, bei Männern bis zum Alter von 35 bis 49 Jahren zu, anschliessend wieder ab.

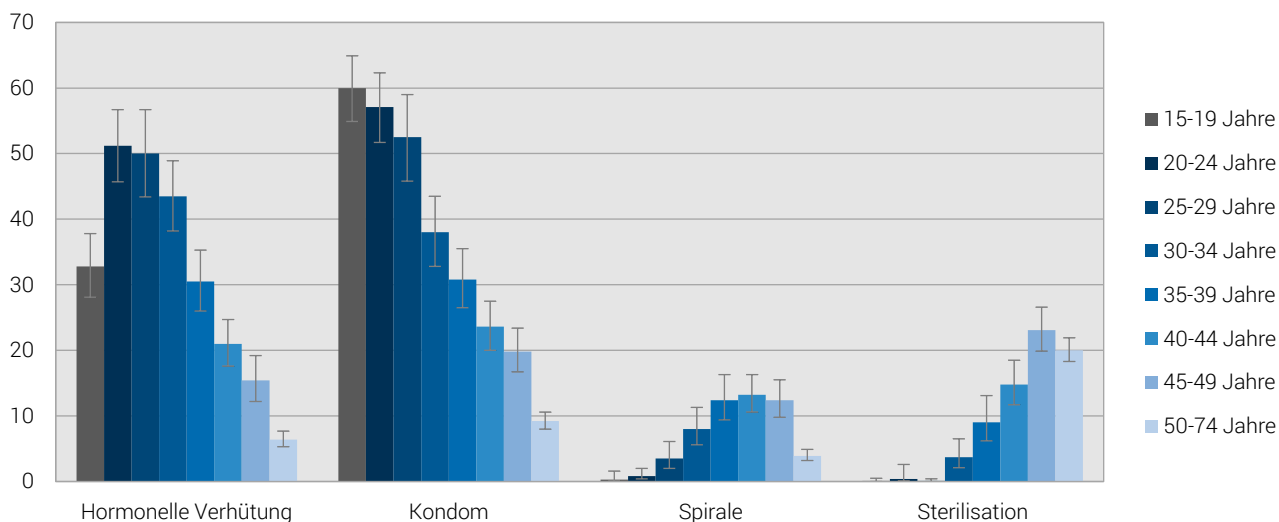
**Abb. 3.6** Angaben der Frauen zur Häufigkeit der Anwendung einzelner Verhütungsmethoden in der SGB-Befragung 2012, 15- bis 74-Jährige, nach Altersgruppe (gewichtet)



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2017

**Abb. 3.7** Angaben der Männer zur Häufigkeit der Anwendung einzelner Verhütungsmethoden in der SGB-Befragung 2012, 15- bis 74-Jährige, nach Altersgruppe (gewichtet)



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2017

### 3.3.2 Die Verwendung der Pille 1992 bis 2012

Der Anteil der Frauen, welche die Pille einnehmen, schwankt über den Untersuchungszeitraum deutlich (Tab. 3.1). Er liegt bei 15- bis 49-Jährigen in den SGB-Erhebungen von 1992 bis 2002 um 30%, ist im Jahr 2007 mit 18% auffällig tief, in der SGB von 2012 jedoch wieder deutlich höher als in der Vorerhebung (25,7%).

**Tab. 3.1 Prävalenz der Pilleneinnahme (in %) bei Frauen, 1992 bis 2012**

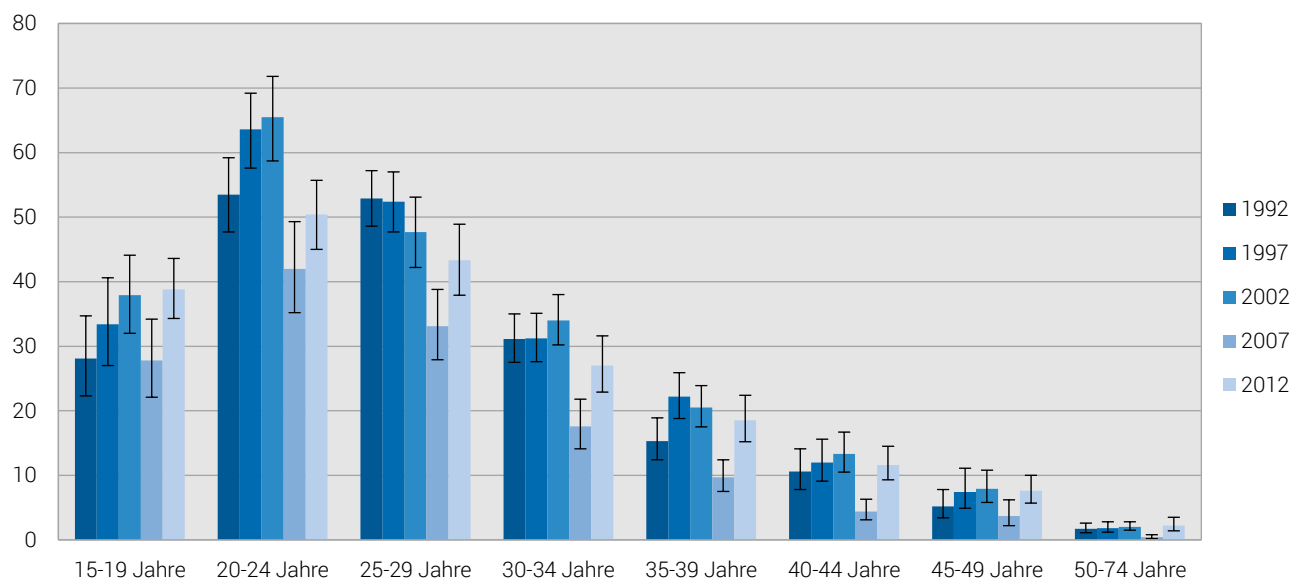
	1992 (95% CI)	1997 (95% CI)	2002 (95% CI)	2007 (95% CI)	2012 (95% CI)
15-74 Jahre	20,3 (19,1-21,6)	21,1 (19,9-22,4)	20,0 (18,8-21,2)	12,0 (10,9-13,1)	17,2 (16,2-18,3)
15-49 Jahre	27,9 (26,3-29,6)	30,7 (29-32,5)	29,6 (27,9-31,3)	17,9 (16,3-19,5)	25,7 (24,2-27,3)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2017

In Abb. 3.8 ist für Frauen die altersgruppenspezifische Häufigkeit der Pilleneinnahme von 1992 bis 2012 dargestellt. Die verschiedenen Altersgruppen zeigen ebenfalls nicht homogene zeitliche Trends. In sämtlichen Altersgruppen fällt wiederum eine vergleichsweise tiefe Prävalenz im Jahr 2007 auf. Wird der Wert von 2007 ignoriert, ist im Untersuchungszeitraum ein stetig abnehmender Trend der Pilleneinnahme in der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen zu beobachten. Bei den 15- bis 19- sowie 20- bis 24-Jährigen nahm die Prävalenz von 1997 bis 2002 zu, lag im Jahr 2007 deutlich tiefer, im Jahr 2012 jedoch wieder höher. In den Altersgruppen ab 30 Jahren zeigen sich keine klaren zeitlichen Veränderungen.

**Abb. 3.8 Prävalenz (%) der Pilleneinnahme bei Frauen, 1992 bis 2012, nach Altersgruppe (gewichtet)**



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2017

Die Prävalenz der Pilleneinnahme von Frauen, die angegeben haben, dass sie in den letzten 7 Tagen ein Medikament eingenommen haben, betrug 14,8% (95% CI 13,9-15,8%) bei den 15- bis 74-Jährigen und 23,6% (95% CI: 22,2-25,1) bei den 15- bis 49-Jährigen. Obwohl die Frage nach der Pille in der telefonischen Befragung nur gestellt wurde, wenn die Frau die Frage nach der Medikamenteneinnahme bejaht hatte, liegt sie nur leicht tiefer als bei der Erhebung im schriftlichen Fragebogen (vgl. Tab. 3.1).

Von den 15-49-jährigen Frauen, welche die Pille einnehmen, kombinieren 7,1% (95% CI 6,3-8,0) diese mit weiteren Medikamenten.

### 3.3.3 Die Verwendung des Kondoms 1992 bis 2012

Die Prävalenz des Kondomgebrauchs im zeitlichen Verlauf zeigt - ähnlich wie bei den Frauen die Pilleneinnahme - den tiefsten Wert im Jahr 2007, gefolgt von einem deutlich höheren Wert im Jahr 2012. Bei den 15- bis 49-Jährigen fallen vergleichsweise hohe Anteile in den Jahren 1997 und 2012 auf (36,5% und 37,9%), sonst liegen die Werte bei knapp einem Drittel.

**Tab. 3.2 Prävalenz des Kondomgebrauchs (%) bei Männern, 1992-2012**

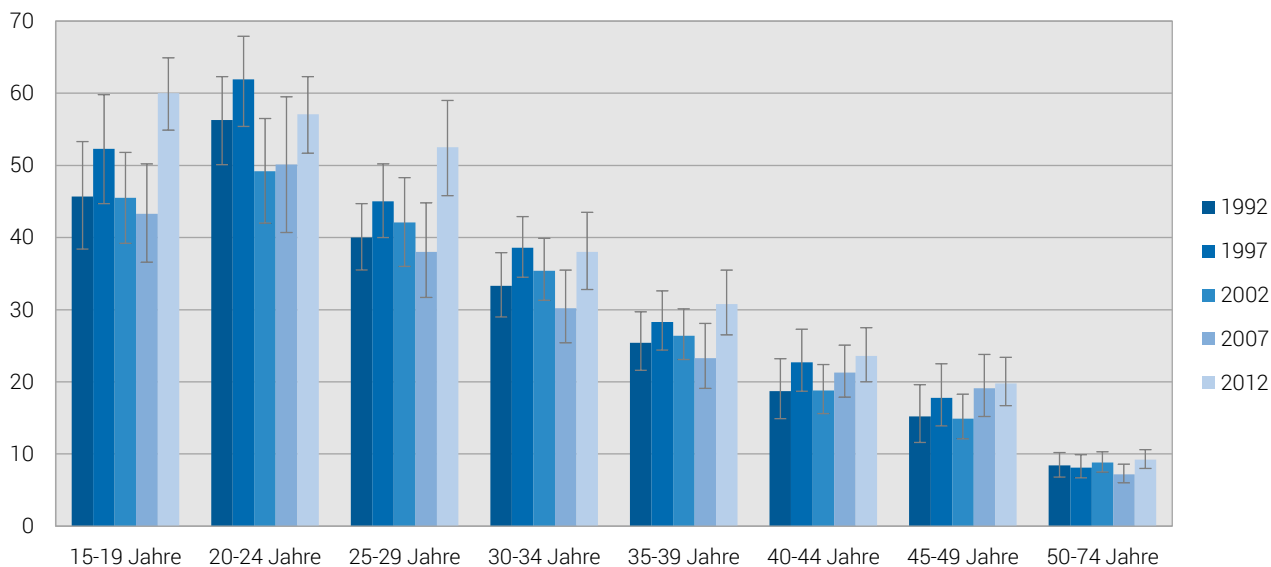
	1992 (95% CI)	1997 (95% CI)	2002 (95% CI)	2007 (95% CI)	2012 (95% CI)
15-74 Jahre	25,9 (24,4-27,4)	27,5 (26,0-29,1)	23,8 (22,5- 25,1)	22,8 (21,2-24,4)	27,5 (26,2-29,0)
15-49 Jahre	33,2 (31,3-35,3)	36,5 (34,5-38,5)	31,4 (29,6-33,2)	31,0 (28,8-33,3)	37,9 (36,0-39,9)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2017

Abb. 3.9 beschreibt die altersgruppenspezifische Häufigkeit des Kondomgebrauchs bei Männern in der Zeit von 1992 bis 2012. Am häufigsten wird er von 20- bis 24-jährigen angegeben. Entsprechend der Prävalenz in der gesamten untersuchten Population ist der Kondomgebrauch auch in jeder Altersgruppe im Jahr 2012 am höchsten (mit Ausnahme der 20- bis 24-Jährigen). Die Differenz zu den früheren Untersuchungswellen ist in den höheren Altersgruppen weniger ausgeprägt.

**Abb. 3.9 Prävalenz des Kondomgebrauchs bei Männern, 1992 bis 2012, nach 5-Jahres-Altersgruppen (gewichtet)**

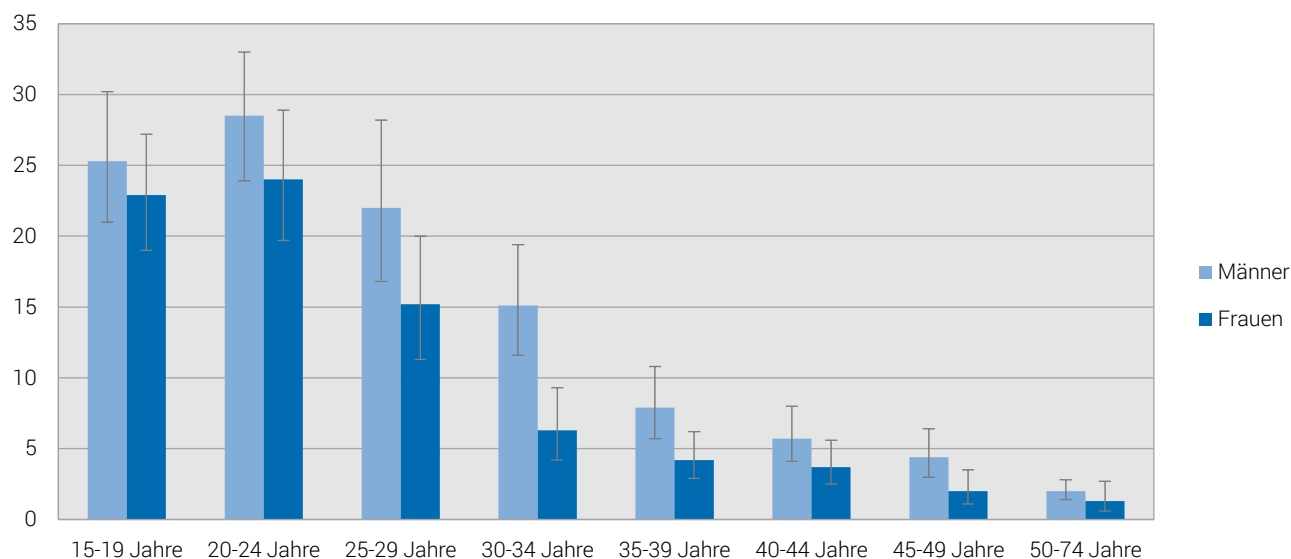


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2017

Die Kombination von Kondom mit andern Verhütungsmitteln wird vor allem in den jüngeren Altersgruppen praktiziert (Abb. 3.10). Die Häufigkeit des Kondomgebrauchs in Kombination mit anderen Verhütungsmitteln liegt bei den 15- bis 25-Jährigen um 25% und nimmt danach mit dem Alter stark ab. Bei Frauen ab 35 Jahren und Männern ab 45 Jahren liegt sie unter 5%. Männer aller Altersgruppen geben diese Kombination häufiger als Frauen an.

**Abb. 3.10 Verwendung des Kondoms in Kombination mit anderen Verhütungsmitteln, 2012, nach Alter und Geschlecht (gewichtet)**

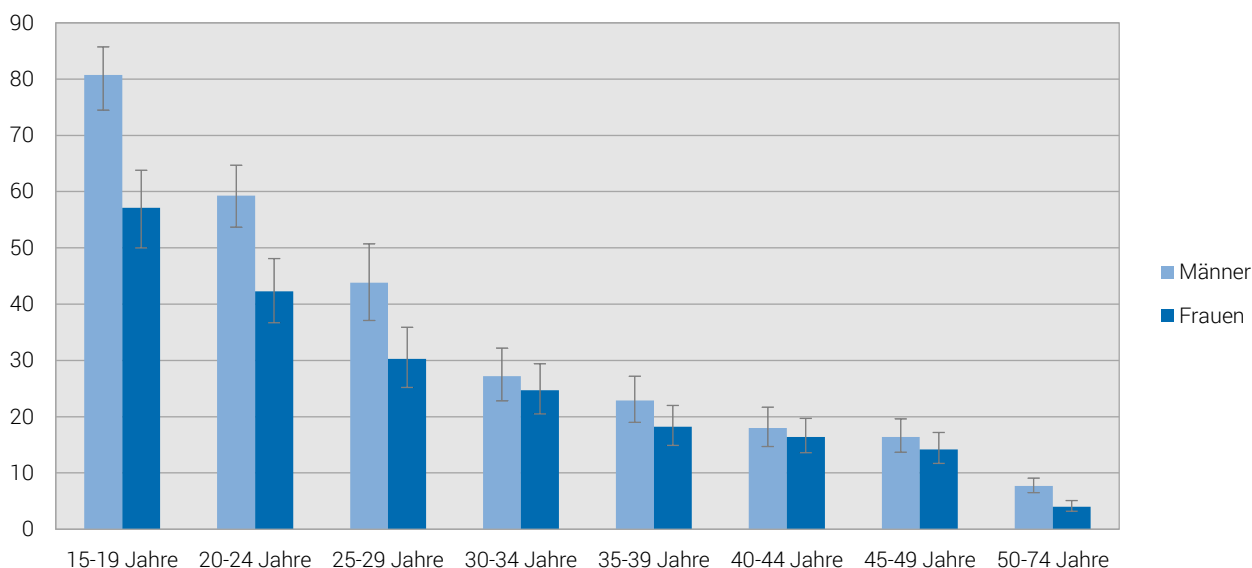


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2017

Zusätzlich zur Frage nach den verwendeten Verhütungsmethoden, die im schriftlichen Fragebogen gestellt wurde, wurden in der telefonischen Befragung sexuell Aktive im Alter von 15-74 Jahren nach dem Kondomgebrauch beim letzten Geschlechtsverkehr und nach der Anzahl Sexualpartner/-innen in den letzten 12 Monaten gefragt. Auch bei dieser Frage zeigt sich, dass Männer häufiger angeben, ein Kondom zu benutzen als Frauen (signifikant in den Altersgruppen unter 30 Jahren) (Abb. 3.11). Bei Männern wie Frauen zeigt sich eine stetige Abnahme mit dem Alter: Von den 15- bis 19-jährigen Männern geben 80% an, beim letzten Geschlechtsverkehr ein Kondom benutzt zu haben, bei den Männern ab 40 Jahren sind es unter 20%.

**Abb. 3.11 Verwendung des Kondoms beim letzten Geschlechtsverkehr bei sexuell Aktiven (letzte 12 Monate), 2012, nach Alter und Geschlecht (gewichtet)**

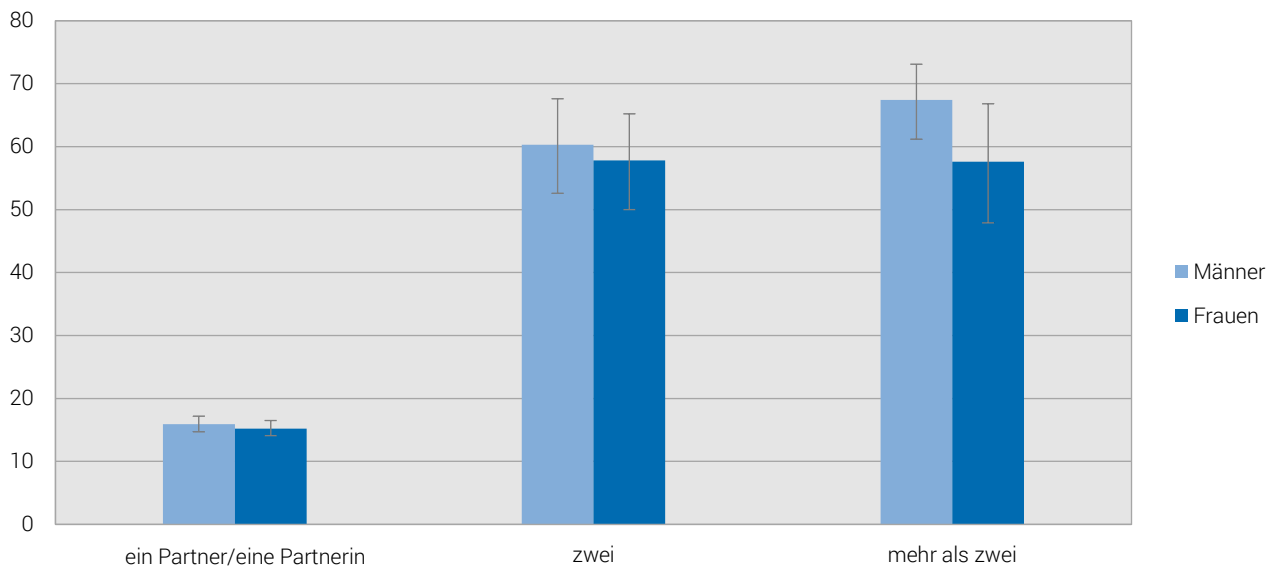


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2017

Der Kondomgebrauch beim letzten Geschlechtsverkehr war bei beiden Geschlechtern deutlich häufiger, wenn sie in den letzten 12 Monaten mehr als eine Partnerin / mehr als einen Partner hatten (Abb. 3.12).

**Abb. 3.12 Verwendung des Kondoms beim letzten Geschlechtsverkehr bei sexuell Aktiven (letzte 12 Monate), 2012, nach Anzahl Sexualpartner und Geschlecht (gewichtet)**



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2017

### 3.3.4 Verhütung mit Notfallkontrazeption 2012

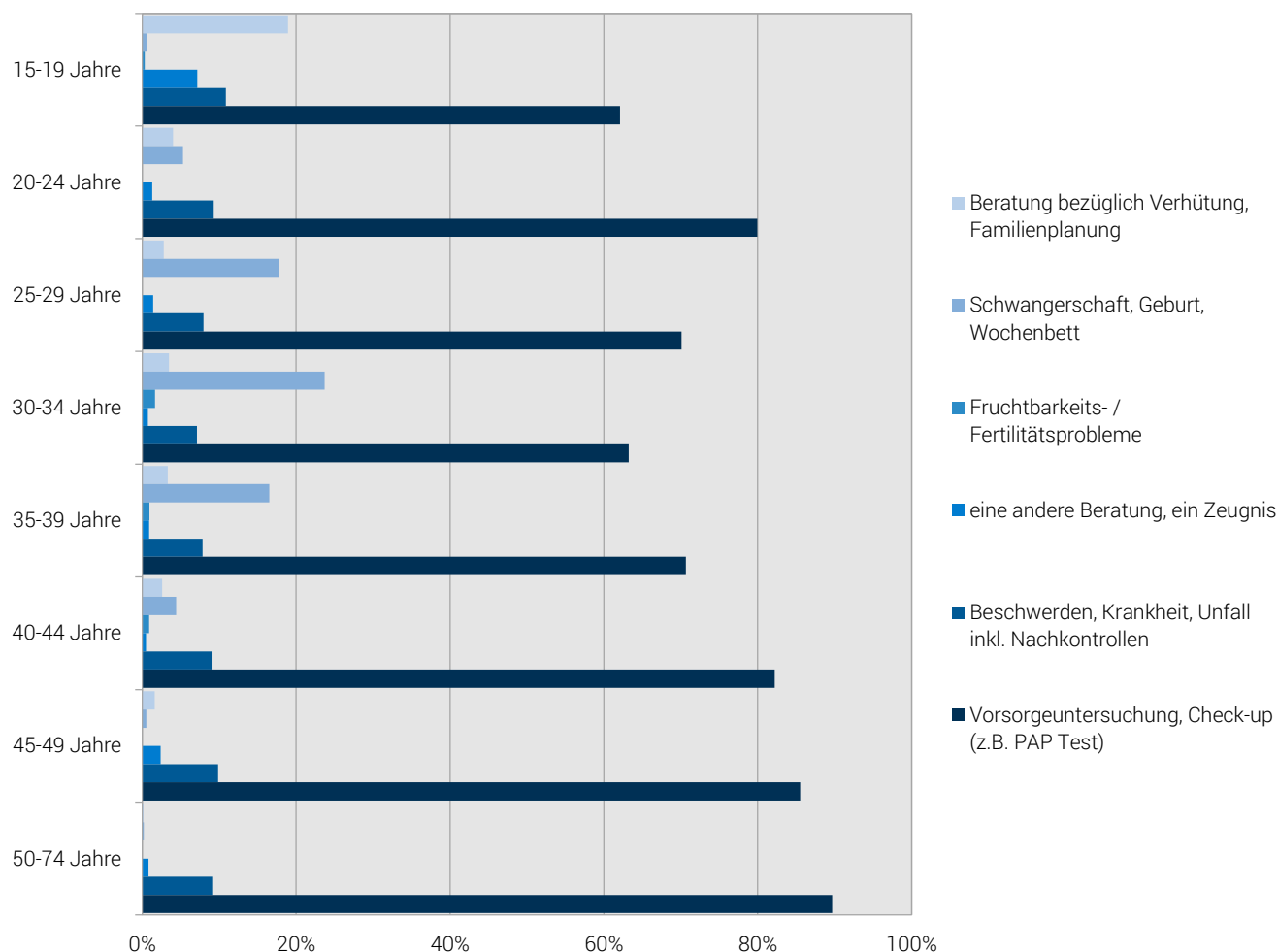
Auf die Frage, ob die „Pille danach“ als Mittel zur Empfängnisverhütung verwendet wird, haben 45 Männer (1,0%) und 21 Frauen (0,4%) im Alter von 15 bis 49 Jahren mit „Ja“ geantwortet. Bei den 15- bis 19-Jährigen waren dies 16 (1,4%), bei den 20- bis 24-Jährigen 22 (1,9%) und bei den 25- bis 29-Jährigen 9 (1,0%). In den höheren Altersgruppen lag der Anteil unter 1%.

### 3.3.5 Beratung und Information zu Verhütung und Familienplanung als Grund für den Frauenarztbesuch 2012

Insgesamt gaben nur 2,7% der 15- bis 74-jährigen Frauen, welche in den letzten 12 Monaten eine Frauenärztin/einen Frauenarzt besucht hatten, an, dass der Hauptgrund für die Konsultation eine Beratung bezüglich Verhütung und Familienplanung war. Mit 19% war dieser Anteil bei Frauen zwischen 15 und 19 Jahren am häufigsten (Abb. 3.13). Bei den 20- bis 24-Jährigen waren es 4%, bei den 25- bis 29-Jährigen 2,8%, bei den 30- bis 34-Jährigen 3,5%, bei den 35- bis 39-Jährigen 3,3%, bei den 40- bis 44-Jährigen 2,6% und bei den 45- bis 49-Jährigen 1,6%.



**Abb. 3.13 Hauptgrund für die letzte Konsultation bei der Frauenärztin/beim Frauenarzt in den letzten 12 Monaten, 2012**  
(N=5951), nach Altersgruppe (15- bis 74-Jährige)



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2017

### 3.4 Determinanten der Verhütung

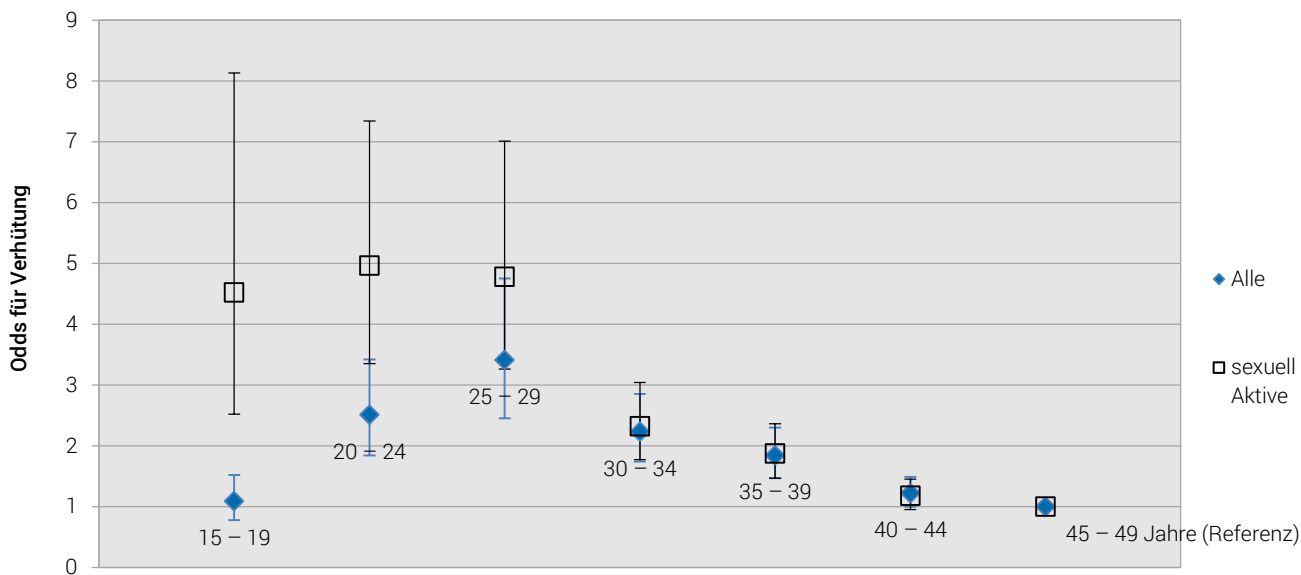
In den multivariablen Auswertungen mit den Daten der 15- bis 49-Jährigen der SGB 2012 zeigten sich Assoziationen zwischen der Verhütung und Faktoren aus verschiedenen Bereichen. Diese werden nachstehend beschrieben. Die Ergebnisse der Auswertungen sind in den Tabellen im Anhang B vollständig aufgeführt.

#### 3.4.1 Geschlecht und Alter

Die Wahrscheinlichkeit, ob verhütet wird, war im univariablen Modell mit den Daten der SGB 2012 bei Frauen im Alter zwischen 15 und 50 Jahren tiefer als bei gleichaltrigen Männern (Tabelle im Anhang B). Dieser Unterschied war jedoch weder im multivariablen Modell mit der gesamten Population noch in der Untergruppe der Personen mit sexuellen Kontakten in den letzten 12 Monaten statistisch signifikant.

Wie bereits im Kapitel 3.2 dargestellt, verändert sich die Art der Verhütung mit dem Alter. In der gesamten Population im Alter von 15 bis 49 Jahren ist die Wahrscheinlichkeit zu verhüten bei den 25- bis 29-Jährigen deutlich am höchsten, gefolgt von den 20- bis 24-Jährigen und den 30- bis 34-Jährigen. Bei sexuell Aktiven hingegen ist diese Wahrscheinlichkeit in den drei jüngsten 5-Jahres-Altersgruppen am höchsten (Abb. 3.14).

**Abb. 3.14** Wahrscheinlichkeit (adj. Odds Ratio, 95% CI) zu verhüten, nach Altersgruppe, 2012, bei allen Befragten (blau) und bei sexuell Aktiven (schwarz)



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2017

### 3.4.2 Sozioökonomische Faktoren (Nationalität, Zivilstand, Haushaltstyp, Bildung, Haushaltseinkommen)

In der gesamten Population zeigte sich kein Zusammenhang von Nationalität und Verhütung, auch nicht bei Personen, die sexuelle Kontakte in den letzten 12 Monaten angegeben hatten (Tabelle im Anhang B). Analysen von Untergruppen, die den Zeitpunkt der Immigration berücksichtigten, zeigten ebenfalls keinen eindeutigen Trend mit der Dauer der in der Schweiz verbrachten Zeit (Daten nicht im Bericht aufgeführt). In der nach Geschlecht stratifizierten Auswertung zeigte sich jedoch, dass Ausländerinnen im Vergleich zu Schweizerinnen eine geringere Wahrscheinlichkeit haben zu verhüten (adj. OR 0,68; 95% CI 0,52-0,90).

Verheiratete hatten im Vergleich zu nicht verheirateten Personen eine um knapp 30% höhere Wahrscheinlichkeit zu verhüten (adj. OR 1,29; 95%CI 1,05-1,60). Bei der Analyse der sexuell Aktiven war diese Wahrscheinlichkeit jedoch nicht mehr erhöht (adj. OR 0,9, 95% CI 0,71-1,14) (Anhang B). Der Vergleich der Assoziationen in der SGB 2012 und der SGB 1997 zeigt, dass in beiden Jahren die Wahrscheinlichkeit zu verhüten bei verheirateten Frauen signifikant höher ist, nicht jedoch bei verheirateten Männern (Daten im Anhang C).

Paare ohne Kinder haben im Vergleich zu Paaren mit Kindern eine signifikant tiefere Wahrscheinlichkeit zu verhüten (adj. OR 0,57; 95%CI 0,46-0,72). Bei sexuell Aktiven ist dieser Zusammenhang noch ausgeprägter (OR 0,41; 95%CI 0,32-0,53).

Weder Bildung noch das Haushaltseinkommen waren 2012 in den multivariablen Analysen signifikant mit der Verhütung assoziiert, auch nicht bei der sexuell aktiven Bevölkerung. In der univariablen Regressionsanalyse (Anhang B) und in den Modellen für den Vergleich der SGB 2012 mit der SGB 1997 (Anhang C) hingegen haben Personen mit obligatorischer Schulbildung im Vergleich zur Personen mit Ausbildung auf Sekundarstufe signifikant weniger häufig angegeben, zu verhüten. Dies könnte damit zusammenhängen, dass in den Modellen zum Vergleich der Zusammenhänge in den Erhebungen von 1997 und 2012 die Variablen zur Gesundheit nicht eingeschlossen sind, die den Zusammenhang zwischen Bildung und Verhütung verzerren. Ergänzende Analysen konnten dies allerdings nicht erhärten. Sie zeigten jedoch, dass die Art des Modellierens des Alters den Zusammenhang zwischen Bildung und Verhütung verändert.

### 3.4.3 Sprachregion, Stadt/Land

Personen aus der italienischsprachigen Region geben signifikant seltener an zu verhüten als Personen aus der französischen und deutschen Sprachregion (adj OR 0,70; 95%CI 0,55-0,89). Dieser Zusammenhang bestand auch in der Untergruppe der sexuell Aktiven (adj OR 0,52; 95%CI 0,40-0,68), sowohl bei Männern (adj OR 0,57; 95%CI 0,39-0,85) als auch bei Frauen (adj OR 0,45; 95%CI 0,31-0,65). Im Jahr 1997 haben nur die Frauen in der italienischsprachigen Region signifikant weniger häufig verhütet (OR 0,68; 95% CI 0,50-0,92).

In ländlichen Gebieten wird insgesamt nicht häufiger verhütet als in städtischen Gebieten. In der für Männer und Frauen getrennt durchgeführten Auswertung zeigte sich jedoch, dass Männer aus ländlichen Gebieten im Vergleich zu Männern aus städtischen Gebieten mit einer grösseren Wahrscheinlichkeit angeben, verhütet zu haben (OR 1,32, 95%CI 1,02-1,73). Im Jahr 1997 hingegen war die Verhütung in ländlichen Gebieten noch weniger wahrscheinlich, insbesondere bei Frauen. Bei der Interpretation dieser Resultate ist zu beachten, dass 2012 auch die Agglomerationen mit über 20'000 Einwohnern den Städten zugeordnet wurde, was 1997 noch nicht der Fall war (Einwohnerzahl >10'000 = städtisches Gebiet).

### 3.4.4 Gesundheit allgemein

Betrachtet man die 15- bis 49-jährige Gesamtpopulation, so zeigt sich: Je schlechter der selbst eingeschätzte Gesundheitszustand ist, umso tiefer ist die Wahrscheinlichkeit zu verhüten. Dieser Zusammenhang ist zwar nur bei einer der Einzelausprägungen signifikant (Einschätzung von ‚mittelmässig‘), aber der Test for trend ist signifikant. Dies ist jedoch bei den sexuell Aktiven nicht der Fall und auch nicht in der geschlechtsstratifizierten Analyse. 1997 wurden keine Assoziationen zwischen Verhütung und dem selbst eingeschätzten Gesundheitszustand gefunden.

Das Vorhandensein von chronischen Krankheiten war in der Untergruppe der sexuell aktiven Männer signifikant mit der Verhütung assoziiert: Männer, welche an einer chronischen Krankheit leiden, gaben häufiger als Männer ohne chronische Krankheiten an, dass sie verhüten (adj. OR 1,40; 95%CI 1,05-1,88).

### 3.4.5 Psychische Gesundheit

In Tab. 3.3 sind die Ergebnisse bezüglich der Indikatoren der psychischen Gesundheit und der Verhütung dargestellt. Es zeigen sich lediglich mit wenigen einzelnen Indikatoren signifikante Zusammenhänge: Mit einer tieferen Verhütungsprävalenz assoziiert sind eine mittlere Ausprägung von Vitalität bei Frauen, eine mittlere selbst eingeschätzte psychische Belastung (v.a. bei sexuell aktiven Männern), die Einnahme von psychotropen Medikamenten in der Gesamtpopulation, in der geschlechtsstratifizierten Analyse jedoch nur bei Frauen.

**Tab. 3.3 Adjustierte Odds Ratio's für Verhütung und Indikatoren der psychischen Gesundheit/Krankheit, 15– bis 49-Jährige, SGB 2012**

	Alle	sexuell Aktive	sexuell aktive Männer	sexuell aktive Frauen
	adj. OR (95% CI)	adj. OR (95% CI)	adj. OR (95% CI)	adj. OR (95% CI)
<b>Vitalität</b>				
hoch	1 (Referenz)			
mittel	0,98 (0,83-1,17)	0,91 (0,75-1,12)	1,18 (0,87-1,59)	0,74 (0,56-0,98)
tief	0,86 (0,72-1,02)	0,83 (0,67-1,02)	0,73 (0,52-1,03)	0,89 (0,69-1,16)
<b>Kohärenzgefühl</b>				
hoch	1 (Referenz)			
mittel	0,93 (0,80-1,08)	0,98 (0,82-1,16)	1,02 (0,79-1,31)	0,93 (0,73-1,18)
tief	0,91 (0,75-1,10)	0,99 (0,79-1,23)	0,87 (0,62-1,21)	1,10 (0,82-1,47)
<b>Selbst eingeschätzte psychische Belastung</b>				
niedrig	1 (Referenz)			
mittel	0,76 (0,63-0,93)	0,80 (0,64-1,00)	0,60 (0,42-0,86)	0,97 (0,73-1,28)
hoch	0,88 (0,63-1,23)	1,02 (0,70-1,50)	0,86 (0,46-1,59)	1,16 (0,71-1,89)
<b>Major Depression</b>				
keine oder minimal	1 (Referenz)			
leicht	0,90 (0,76-1,06)	0,98 (0,82-1,19)	0,81 (0,61-1,08)	1,14 (0,89-1,46)
mittel bis schwer	1,01 (0,78-1,31)	1,05 (0,78-1,43)	0,86 (0,55-1,36)	1,20 (0,81-1,78)
<b>In Behandlung wegen psychischer Probleme</b> (letzte 12 Monate)	0,90 (0,69-1,16)	0,90 (0,67-1,22)	0,99 (0,59-1,66)	0,84 (0,57-1,23)
<b>Einnahme von Antidepressiva</b> (letzte 7 Tage)	0,83 (0,57-1,21)	0,81 (0,53-1,24)	1,16 (0,53-2,58)	0,69 (0,41-1,14)
<b>Einnahme von psychotropen Medikamenten</b> (letzte 7 Tage)	0,68 (0,51-0,92)	0,75 (0,53-1,06)	1,02 (0,60-1,74)	0,61 (0,40-0,95)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2017

Adjustiert nach: Alter, Nationalität, Sprachgebiet, Stadt/Land, Ausbildung, Erwerbstätigkeit, Zivilstand, Haushaltstyp, Haushaltseinkommen, BMI, körperliche Aktivität, Tabakkonsum, riskanter Alkoholkonsum, selbsteingeschätzte Gesundheit, chronische Erkrankung oder schwerwiegendes gesundheitliches Problem, soziale Unterstützung

Von den beiden aus der Faktorenanalyse eruierten Variablen (s. Methodik, Kap.2.3) war lediglich eine mittlere bis schlechte selbst eingeschätzte psychische Gesundheit bei Männern negativ mit der Verhütung assoziiert (Tab. 3.4).

**Tab. 3.4 Adjustierte Odds Ratio's für Verhütung und den aus der Faktorenanalyse resultierenden ‚psychischen Gesundheit‘ sowie ‚Behandlung wegen psychischer Probleme‘, 15- bis 49-Jährige, SGB 2012**

	Alle	sexuell Aktive	sexuell aktive Männer	sexuell aktive Frauen
	adj. OR (95% CI)	adj. OR (95% CI)	adj. OR (95% CI)	adj. OR (95% CI)
Psychische Gesundheit mittel bis schlecht <sup>1</sup>	0,87 (0,77-1,00)	0,94 (0,79-1,10)	<b>0,76</b> <b>(0,60-0,97)</b>	1,12 (0,90-1,39)
Behandlung von psychischen Problemen <sup>2</sup>	0,87 (0,69-1,10)	0,89 (0,67-1,16)	1,10 (0,72-1,68)	0,75 (0,53-1,07)

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2017

1 Referenz: „gute psychische Gesundheit“. Dies trifft zu, falls die Vitalität „mittel“ bis „hoch“ ist, keine Depression vorliegt, in der Selbsteinschätzung keine psychische Belastung vorhängen ist, sowie das Kohärenzgefühl „mittel“ oder „hoch“ ist.

2 „Behandlung wegen psychischer Beeinträchtigung“: wenn die befragte Person wegen psychischer Probleme in den letzten 12 Monaten in Behandlung gewesen ist und/oder in den letzten 7 Tagen Antidepressiva oder psychotrope Medikamente eingenommen hat.

Adjustiert nach: Alter, Nationalität, Sprachgebiet, Stadt/Land, Ausbildung, Erwerbstätigkeit, Zivilstand, Haushaltstyp, Haushalteinkommen, BMI, körperliche Aktivität, Tabakkonsum, riskanter Alkoholkonsum, selbsteingeschätzte Gesundheit, chronische Erkrankung oder schwerwiegendes gesundheitliches Problem, soziale Unterstützung

### 3.5 Hormonelle Verhütung bei Raucherinnen und Personen mit weiteren Risikofaktoren

Im Alter von 15 bis 49 Jahren gibt die univariable Analyse an, dass Frauen mit Übergewicht und ehemalige Raucherinnen insgesamt etwas weniger verhüten als Normalgewichtige und Nichtraucherinnen. Diese Assoziation konnte jedoch nach Korrektur verschiedener Einflussvariablen in der multivariablen Analyse nicht bestätigt werden.

Gemäss der Empfehlung der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe soll eine Alternative zur hormonellen Verhütung besprochen werden, wenn ein oder mehrere der folgenden Faktoren vorliegen: Alter über 35 Jahre, Raucherin, Adipositas (BMI  $\geq 30\text{kg/m}^2$ ), Hypertonie oder Herz-Kreislaufkrankung. Diese Faktoren wurden in der SGB 2012 erfragt. Wie aus Tab. 3.5 hervorgeht, ist die Häufigkeit der Pilleneinnahme bei Frauen, welche solche Risikofaktoren aufweisen, beträchtlich: bei 12% der Frauen im Alter über 35 Jahren, bei rund jeder fünften Frau mit Übergewicht und Adipositas, bei 29% der Raucherinnen und bei 22% der Frauen, die eine Hypertonie oder eine Herz-Kreislaufkrankung angeben.

**Tab. 3.5 Pilleneinnahme (in %) bei Frauen, welche dafür einen Risikofaktor aufweisen\*, 15- bis 49-Jährige, SGB 2012 (N=4888)**

	Total	Anteil der Frauen, welche angegeben haben, dass sie die Pille einnehmen	
	N	N	%
Alter >35 Jahre	2 622	314	12,0
BMI:			
Übergewicht (25-<30)	765	155	20,3
Adipositas ( $\geq 30$ )	293	56	19,1
Raucherin	1 363	401	29,4
Bluthochdruck oder Herz-Kreislaufkrankung	216	47	21,8

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2017

\*Empfehlung der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, bei Vorliegen mehrerer dieser Risikofaktoren mit der Frau Alternativen zur Pilleneinnahme zu besprechen (SGG 2013).

Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Frau über 35 Jahre die Pille einnimmt, ist deutlich tiefer als bei 15- bis 29-jährigen Frauen (OR von 0,19; 95% CI 0,16-0,22) (Tab. 3.6). Sie ist ebenfalls tiefer, wenn die Frau adipös ist im Vergleich zu Normalgewichtigen (OR von 0,67; 95% CI 0,62-0,97). Raucherinnen hingegen haben eine knapp signifikant höhere Wahrscheinlichkeit ( $p=0,045$ ), die Pille einzunehmen als Nichtraucherinnen oder Exraucherinnen (OR 1,12; 95% CI 1,00-1,42). Wenn die Wahrscheinlichkeit der Pilleneinnahme bei *Raucherinnen*

getrennt für die Altersgruppe über 35-Jährigen und der 15- bis 29-Jährigen durchgeführt wird, ist sie bei der jüngeren Gruppe nur geringfügig höher (OR 1,08; 95% CI 0,86-1,36) als bei der älteren Gruppe (OR 1,04; 95% CI 0,74-1,45).

**Tab. 3.6 Odds Ratio für die Pilleneinnahme bei Frauen zwischen 15 und 49 Jahren, nach Risikofaktor für die Pilleneinnahme, SGB 2012**

Risikofaktor	N	OR für die Einnahme der Pille	95% Konfidenzintervall
Alter 35+ vs. 15-29 J.	2 622	0,19	0,16-0,22
Adipositas vs. Normalgewicht	293	0,67	0,62-0,97
Rauchen vs. Nichtraucher	1 363	1,12	1,00-1,42
Bluthochdruck oder Herz-Kreislaufkrankung	216	0,69	0,44-1,08

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2017

Es wurde ein Risiko-Summscore gebildet, bei welchem jedem der vier aufgeführten Risikofaktoren ein Punkt zugeordnet wurde, falls er vorhanden war (Tab. 3.7). Bei 42,4% bestehen keine Risikofaktoren, bei gut einem Fünftel liegt ein Risikofaktor vor, bei etwa jeder siebten Frau zwei beziehungsweise drei Risikofaktoren. Von den 8 Frauen, welche alle 4 Risikofaktoren aufweisen, nahm keine die Pille ein. Für den Risikoscore 4 wurde daher keine OR gerechnet. In der univariablen logistischen Regression sank die Wahrscheinlichkeit, die Pille einzunehmen, mit jedem zusätzlichen Punkt des Risiko-Scores. In der multivariablen logistischen Regression war bei Vorliegen eines Risikofaktors die Wahrscheinlichkeit der Pilleneinnahme rund halb so gross wie bei Abwesenheit von Risikofaktoren, bei Vorliegen von 2 oder 3 Risikofaktoren um rund 70% tiefer (Tab. 3.7).

**Tab. 3.7 Odds Ratio für die Pilleneinnahme bei Frauen zwischen 15 und 49 Jahren, nach Risikofaktoren-Summscore für die Pilleneinnahme (N=4888)**

Risiko-Summscore	Total N	Pilleneinnahme und Risikoscore	OR für die Einnahme der Pille	Adjustierte OR
		N	%	
0	1 459	619	42,4	Referenz
1	2 472	543	22,0	0,39 (0,32-0,46)
2	857	118	13,8	0,24 (0,18-0,31)
3	92	13	14,1	0,17 (0,08-0,36)
4	8	0	0	-

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2017

## 4 Diskussion und Fazit

Ein grosser Anteil der Erwachsenen in der Schweiz verhütet. Rund drei Viertel der 15- bis 49-Jährigen, welche die Fragen zur Verhütung beantwortet haben, geben in der SGB 2012 an, dass sie selber oder ihre Partnerin/ihr Partner im letzten Jahr irgendeine Verhütungsmethode angewandt haben. Bezogen auf die Frauen und Männer, die im Jahr vor der Befragung sexuelle Kontakte angeben, waren es 80%. In der 15- bis 74-jährigen Bevölkerung haben 57% der Frauen und 64% der Männer verhütet (bei den sexuell Aktiven dieser Altersgruppe 64% bzw. 67%).

Die am häufigsten verwendeten Verhütungsmethoden sind das Kondom und die hormonellen Methoden, gefolgt von Sterilisation und Spirale. Vor allem in den jüngeren Altersgruppen (unter 30 Jahren) sind Kondom und hormonelle Verhütung die weitaus am häufigsten verwendeten Methoden. Das trifft auch für den Kondomgebrauch beim letzten Geschlechtsverkehr zu, vor allem bei Männern. Er wird von 80% der 15- bis 19-jährigen Männern gegenüber unter 20% bei >40-jährigen Männern angegeben. Auch findet sich die Kombination des Kondoms mit anderen Verhütungsmitteln vor allem bei Jüngeren: bei den 15- bis 25-Jährigen in rund einem Viertel, bei den über 40-Jährigen in weniger als 5%. Insgesamt verhütet jede vierte 15- bis 49-jährige Frau mit hormonellen Mitteln.

Bei Männern ist die kontrazeptive Prävalenz insgesamt höher als bei Frauen. Dies liegt vor allem am höheren Anteil der Männer, die sexuell aktiv sind (bei sexuell Aktiven ist der Geschlechtsunterschied nicht vorhanden). Höhere Angaben machen Männer beim Kondomgebrauch (2012: Männer 27,5%, Frauen 17,8%) und bei der hormonellen Verhütung (2012: Männer 23,7%, Frauen 20,6%). Lediglich die Verwendung der Spirale wird etwas häufiger von Frauen angegeben als von Männern (9% vs. 6,5%). Die Angaben zur Sterilisation sind identisch (13%). 80% der 15- bis 19-jährigen Männer und knapp 60% der 15- bis 19-jährigen Frauen geben an, beim letzten Geschlechtsverkehr ein Kondom benutzt zu haben.

Im internationalen Vergleich liegt die Häufigkeit der Verhütung in der Schweiz in einer ähnlichen Grössenordnung wie in Österreich, wo sie für 15- bis 49-Jährige insgesamt mit 72% beziffert wird (Fiala 2015). Auch in Deutschland wurde 2011 in einer repräsentativen Befragung eine Verhütungsprävalenz von rund 75% gefunden (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2011). Allerdings wurden in dieser Studie nur Personen befragt, die im letzten Jahr sexuell aktiv waren, somit liegt der Vergleichswert in der Schweiz mit 80% etwas höher. Dass Jugendliche am häufigsten verhüten, wird auch aus mehreren europäischen Ländern berichtet (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2011, Fiala 2015, Spinelli 2000, Richters 2016). Auch in Deutschland fanden sich in der Gruppe der sexuell aktiven 18- bis 49-Jährigen keine Geschlechtsunterschiede.

Die Pilleneinnahme in der Schweiz – ein Viertel der 15- bis 49-jährigen Frauen verwendet sie – ist deutlich höher als in einer spanischen Studie, die nur eine Prävalenz von 17% fand (Pérez 2010), jedoch nur die Pilleneinnahme in den 2 Tagen vor der Befragung erfasst hatte. In der SGB wäre dazu eher der Vergleich der Pilleneinnahme in den letzten 7 Tagen adäquat. Mit 24% liegt auch dieser Wert in der Schweiz höher als in der spanischen Studie. Die Pilleneinnahme liegt aber deutlich tiefer als in der deutschen Erwachsenenstudie zum Verhütungsverhalten, welche sie bei gut der Hälfte der Frauen dokumentiert (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2011), und ebenfalls tiefer als in Österreich, wo sie 2015 bei 38% lag (Fiala 2015). Auch in Deutschland und Österreich ist die Pilleneinnahme die Methode, auf die sich am häufigsten Frauen unter 30 Jahren stützen.

Auf die „Pille danach“ wird in der Schweiz selten zurückgegriffen (insgesamt 0,4% der Frauen, 1% der Männer im Jahr 2012), auch bei den 15- bis 19-Jährigen wird ihre Verwendung von weniger als 2% angegeben. Diese Angaben liegen deutlich unter den Angaben aus Deutschland: 13% bei 14- bis 17-Jährigen (Bode 2015) und 11% bei 18- bis 49-Jährigen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2011). Allerdings wurde in der SGB nach der Notfallkontrazeption im letzten Jahr gefragt, in Deutschland danach, ob die Befragten ‚schon einmal in die Situation gekommen sind‘, diese zu benutzen.

In der Zeitspanne von 1992 bis 2012 zeigt sich insgesamt eine leichte Zunahme der Häufigkeit des Verhütens mit irgendeiner Methode. Die kontrazeptive Prävalenz ist im Jahr 2012 die höchste seit 1992. Bei den einzelnen Verhütungsmethoden zeigt sich über die Zeit ein heterogenes Bild, auch in den einzelnen Altersgruppen. Die Feststellung von zeitlichen Änderungen aufgrund der SGB wird erschwert durch die wiederholt vorgenommenen Formulierungsänderungen bei den Verhütungsfragen. So dürften die 1992 deutlich tieferen Prävalenzen damit zusammenhängen, dass für die Antwortenden wohl nicht so klar war, dass auch Verhütungsmittel, die durch den Partner/die Partnerin verwendet wurden, hätten angegeben werden sollen. Die auffällig tiefere Verhütungsprävalenz durch Pille wie

auch durch das Kondom im Jahr 2007 scheint aber nicht an der Formulierung der Frage zu liegen, da sie mit jener im Jahr 2002 identisch ist. Seit 2007 kann der schriftliche Fragebogen auch online ausgefüllt werden, wovon im Jahr 2007 18% der Männer und 7% der Frauen und im Jahr 2012 48% der Männer und 39% der Frauen Gebrauch machten (persönliche Mitteilung M. Storni/BFS). Diese Möglichkeit könnte dazu führen, dass mehr Jugendliche erreicht wurden, die in einer schriftlichen Befragung nicht teilnehmen würden, und dass sozial erwünschtes Antwortverhalten eine weniger starke Rolle spielt. Dies könnte für den Kondomgebrauch wohl zutreffen, müsste sich aber auch im Jahr 2012 zeigen, was nicht der Fall ist. Zudem scheint soziale Erwünschtheit im Antwortverhalten bezüglich der Pilleneinnahme wenig wahrscheinlich.

Beim Trend der Pilleneinnahme junger Frauen zeigt sich für die Schweiz in den SGB-Erhebungen von 1992 bis 2012 ein etwas anderes Bild als im österreichischen Verhütungsreport, der auf einen Rückgang der Verhütung in den Altersgruppen zwischen 20 und 40 Jahren hinweist, der bei Frauen vor allem für die ‚Pille‘ am stärksten ist (Fiala 2015). Allerdings berichten Fiala et al. über eine Abnahme der kontrazeptiven Prävalenz zwischen 2012 und 2015, einen Zeitraum, der durch die SGB noch gar nicht abgedeckt ist. Die in den Medien wiederholt thematisierte Pillenmüdigkeit liesse sich aufgrund der SGB allenfalls für 25- bis 29-Jährige postulieren. In der jüngsten Altersgruppe hingegen ist die Prävalenz im Jahr 2012 nicht nur deutlich höher als in der Vorerhebung, sondern die höchste seit 1992 überhaupt. Die nächste SGB-Erhebung dürfte hier von besonderem Interesse sein.

Bei Männern fällt der vergleichsweise hohe Kondomgebrauch in den Erhebungsjahren 1997 und 2012 auf, besonders in den jüngeren Altersgruppen. Möglicherweise haben sich hier Kampagnen der HIV/Aids-Prävention oder die Thematisierung des Schutzes vor sexuell übertragbaren Infektionen im Zusammenhang mit der Einführung der HPV-Impfung niedergeschlagen. Mit den Daten der SGB lässt sich dies allerdings nicht erhärten.

Das Verhütungsverhalten wird von vielen Faktoren beeinflusst. Dies zeigte sich auch in den multivariablen Auswertungen der SGB von 2012. Deutlich häufiger verhüten jüngere im Vergleich zu älteren Altersgruppen, insbesondere, wenn sie sexuelle Kontakte in den letzten 12 Monaten angeben. In der italienischsprachigen Region ist Verhütung seltener als in der deutsch- und französisch-sprachigen Schweiz. Ebenfalls seltener ist die Verhütung bei Frauen mit ausländischer Nationalität. Eine grössere Wahrscheinlichkeit der Verhütung besteht bei Verheirateten, jedoch nicht bei sexuell aktiven Verheirateten. Dieser Zusammenhang wird somit mit dem Vorhandensein sexueller Aktivität erklärt. Bei Paaren ohne Kinder ist die Verhütung weniger wahrscheinlich. Möglicherweise ist dies ein Hinweis auf das Weglassen von Verhütung bei Kinderwunsch. In der SGB lässt sich dies jedoch nicht erhärten, da die Frage nach Kinderwunsch nie gestellt wurde. Männer mit einer chronischen Krankheit haben eine grössere Wahrscheinlichkeit zu verhüten als Männer ohne chronische Krankheiten. Bei Frauen zeigt sich kein entsprechender Zusammenhang.

Zusammenhänge mit der psychischen Gesundheit bestanden nur bei einzelnen Indikatoren: Verhütung ist weniger wahrscheinlich bei Frauen, welche psychotrope Medikamente einnehmen und einen mittleren Vitalitätsgrad angeben. Sie ist auch seltener bei der (faktorenanalytisch eruierten) schlechter eingeschätzten psychischen Gesundheit sowie bei einer mittleren selbst eingeschätzten psychischen Belastung; dies war besonders ausgeprägt bei Männern der Fall.

Von den Frauen, die hormonelle Verhütungsmittel benutzen, gibt ein bemerkenswerter Anteil eine Risikokonstellation für die Pilleneinnahme an: 12 % der über 35-Jährigen nehmen die Pille, ebenso knapp 20% der Frauen mit Adipositas, knapp 30% der Raucherinnen und gut 20% der Frauen, die sagen, sie haben hohen Blutdruck oder leiden an einer Herz-Kreislaufkrankung. Diese Faktoren sind mit Ausnahme des Rauchens mit einer tieferen Wahrscheinlichkeit der Pilleneinnahme assoziiert. Die Wahrscheinlichkeit der Pilleneinnahme sinkt besonders stark bei Vorliegen mehrerer dieser Risikofaktoren.

Verschiedene Medikamente können trotz zuverlässig eingenommener Pille die Verhütung gefährden: einige Antibiotika, Abführmittel, Schmerzmittel, Beruhigungsmittel und Epilepsiemedikamente. Die Ergebnisse der SGB 2012 zeigen, dass 7% der Frauen in den letzten 7 Tagen neben der Pille ein weiteres Medikament eingenommen haben. Ärzt/-innen und Apotheker/-innen müssen nicht nur über Gesundheitsgefahren durch die Kombination von Rauchen und Pille, sondern auch über mögliche Interaktionen bei gleichzeitiger Einnahme von anderen Medikamenten informieren.

### *Limitierungen*

Die SGB hat für die Auswertungen der Fragen zur Verhütung gewisse Limitierungen. Da es sich thematisch um eine Sekundäranalyse handelt, werden gewisse Faktoren, die für die Verhütung eine Rolle spielen, in diesen Erhebungen nicht erfragt. Das trifft zum Beispiel für den Kinderwunsch zu. Dadurch ist es nicht möglich, unter den nicht Verhütenden jenen Anteil der Bevölkerung zu eruieren, den man für ungewollte Schwangerschaften als ‚at risk‘ bezeichnen müsste. Dies beeinträchtigt ebenfalls die Interpretation der Häufigkeit des Verhütens in den höheren Altersgruppen und des Zusammengangs der Verhütungshäufigkeit mit dem Zivilstand und dem Vorhandensein von Kindern. Es ist mit den Daten der SGB ebenfalls nicht möglich, Zusammenhänge zwischen der Verhütung ungewollter Schwangerschaften und der Verhütung sexuell übertragbarer Infektionen heraus zu arbeiten. Für einen solchen Zusammenhang in den jüngeren Altersgruppen sprechen mehrere Ergebnisse: der hohe Anteil junger Männer und auch Frauen, die das



Kondom als Verhütungsmittel angeben, der bei Jugendlichen im Vergleich zu älteren Gruppen deutlich höhere Anteil des Kondomgebrauchs in Kombination mit andern Verhütungsmitteln wie auch der ausgesprochen hohe Anteil des Kondomgebrauchs Jugendlicher beim letzten Geschlechtsverkehr. Eine weitere Limitierung könnte durch sozial erwünschtes Antwortverhalten entstehen, was etwa zu fälschlich tiefen Angaben bezüglich Risikoverhalten führen könnte. Die Verhütungsfragen werden allerdings im schriftlichen Fragebogen gestellt, wo dies weniger stark ins Gewicht fallen dürfte. Fälschlich hohen Angaben könnten jedoch beim Gebrauch des Kondoms beim letzten Geschlechtsverkehr vorliegen. Möglicherweise spielt das Antwortverhalten auch bei den Geschlechtsunterschieden zur sexuellen Aktivität in den letzten 12 Monaten eine Rolle. Da die kardiovaskulären Risikofaktoren im mündlichen Interview erfasst werden und die Verhütungsfragen erst im anschliessenden schriftlichen Befragungsteil, erscheint es unwahrscheinlich, dass die befragten Frauen die beiden Themen verknüpft und ihre Angaben im Sinne von sozialer Erwünschtheit ‚angepasst‘ haben. Ebenfalls als Limitierung zu bedenken sind Personen, die für die SGB-Stichprobe ausgewählt wurden, aber nicht an der Befragung teilgenommen haben. Dies dürfte für Personen mit (schweren) psychischen Leiden zutreffen. Die wenig ausgeprägten Zusammenhänge zwischen der psychischen Gesundheit und dem Verhütungsverhalten müssen vor diesem Hintergrund eher mit Vorsicht interpretiert werden.

#### *Fazit:*

Insgesamt lässt sich in der Schweiz ein gutes Verhütungsbewusstsein feststellen, insbesondere in der jüngeren Bevölkerung. Zeitlich besteht kein einheitlicher Trend, aber bis 2012 zeichnet sich kein Rückgang der hormonellen Verhütung ab, sondern eher eine Zunahme. Die nächste SGB 2017 dürfte hier ein etwas klareres Bild verschaffen.

Eine Verbesserung von Information und Beratung dürfte für einzelne Bevölkerungsgruppen angezeigt sein, so in der italienischsprachigen Schweiz und bei Personen mit beeinträchtigter Gesundheit, vergleichsweise schlechterer psychischen Gesundheit.

Handlungsbedarf besteht für Risikokonstellationen. Auch wenn die Pille bei Vorliegen von Risikofaktoren wie höherem Alter, Rauchen, Adipositas, Hypertonie/Herz-Kreislaufkrankungen weniger verschrieben wird - und deutlich seltener bei Vorliegen mehrerer Risiken – ist der Anteil Frauen, die eine Pilleneinnahme bei Vorliegen dieser Risikofaktoren angibt, doch beträchtlich. Vor allem Aufklärung und Kampagnen bezüglich Rauch-Stopp sollten verstärkt weitergeführt werden.

## 5 Bibliografie

Programme of Action, Kairo 1994:7.2

BAG, 2011. Nationales Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (NPHS) 2011-2017. pp.2011–2017.

Beobachter, Februar 2017. Junge Schweizerinnen sind pillenmüde. <http://www.tagesanzeiger.ch/wissen/medizin-und-psychologie/Junge-Schweizerinnen-sind-pillenmuede/story/29655482>

Berrut S. Bestandesaufnahme der Schwangerschaftsabbrüche in der Schweiz. Statistik des Schwangerschaftsabbruchs 2014. Bundesamt für Statistik. BFS Aktuell, 2015.

Bode H, Hessling A. Jugendsexualität 2015. Die Perspektive der 14-25-Jährigen. Ergebnisse einer aktuellen repräsentativen Wiederholungsbefragung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln 2015.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Verhütungsverhalten Erwachsener. Ergebnisse der Repräsentativbefragung 2011. BZgA, Köln 2011.

Bundesamt für Statistik. Die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012 in Kürze. Konzept, Methode, Durchführung. Bundesamt für Gesundheit, Abteilung Gesundheit und Soziale, Sektion Gesundheit, 2013.  
<https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/250614/master>

BFS 2013. Die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012 in Kürze.  
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/sgb.assetdetail.250614.html>

BFS 2014. Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012. Telefonischer und schriftlicher Fragebogen  
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/sgb.html#1243813114>

BFS 2016. Indikatoren der Fruchtbarkeit in der Schweiz. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/>

Carrasco-Garrido P, López de Andrés A, Hernández-Barrera V, Jiménez-Trujillo I, Esteban-Peña M, Pérez-Farinós N, Jiménez-García R. Trends in the use of oral contraceptives among adolescents and young women in Spain. *Reproductive Health* 2016;13:122

Eidgenössische Kommission für Kinder und Jugendfragen (EKKJ). Jugendsexualität im Wandel der Zeit. 2009

Farley TM, Meirik O, Chang CL, Poulter NR. Combined oral contraceptives, smoking, and cardiovascular risk. *J Epidemiol Community Health* 1998;52:775-785.

Fiala C, Schweiger P, Purkathofer J, Schaschl M, Parzer E. Österreichischer Verhütungsreport. Gynmed Ambulatorium Wien. 2015 .

Field N, Prah P, Mercher CH et al. Are depression and poor sexual health neglected comorbidities? Evidence from a population sample. *BMJ OPEN* 2016;6:e015021.

Forrester-Knauss C, Zemp Stutz E, Weiss C, Tschudin S. The interrelation between premenstrual syndrome and major depression: Results from a population-based sample. *BMC Public Health* 2011;11:795

International Planned Parenthood Federation, 2010. *IPPF Framework for Comprehensive Sexuality Education*, Available at:  
[http://www.ippf.org/sites/default/files/ippf\\_framework\\_for\\_comprehensive\\_sexuality\\_education.pdf](http://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_framework_for_comprehensive_sexuality_education.pdf).

Interpharma. Datengrundlage von IMS Health Schweiz (In: Beobachter 2017).

Kaminski P, Szpotanka-Sikorska M, Wielgos M. Cardiovascular risk and the use of oral contraceptives. *Neuro Endocrinol Lett* 2013;34:578-579.

Narring F, Tschumper A, Inderwildi Bonivento L, Jeannin A, Addor V, Bütikofer A, Suris JC, Diserens C, Alsaker F, Michaud PA. Gesundheit und Lebensstil 16- bis 20-Jähriger in der Schweiz (2002). SMASH 2002: Swiss multicentre adolescent survey on health 2002. Lausanne: Institute universitaire de médecine sociale et préventive, 2004 (Raisons de santé, 95b).

- Perez G, Villegas R, Ruiz-Muñoz D, Rodríguez-Sanz M. Determinants of oral contraception use in a southern European setting. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 2010 ;15 :48-53
- Raine T, Minnis AM, Padian NS. Determinants of contraceptive method among young women at risk for unintended pregnancy and sexually transmitted infections. *Contraception* 2003;68:19-25
- Richters J, Fitzadam S, Yeung A, Caruana T, Rissel C, Simpson JM, de Visser RO. Contraceptive practices among women: the second Australian study of health and relationships. *Contraception* 2016 ;94 :548-555.
- UNESCO, UNAIDS, UNFPA, UNICEF. *International Technical Guidance on Sexuality Education: An evidence-informed approach for schools, teachers and health educators. Volume I and II.* 2009.
- Sedgh G, Bearak J, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Ganatra B, Rossier C, Gerdtz C, Tunçalo Ö, Johnson BR, Bart Johnston H, Alkema L. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *Lancet* 2016;388:258-67
- SGGG 2013. Checkliste CHC für Erst- und Neuverschreibungen.  
[http://www.sggg.ch/fileadmin/user\\_upload/Dokumente/3\\_Fachinformationen/1\\_Expertenbriefe/De/CHECKLISTE\\_CHC\\_fuer\\_Erst-oder\\_Neuverschreibung\\_2013.pdf](http://www.sggg.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/3_Fachinformationen/1_Expertenbriefe/De/CHECKLISTE_CHC_fuer_Erst-oder_Neuverschreibung_2013.pdf)
- Spinelli A, Talamanca IF, Lauria L and the European Study Group on Infertility and Subfecundity. Patterns of contraceptive use in 5 European countries. *Am J Public Health* 2000;90:1403-1408
- Steinberg J, Cwiak C, Allen R, Marcus S. Contraception and Mental Health: A Commentary on the Evidence and Principles for Practice. *AM J Obstet Gynecol.*2015; 212:740-746.
- United Nations (UN). *International Conference on Population and Development. Programme of Action.* New York: UN 1994:7.2.
- World Health Organisation (WHO). *Unsafe Abortion: Global and regional estimates of unsafe abortion and associated mortality in 2003.* Geneva: WHO, 2007
- WHO 2017. Short list of reproductive health indicators for global monitoring.  
[https://www.measureevaluation.org/prh/rh\\_indicators/specific/global/whos-short-list-of-reproductive-health-indicators-for-global-monitoring](https://www.measureevaluation.org/prh/rh_indicators/specific/global/whos-short-list-of-reproductive-health-indicators-for-global-monitoring), eingesehen am 4.4.2017

# 6 Anhang

## Anhang A Fragen zur Verhütung in den schriftlichen Befragungen 1992-2012

SGB 1992	SGB 1997	SGB 2002	SGB 2007	SGB 2012
Benützen Sie Mittel zur Empfängnisverhütung? Nein / Ja	Benützen Sie bzw. Ihr/e Partner/in irgendeine Methode zur Empfängnisverhütung? Nein / Ja	Benützen Sie bzw. Ihr/e Partner/in irgendeine Methode zur Empfängnisverhütung? Nein / Ja	Benützen Sie bzw. Ihr/e Partner/in irgendeine Methode zur Empfängnisverhütung? Nein / Ja	Benützen Sie bzw. Ihr/e Partner/in irgendeine Methode zur Empfängnisverhütung? Nein / Ja
Welche Mittel benützen Sie zur Empfängnisverhütung? Nein / Ja auf die folgenden items:	Welche Mittel benützen Sie zur Empfängnisverhütung? Nein / Ja auf die folgenden items:	Welche Mittel benützen Sie zur Empfängnisverhütung? Nein / Ja auf die folgenden items: Ja, ich / Ja, mein Partner / meine Partnerin auf die folgenden items:	Welche Mittel benützen Sie - Sie selber oder Ihr/e Partner/in - zur Empfängnisverhütung? Nein / Ja, ich / Ja, mein Partner / meine Partnerin auf die folgenden items:	Welche Mittel benützen Sie - Sie selber oder Ihr/e Partner/in - zur Empfängnisverhütung? Nein / Ja, ich / Ja, mein Partner / meine Partnerin auf die folgenden items:
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pille</li> <li>▪ Spirale</li> <li>▪ Präservativ</li> <li>▪ Unterbindung</li> <li>▪ Anderes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pille</li> <li>▪ 3-Monatsspritze</li> <li>▪ Spirale</li> <li>▪ Diaphragma</li> <li>▪ Portiokappe</li> <li>▪ Präservativ</li> <li>▪ Unterbindung</li> <li>▪ Natürliche Empfängnisverhütung (z.B. Temperatur messen, Schleim beobachten)</li> <li>▪ Andere Methoden</li> <li>▪ Keine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pille</li> <li>▪ 3-Monatsspritze</li> <li>▪ Spirale</li> <li>▪ Diaphragma</li> <li>▪ Portiokappe</li> <li>▪ Präservativ</li> <li>▪ Unterbindung</li> <li>▪ Natürliche Empfängnisverhütung (z.B. Temperatur messen, Schleim beobachten)</li> <li>▪ Andere Methoden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pille</li> <li>▪ 3-Monatsspritze</li> <li>▪ Spirale</li> <li>▪ Diaphragma</li> <li>▪ Portiokappe</li> <li>▪ Frauen-Kondom („Femidom“)</li> <li>▪ Präservativ</li> <li>▪ Unterbindung</li> <li>▪ Natürliche Empfängnisverhütung (z.B. Temperatur messen, Schleim beobachten)</li> <li>▪ Andere Methoden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pille</li> <li>▪ Verhütungspflaster</li> <li>▪ Verhütungsring</li> <li>▪ 3-Monatsspritze</li> <li>▪ Verhütungsstäbchen</li> <li>▪ "Pille danach"</li> <li>▪ Spirale (Hormon-/ Kupferspirale)</li> <li>▪ Diaphragma oder Portiokappe</li> <li>▪ Frauen-Kondom (Femidom)</li> <li>▪ Präservativ / Kondom</li> <li>▪ Sterilisation (Unterbindung / Vasektomie)</li> <li>▪ Natürliche Empfängnisverhütung (z.B. Temperatur messen, Schleim beobachten)</li> <li>▪ Andere Methoden</li> </ul>

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2017

**Anhang B Uni- und multivariable Regressionen in der 15- bis 49-jährigen Bevölkerung und bei Personen mit sexuellen Kontakten (letzte 12 Monate), insgesamt und stratifiziert nach Geschlecht (fett: signifikante Assoziationen)**

Charakteristikum	N	Alle		N	Sexuell aktiv in den letzten 12 Monaten	
		Univariable Odds Ratio OR [95% CI]	Multivariable Odds Ratio OR [95% CI] N= 8258		Univariable Odds Ratio OR [95% CI]	Multivariable Odds Ratio OR [95% CI] N= 7184
<b>Geschlecht</b>						
Männer	4 467	1,0	1,0	3 871	1,0	1,0
Frauen	4 888	<b>0,88 [0,77-0,99]</b>	0,92 [0,79-1,07]	4 102	0,98 [0,85-1,13]	0,94 [0,79-1,12]
<b>Altersgruppen [Jahre]</b>						
45 – 49	1 982	1,0	1,0	1 780	1,0	1,0
40 – 44	1 694	1,15 [0,96-1,38]	1,22 [1,00-1,49]	1 569	1,12 [0,92-1,35]	1,18 [0,95-1,45]
35 – 39	1 319	<b>1,68 [1,37-2,07]</b>	<b>1,84 [1,47-2,30]</b>	1 219	<b>1,72 [1,38-2,14]</b>	<b>1,87 [1,47-2,36]</b>
30 – 34	1 144	<b>1,88 [1,49-2,36]</b>	<b>2,23 [1,74-2,85]</b>	1 075	<b>1,81 [1,41-2,31]</b>	<b>2,32 [1,77-3,04]</b>
25 – 29	938	<b>2,45 [1,84-3,26]</b>	<b>3,41 [2,45-4,75]</b>	843	<b>3,33 [2,41-4,59]</b>	<b>4,78 [3,26-7,01]</b>
20 – 24	1 143	<b>2,02 [1,59-2,57]</b>	<b>2,51 [1,84-3,42]</b>	950	<b>4,43 [3,26-6,02]</b>	<b>4,96 [3,35-7,34]</b>
15 – 19	1 135	0,83 [0,69-1,01]	1,09 [0,78-1,52]	537	<b>5,34 [3,43-8,33]</b>	<b>4,52 [2,52-8,13]</b>
<b>Nationalität</b>						
Schweizer/-in	7 606	1,0	1,0	6 441	1,0	1,0
Nicht Schweizer/-in	1 749	0,89 [0,77-1,04]	0,93 [0,78-1,12]	1 532	<b>0,73 [0,61-0,86]</b>	0,85 [0,70-1,04]
<b>Sprachgebiete</b>						
Deutsch	6 150	1,0	1,0	5 229	1,0	1,0
Französisch	2 531	0,96 [0,84-1,09]	0,97 [0,83-1,14]	2 158	0,93 [0,79-1,09]	0,87 [0,72-1,05]
Italienisch	674	<b>0,65 [0,53-0,79]</b>	<b>0,70 [0,55-0,89]</b>	586	<b>0,53 [0,42-0,66]</b>	<b>0,52 [0,40-0,68]</b>
<b>Stadt/ Land</b>						
Stadt	6 538	1,0	1,0	5 581	1,0	1,0
Land	2 817	<b>1,21 [1,06-1,39]</b>	1,14 [0,98-1,34]	2 392	<b>1,31 [1,12-1,54]</b>	1,20 [1,00-1,44]
<b>Ausbildung</b>						
Sekundärstufe	4 847	1,0	1,0	4 274	1,0	1,0
Obligatorische Schulausbildung	1 384	<b>0,61 [0,51-0,73]</b>	0,92 [0,70-1,20]	792	0,98 [0,74-1,30]	1,05 [0,73-1,50]
Tertiärstufe	3 110	1,02 [0,89-1,17]	1,07 [0,91-1,26]	2 896	0,90 [0,77-1,04]	1,13 [0,95-1,35]
<b>Erwerbstätigkeit (Arbeitsmarktstatus)</b>						
erwerbstätig	7 884	1,0	1,0	6 974	1,0	1,0
Nicht Erwerbsperson	1 229	<b>0,73 [0,61-0,86]</b>	0,93 [0,74-1,16]	807	1,28 [0,99-1,66]	1,16 [0,82-1,64]
erwerbslos	242	0,75 [0,52-1,06]	0,80 [0,50-1,29]	192	0,98 [0,64-1,48]	0,74 [0,45-1,22]
<b>Verheiratet</b>						
Nein (ledig, getrennt, geschieden, verwitwet)	5047	1,0	1,0	3 828	1,0	1,0
Ja	4 305	1,10 [0,97-1,24]	<b>1,29 [1,05-1,60]</b>	4 143	<b>0,66 [0,57-0,76]</b>	0,90 [0,71-1,14]
<b>Haushaltsäquivalenzeinkommen Quartile (im Monat)</b>						
4.Quartile (>5'333)	2 576	1,0	1,0	2 379	1,0	1,0
3.Quartile (4'000-5'332)	2 287	<b>1,29 [1,09-1,53]</b>	1,19 [0,98-1,44]	1 994	<b>1,48 [1,22-1,79]</b>	1,23 [0,99-1,53]
2.Quartile (2'857-3'999)	2 260	1,16 [0,98-1,38]	1,12 [0,91-1,37]	1 940	<b>1,44 [1,19-1,75]</b>	1,21 [0,95-1,52]
1.Quartile (<2'857)	1 867	0,88 [0,74-1,06]	0,93 [0,74-1,16]	1 468	<b>1,31 [1,06-1,61]</b>	1,17 [0,90-1,53]
<b>Haushaltstyp</b>						
Paare mit Kind(ern)	5 667	1,0	1,0	4 824	1,0	1,0
Paare ohne Kinder	1 576	<b>0,72 [0,61-0,84]</b>	<b>0,57 [0,46-0,72]</b>	1 523	<b>0,50 [0,42-0,59]</b>	<b>0,41 [0,32-0,53]</b>
Einelternhausalt mit Kind(ern)	706	0,86 [0,66-1,10]	1,14 [0,83-1,57]	515	1,21 [0,83-1,77]	1,32 [0,87-2,02]
Einpersonenhaushalt	1 022	1,08 [0,87-1,34]	0,99 [0,74-1,33]	787	1,06 [0,80-1,39]	0,95 [0,66-1,37]
Mehrfamilienhaushalt	72	1,30 [0,63-2,68]	1,18 [0,47-2,96]	58	1,13 [0,47-2,72]	0,73 [0,26-2,06]
Nicht-Familienhaushalt mit mehreren Personen	312	1,22 [0,86-1,73]	0,80 [0,53-1,21]	266	1,25 [0,82-1,90]	<b>0,60 [0,37-0,97]</b>

Charakteristikum	N	Alle		N	Sexuell aktiv in den letzten 12 Monaten	
		Univariable Odds Ratio OR [95% CI]	Multivariable Odds Ratio OR [95% CI] N= 8258		Univariable Odds Ratio OR [95% CI]	Multivariable Odds Ratio OR [95% CI] N= 7184
<b>BMI</b>						
Normalgewicht	5 928	1,0	1,0	5 046	1,0	1,0
Übergewicht	2 303	1,03 [0,89-1,19]	1,02 [0,86-1,21]	2 049	<b>0,85 [0,72-0,99]</b>	1,00 [0,83-1,21]
Adipositas	632	<b>0,76 [0,60-0,97]</b>	0,77 [0,57-1,02]	532	<b>0,68 [0,51-0,89]</b>	0,76 [0,54-1,05]
Untergewicht	433	<b>0,75 [0,58-0,98]</b>	0,94 [0,69-1,28]	311	1,11 [0,76-1,61]	0,96 [0,62-1,48]
<b>Körperliche Aktivität</b>						
Aktiv	6 940	1,0	1,0	5 935	1,0	1,0
Teilaktiv	1 710	0,92 [0,78-1,07]	0,95 [0,79-1,14]	1 460	0,94 [0,78-1,13]	1,07 [0,87-1,32]
inaktiv	635	<b>0,68 [0,53-0,87]</b>	0,81 [0,59-1,11]	521	<b>0,71 [0,54-0,93]</b>	1,05 [0,73-1,52]
<b>Tabakkonsum</b>						
Nie Raucher	5 009	1,0	1,0	4 024	1,0	1,0
Ehemaliger Raucher	1 362	1,05 [0,87-1,26]	1,02 [0,83-1,24]	1 298	<b>0,73 [0,61-0,89]</b>	0,87 [0,71-1,08]
Raucher	2 982	<b>1,15 [1,00-1,32]</b>	<b>1,23 [1,05-1,44]</b>	2 649	0,87 [0,74-1,03]	0,87 [0,72-1,05]
<b>Riskanter Alkoholkonsum</b>						
keines - geringes Risiko	8 920	1,0	1,0	7 572	1,0	1,0
mittleres- erhöhtes Risiko	431	1,25 [0,93-1,68]	1,25 [0,91-1,72]	398	1,02 [0,74-1,41]	0,97 [0,67-1,39]
<b>Selbstwahrgenommener Gesundheitszustand</b>						
sehr gut	4 552	1,0	1,0	3 938	1,0	1,0
gut	3 945	<b>0,88 [0,77-0,99]</b>	0,95 [0,82-1,10]	3 349	0,92 [0,79-1,07]	0,99 [0,83-1,18]
mittelmässig	722	<b>0,63 [0,49-0,79]</b>	<b>0,73 [0,54-0,97]</b>	583	<b>0,72 [0,55-0,93]</b>	0,85 [0,62-1,18]
schlecht – sehr schlecht	134	<b>0,48 [0,31-0,75]</b>	0,70 [0,39-1,24]	101	<b>0,58 [0,34-0,98]</b>	0,74 [0,38-1,41]
<b>Psychische Belastung</b>						
Niedrig	7 686	1,0	1,0	6 612	1,0	1,0
Mittel	1 240	<b>0,72 [0,60-0,86]</b>	<b>0,75 [0,60-0,93]</b>	1 021	<b>0,76 [0,62-0,93]</b>	<b>0,75 [0,58-0,96]</b>
hoch	390	<b>0,73 [0,55-0,97]</b>	0,75 [0,50-1,13]	308	0,84 [0,60-1,19]	0,84 [0,53-1,34]
<b>Major Depression</b>						
keine oder minimal	6 200	1,0	1,0	5 401	1,0	1,0
leicht	2 212	0,87 [0,75-1,01]	0,90 [0,75-1,07]	1 836	1,05 [0,88-1,25]	0,95 [0,78-1,17]
mittel bis schwer	691	0,83 [0,66-1,04]	1,11 [0,82-1,51]	540	1,08 [0,82-1,42]	1,11 [0,77-1,61]
<b>Chronische Krankheit</b>						
Nein	7 176	1,0	1,0	6 141	1,0	1,0
Ja	2 165	0,92 [0,79-1,06]	1,18 [1,00-1,39]	1 819	0,93 [0,79-1,09]	1,16 [0,95-1,41]
<b>Kontrollüberzeugung</b>						
hoch	3 446	1,0	1,0	3 030	1,0	1,0
mittel	3 737	0,88 [0,76-1,01]	0,95 [0,83-1,13]	3 165	0,98 [0,83-1,15]	0,98 [0,82-1,18]
tief	1 982	<b>0,77 [0,66-0,91]</b>	1,01 [0,81-1,27]	1 630	0,93 [0,77-1,13]	1,06 [0,82-1,36]
<b>Soziale Unterstützung</b>						
Mittel	4 307	1,0	1,0	3 680	1,0	1,0
Stark	4 053	1,06 [0,92-1,21]	0,97 [0,83-1,13]	3 455	1,09 [0,93-1,27]	0,97 [0,82-1,15]
Gering	766	<b>0,78 [0,62-0,96]</b>	0,87 [0,68-1,12]	640	<b>0,71 [0,55-0,92]</b>	0,82 [0,62-1,08]

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2017

Charakteristikum	N	Männer		N	Frauen	
		Univariable Odds Ratio OR [95% CI]	Multivariable Odds Ratio OR [95% CI] N= 3534		Univariable Odds Ratio OR [95% CI]	Multivariable Odds Ratio OR [95% CI] N= 3650
<b>Altersgruppen [Jahre]</b>						
45 – 49	869	1,0	1,0	911	1,0	1,0
40 – 44	731	0,94 [0,71-1,25]	0,95 [0,70-1,29]	838	<b>1,33 [1,02-1,73]</b>	<b>1,49 [1,12-1,98]</b>
35 – 39	625	1,35 [0,98-1,85]	<b>1,51 [1,07-2,12]</b>	594	<b>2,29 [1,69-3,10]</b>	<b>2,59 [1,86-3,60]</b>
30 – 34	527	<b>1,61 [1,16-2,23]</b>	<b>1,84 [1,28-2,65]</b>	548	<b>2,04 [1,41-2,95]</b>	<b>3,20 [2,14-4,79]</b>
25 – 29	393	<b>3,72 [2,30-6,02]</b>	<b>4,80 [2,61-8,82]</b>	450	<b>3,03 [1,97-4,66]</b>	<b>5,21 [3,23-8,39]</b>
20 – 24	469	<b>3,53 [2,32-5,39]</b>	<b>3,33 [1,90-5,84]</b>	481	<b>5,72 [3,64-8,99]</b>	<b>8,67 [4,84-15,55]</b>
15 – 19	257	<b>3,44 [1,93-6,11]</b>	<b>2,94 [1,28-6,74]</b>	280	<b>10,06 [5,13-19,70]</b>	<b>8,98 [3,90-20,69]</b>
<b>Nationalität</b>						
Schweizer	3 071	1,0	1,0	3 370	1,0	1,0
Ausländer	800	0,83 [0,66-1,05]	1,02 [0,78-1,35]	732	<b>0,62 [0,49-0,79]</b>	<b>0,68 [0,52-0,90]</b>
<b>Sprachgebiete</b>						
Deutsch	2 565	1,0	1,0	2 664	1,0	1,0
Französisch	1 034	<b>0,78 [0,63-0,98]</b>	<b>0,71 [0,55-0,92]</b>	1 124	1,12 [0,98-1,40]	1,10 [0,85-1,43]
Italienisch	272	<b>0,53 [0,39-0,74]</b>	<b>0,57 [0,39-0,85]</b>	314	<b>0,52 [0,34-0,71]</b>	<b>0,45 [0,31-0,65]</b>
<b>Stadt/ Land</b>						
Stadt	2 745	1,0	1,0	2 836	1,0	1,0
Land	1 126	<b>1,46 [1,15-1,85]</b>	<b>1,32 [1,02-1,73]</b>	1 266	1,18 [0,95-1,47]	1,02 [0,80-1,31]
<b>Ausbildung</b>						
Sekundärstufe	1 830	1,0	1,0	2 444	1,0	1,0
Obligatorische Schulausbildung	374	1,12 [0,77-1,61]	1,15 [0,70-1,89]	418	0,87 [0,58-1,31]	0,92 [0,55-1,55]
Tertiärstufe	1 663	0,91 [0,74-1,13]	1,64 [0,91-1,49]	1 233	0,88 [0,71-1,09]	1,05 [0,82-1,34]
<b>Erwerbstätigkeit (Arbeitsmarktstatus)</b>						
erwerbstätig	3 572	1,0	1,0	3 402	1,0	1,0
Nicht Erwerbsperson	223	1,22 [0,75-1,97]	1,00 [0,53-1,90]	584	1,34 [0,98-1,83]	1,27 [0,85-1,91]
erwerbslos	76	0,59 [0,31-1,10]	0,53 [0,25-1,11]	116	1,56 [0,92-2,67]	1,02 [0,54-1,90]
<b>Verheiratet</b>						
Nein	1 930	1,0	1,0	1 898	1,0	1,0
Ja	1 940	<b>0,67 [0,54-0,82]</b>	0,88 [0,62-1,25]	2 203	<b>0,65 [0,53-0,80]</b>	0,96 [0,69-1,32]
<b>Haushaltsäquivalenzeinkommen Quartile (im Monat)</b>						
4.Quartile (>5'333)	1 333	1,0	1,0	1 046	1,0	1,0
3.Quartile (4'000-5'332)	973	<b>1,68 [1,29-2,21]</b>	<b>1,38 [1,01-1,87]</b>	1 021	1,30 [0,99-1,70]	1,05 [0,76-1,45]
2.Quartile (2'857-3'999)	880	<b>1,44 [1,09-1,89]</b>	1,08 [0,78-1,50]	1 060	<b>1,45 [1,10-1,91]</b>	1,28 [0,91-1,78]
1.Quartile (<2'857)	608	1,26 [0,93-1,70]	1,13 [0,77-1,64]	860	<b>1,35 [1,00-1,83]</b>	1,16 [0,80-1,69]
<b>Haushaltstyp</b>						
Paare mit Kind(ern)	2 293	1,0	1,0	2 531	1,0	1,0
Paare ohne Kinder	769	<b>0,49 [0,38-0,62]</b>	<b>0,38 [0,27-0,54]</b>	754	<b>0,52 [0,41-0,66]</b>	<b>0,44 [0,31-0,63]</b>
Einelternhaushalt mit Kind(ern)	179	1,40 [0,79-2,47]	1,11 [0,53-2,33]	336	1,14 [0,70-1,86]	1,58 [0,94-2,64]
Einpersonenhaushalt	462	1,19 [0,81-1,74]	1,12 [0,67-1,88]	325	0,86 [0,58-1,28]	0,70 [0,42-1,16]
Mehrfamilienhaushalt	28	0,97 [0,26-3,63]	0,48 [0,14-1,68]	30	1,35 [0,46-3,96]	1,30 [0,25-6,71]
Nicht-Familienhaushalt mit mehreren Personen	140	1,15 [0,66-2,04]	0,61 [0,32-1,17]	126	1,39 [0,75-2,55]	0,62 [0,31-1,24]

Charakteristikum	N	Männer		N	Frauen	
		Univariable Odds Ratio OR [95% CI]	Multivariable Odds Ratio OR [95% CI] N= 3534		Univariable Odds Ratio OR [95% CI]	Multivariable Odds Ratio OR [95% CI] N= 3650
<b>BMI</b>						
Normalgewicht	2 133	1,0	1,0	2 913	1,0	1,0
Übergewicht	1 399	0,88 [0,71-1,09]	1,06 [0,83-1,36]	650	<b>0,74 [0,57-0,96]</b>	0,80 [0,61-1,07]
Adipositas	297	<b>0,59 [0,41-0,86]</b>	<b>0,65 [0,43-0,99]</b>	235	0,80 [0,51-1,26]	0,94 [0,54-1,63]
Untergewicht	27	0,76 [0,19-3,07]	0,86 [0,20-3,66]	284	1,18 [0,80-1,74]	0,89 [0,56-1,42]
<b>Körperliche Aktivität</b>						
Aktiv	2 991	1,0	1,0	2 944	1,0	1,0
Teilaktiv	638	0,79 [0,60-1,03]	0,96 [0,71-1,31]	822	1,12 [0,87-1,44]	1,09 [0,81-1,46]
inaktiv	217	0,85 [0,57-1,26]	1,23 [0,74-2,04]	304	<b>0,62 [0,43-0,90]</b>	0,82 [0,49-1,35]
<b>Tabakkonsum</b>						
Nie Raucher	1 778	1,0	1,0	2 246	1,0	1,0
Ehemaliger Raucher	629	<b>0,71 [0,54-0,93]</b>	0,89 [0,66-1,21]	669	<b>0,76 [0,58-0,99]</b>	0,87 [0,66-1,13]
Raucher	1 462	0,88 [0,70-1,11]	0,86 [0,66-1,12]	1 187	0,85 [0,67-1,07]	0,87 [0,66-1,13]
<b>Riskanter Alkoholkonsum</b>						
keines - geringes Risiko	3 641	1,00	1,0	3 931	1,0	1,0
mittleres- erhöhtes Risiko	228	1,03 [0,67-1,59]	1,03 [0,64-1,66]	170	0,99 [0,63-1,59]	0,90 [0,55-1,49]
<b>Selbstwahrgenommener Gesundheitszustand</b>						
sehr gut	1 956	1,0	1,0	1 982	1,0	1,0
gut	1 625	0,91 [0,74-1,13]	1,05 [0,82-1,34]	1 724	0,91 [0,74-1,14]	0,92 [0,71-1,18]
mittelmässig	248	0,75 [0,50-1,12]	1,01 [0,61-1,67]	335	<b>0,69 [0,49-0,98]</b>	0,70 [0,46-1,08]
schlecht – sehr schlecht	40	0,52 [0,24-1,16]	0,95 [0,35-2,54]	61	0,62 [0,31-1,25]	0,68 [0,29-1,64]
<b>Psychische Belastung</b>						
Niedrig	3 337	1,0	1,0	3 275	1,0	1,0
Mittel	408	<b>0,65 [0,48-0,88]</b>	<b>0,63 [0,43-0,93]</b>	613	0,88 [0,67-1,15]	0,87 [0,63-1,20]
Hoch	113	0,73 [0,44-1,22]	0,86 [0,43-1,72]	195	0,93 [0,58-1,48]	0,82 [0,46-1,48]
<b>Major Depression</b>						
keine oder minimal	2 814	1,0	1,0	2 587	1,0	1,0
leicht	771	0,93 [0,72-1,20]	0,85 [0,63-1,14]	1 065	1,19 [0,94-1,52]	1,07 [0,81-1,43]
mittel bis schwer	221	0,90 [0,60-1,37]	1,00 [0,59-1,70]	319	1,29 [0,90-1,85]	1,27 [0,76-2,12]
<b>Chronische Krankheit</b>						
Nein	3 050	1,0	1,0	3 091	1,0	1,0
Ja	815	1,05 [0,82-1,34]	<b>1,40 [1,05-1,88]</b>	1 004	0,83 [0,67-1,04]	1,00 [0,76-1,30]
<b>Kontrollüberzeugung</b>						
Hoch	1 586	1,0	1,0	1 444	1,0	1,0
Mittel	1 516	1,09 [0,87-1,38]	1,04 [0,81-1,35]	1 649	0,86 [0,69-1,08]	0,89 [0,69-1,16]
Tief	713	0,86 [0,65-1,14]	1,01 [0,71-1,45]	917	1,00 [0,77-1,31]	1,06 [0,74-1,51]
<b>Soziale Unterstützung</b>						
Mittel	1 832	1,0	1,0	1 848	1,0	1,0
Stark	1 650	1,01 [0,81-1,26]	0,92 [0,72-1,18]	1 805	1,18 [0,95-1,47]	1,04 [0,82-1,31]
Gering	288	<b>0,60 [0,41-0,87]</b>	0,71 [0,48-1,06]	352	0,86 [0,61-1,21]	1,00 [0,68-1,49]

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2017



### Anhang C Multivariable Regressionen in der 15- bis 49-jährigen Bevölkerung 1997 und 2012, stratifiziert nach Geschlecht (fett: signifikante Assoziationen)

Charakteristikum	Männer, 1997	Männer, 2012	Frauen, 1997	Frauen, 2012
	Univariable Odds Ratio* [95% CI] N= 2865	Multivariable Odds Ratio* [95% CI] N= 4363	Univariable Odds Ratio* [95% CI] N= 3314	Multivariable Odds Ratio* [95% CI] N= 4727
<b>Alter</b>	<b>0,98 [0,96-0,99]</b>	<b>0,97 [0,96-0,99]</b>	<b>0,97 [0,96-0,98]</b>	<b>0,97 [0,96-0,98]</b>
<b>Nationalität</b>				
Schweizer/ -in	1,0	1,0	1,0	1,0
Nicht Schweizer/ -in	0,77 [0,59-1,01]	1,21 [0,96-1,53]	1,01 [0,78-1,30]	<b>0,80 [0,64-1,00]</b>
<b>Sprachgebiete</b>				
Deutsch	1,0	1,0	1,0	1,0
Französisch	1,22 [0,97-1,54]	0,88 [0,72-1,09]	1,2 [0,96-1,48]	1,18 [0,98-1,44]
Italienisch	0,97 [0,69-1,38]	<b>0,72 [0,52-1,00]</b>	<b>0,68 [0,50-0,92]</b>	<b>0,70 [0,52-0,93]</b>
<b>Stadt/ Land</b>				
Stadt	1,0	1,0	1,0	1,0
Land	0,93 [0,76-1,14]	<b>1,23 [1,00-1,51]</b>	<b>0,82 [0,68-0,99]</b>	1,09 [0,90-1,33]
<b>Ausbildung</b>				
Sekundärstufe	1,0	1,0	1,0	1,0
Obligatorische Schulbildung	<b>0,54 [0,41-0,73]</b>	<b>0,57 [0,43-0,76]</b>	<b>0,42 [0,34-0,53]</b>	<b>0,52 [0,39-0,68]</b>
Tertiärstufe	1,21 [0,97-1,52]	1,11 [0,90-1,37]	1,2 [0,90-1,61]	1,08 [0,88-1,32]
<b>Verheiratet</b>				
Nein (ledig, getrennt, geschieden, verwitwet)	1,0	1,0	1,0	1,0
Ja	<b>0,78 [0,62-0,97]</b>	1,18 [0,93-1,50]	<b>1,23 [1,01-1,49]</b>	<b>1,63 [1,33-2,01]</b>
<b>BMI</b>				
Normalgewicht	1,0	1,0	1,0	1,0
Übergewicht	0,79 [0,63-0,99]	1,20 [0,98-1,48]	<b>0,76 [0,58-0,99]</b>	0,85 [0,66-1,08]
Adipositas	<b>0,53 [0,34-0,81]</b>	0,77 [0,54-1,10]	0,68 [0,43-1,07]	0,92 [0,62-1,34]
Untergewicht	0,72 [0,47-1,11]	<b>0,48 [0,25-0,92]</b>	0,99 [0,80-1,22]	0,87 [0,64-1,19]
<b>Tabakkonsum</b>				
Nie Raucher	1,0	1,0	1,0	1,0
Ehemaliger Raucher	0,89 [0,67-1,19]	0,99 [0,74-1,32]	<b>1,31 [1,01-1,70]</b>	1,18 [0,91-1,54]
Raucher	1,03 [0,83-1,28]	<b>1,23 [1,00-1,51]</b>	<b>1,22 [1,00-1,49]</b>	1,20 [0,98-1,47]
<b>Selbstwahrgenommener Gesundheitszustand</b>				
sehr gut	1,0	1,0	1,0	1,0
gut	0,99 [0,79-1,23]	0,94 [0,77-1,14]	0,92 [0,76-1,15]	0,95 [0,78-1,14]
mittelmässig	0,87 [0,59-1,27]	0,73 [0,46-1,15]	1,00 [0,72-1,41]	0,79 [0,57-1,09]
schlecht – sehr schlecht	1,27 [0,59-2,77]	0,52 [0,24-1,13]	0,80 [0,46-1,34]	0,64 [0,34-1,19]
<b>Kontrollüberzeugung</b>				
Hoch	1,0	1,0	1,0	1,0
Mittel	1,01 [0,80-1,27]	0,99 [0,81-1,22]	0,97 [0,77-1,21]	<b>0,78 [0,64-0,94]</b>
Tief	0,84 [0,65-1,10]	0,87 [0,66-1,13]	<b>0,75 [0,59-0,96]</b>	0,86 [0,68-1,10]

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2017

\*Es wurden alle aufgeführten Variablen ins Modell genommen: Alter (kontinuierlich), Nationalität, Sprachregion, Stadt/Land, Ausbildung, Zivilstand, BMI, Zivilstand, Selbstwahrgenommener Gesundheitszustand, Kontrollüberzeugung







**GDK** Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren  
**CDS** Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé  
**CDS** Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

**Eidgenössisches Departement des Innern EDI**  
**Département fédéral de l'intérieur DFI**  
**Dipartimento federale dell'interno DFI**



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.  
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.  
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.